

5-е издание, 2015 г.

5 Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции

КОК Барьерные методы ВМК Биологические методы контрацепции Лактационная аменорея Прерванный половой акт Медь-содержащий ВМК Пластырь Женская хирургическая стерилизация ВМК КИК Экстренная контрацепция ПСК Пластырь Мужская хирургическая стерилизация

Барьерные методы ВМК Биологические методы контрацепции Лактационная аменорея Прерванный половой акт Медь-содержащий ВМК Пластырь Женская хирургическая стерилизация ВМК КИК Экстренная контрацепция ПСК Пластырь Мужская хирургическая стерилизация

КОК Барьерные методы ВМК Биологические методы контрацепции Лактационная аменорея Прерванный половой акт Медь-содержащий ВМК Пластырь Женская хирургическая стерилизация ВМК КИК Экстренная контрацепция ПСК Пластырь Мужская хирургическая стерилизация

Краеугольный камень планирования семьи ВОЗ



Всемирная организация здравоохранения

Европейское региональное бюро

Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции

5-е издание, 2015 г.



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

ISBN 978 92 8 9052689 (NLM classification: WP 630)

Medical eligibility criteria for contraceptive use -- 5th ed. Geneva: World Health Organization; 2015

Перевод с английского осуществлен Европейским региональным бюро ВОЗ

Ключевые слова

1.Contraception – methods. 2.Family Planning Services. 3.Eligibility

Determination – standards. 4.Quality Assurance, Health Care. 5.Health Services

Accessibility. 1.World Health Organization.

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications

WHO Regional Office for Europe

UN City, Marmorvej 51

DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

© **Всемирная организация здравоохранения, 2017 г.**

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

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 приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Содержание

Выражение благодарности	1
Группа по разработке рекомендаций	1
Сокращения.....	3
Основные положения.....	5
Введение	5
Целевая аудитория	5
Методы разработки рекомендаций.....	6
Краткий обзор пересмотренных рекомендаций.....	6
ЧАСТЬ II. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕКОМЕНДАЦИЙ	
2.1 Введение	15
2.1.1 Репродуктивное и сексуальное здоровье как права человека	15
2.1.2 Выбор метода контрацепции	16
2.1.3 Эффективность метода контрацепции	17
2.1.4 Состояния, подвергающие женщину повышенному риску в случае незапланированной беременности	17
2.1.5 Восстановление фертильности	20
2.1.6 ИППП и контрацепция: двойная защита	20
2.2 Как пользоваться данным документом	20
2.3 Использование категорий на практике.....	21
2.4 Программные выводы	22
2.5 Клиенты с особыми потребностями	22
2.5.1 Люди с ограниченными возможностями	22
2.5.2 Подростки	23
2.6 Резюме изменений в пятом издании МЕС	23
ТАБЛИЦЫ	
2.7.1 Комбинированные гормональные контрацептивы (КГК).....	27
2.7.2 Только прогестаген-содержащие контрацептивы (ПСК).....	70
2.7.3 Таблетки для экстренной контрацепции (ТЭК)	100
2.7.4 Внутриматочные средства контрацепции (ВМК)	103
2.7.5 Медь-содержащие ВМК для экстренной контрацепции (Cu-ЭВМК).....	126
2.7.6 Вагинальное кольцо, содержащее прогестерон (ПВК), для женщин, кормящих грудью.....	127
2.7.7 Барьерные методы контрацепции (БМК)	129
2.7.8 Биологические методы контрацепции (Био-МК)	143
Симптомные методы	
Календарные методы	
2.7.9 Метод лактационной аменореи (МЛА)	146
2.7.10 Прерванный половой акт (ППА)	148
2.7.11 Хирургическая стерилизация (СТЕР).....	149
2.7.12 Сводная таблица (СТ)	167
Приложения	183

Выражение благодарности

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) выражает благодарность Группе по разработке рекомендаций (GDG) и Секретариату по поиску доказательств в базе данных за их вклад в разработку данных рекомендаций. ВОЗ провела 3 консультативных совещания (13–16 мая 2013 г., 9–12 марта 2014 и 24–25 сентября 2014 г.) с целью завершения и подготовки к печати 5-го издания Медицинских критериев приемлемости для использования методов контрацепции. Каждый член Группы по разработке рекомендаций и сотрудники Секретариата принимали участие по крайней мере

в одном из 3-х консультативных совещаний. ВОЗ признательна за предложения, высказанные коллегами, которые провели экспертную оценку предыдущих вариантов рекомендаций, будучи членами Группы внешних рецензентов. Ниже представлены имена и фамилии участников каждой группы.

Группа по разработке рекомендаций

Richard Adanu (Университет Ганы, Гана), Eliana Amaral (Государственный университет Кампинаса, Бразилия), Jean-Jacques Amy (Европейское общество по контрацепции и репродуктивному здоровью (ESC), Бельгия), Sharon Cameron (Университет Эдинбурга, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии [Соединенное Королевство]), Tsungai Chipato (Университет Зимбабве, Зимбабве), Roger Chou (Орегонский Университет медицины и естественных наук, Соединенные Штаты Америки [США]), Jacqueline Conard (Университетская больница Отель-Дьё Парижского университета, Франция), Maria del Carmen Cravioto (Национальный институт питания Сальвадора Зубиран, Мексика), Marc Dhont (Университетская больница Гента, Бельгия), Alison Edelman (Орегонский университет медицины и естественных наук, США), Faysel El-Kak (Американский университет Бейрута, Ливан), Mohammed Eslami (Министерство здравоохранения и образования, Исламская Республика Иран), Karima Gholbzouri (Министерство здравоохранения, Марокко), Gathari Gichuhi (Международная некоммерческая организация здравоохранения «Jhpiego», Кения), Anna Glasier (Университет Эдинбурга, Соединенное Королевство), Andy Gray (Университет Квазулу-Натал, ЮАР), Philip Hannaford (Университет Абердина, Соединенное Королевство), Caitlin Kennedy (Университет Джона Хопкинса, США), Pisake Lumbiganon (Кхонкэна, Таиланд), Francesca Martínez (Университетский институт Дексеус, Испания), Olav Meirik (Чилийский институт репродуктивной медицины, Чили), Suneeta Mittal (Мемориальный исследовательский институт Фортис, Индия, India), Herbert Peterson (Университет Северной Каролины, США), Maria Ascunzion Silvestre (Филиппинский университет, Филиппины), Regine Sitruk-Ware (Совет по проблемам народонаселения,

США), Marja-Riitta Taskinen (Университет Хельсинки, Финляндия), Tran Son Thach (Университет Аделаиды, Австралия), Carolyn Westhoff (Колумбийский университет, США), Wu Shangchun (Национальный исследовательский институт планирования семьи, КНР).

Секретариат по поиску доказательств

Erin Berry-Bibee (Центры по контролю и профилактике заболеваний США [CDC]), Remy Coeytaux (Университет Дьюка, США), Kathryn Curtis (CDC), Tara Jatlaoui (CDC), Kavita Nanda (некоммерческая организация «FHI 360», США), Chelsea Polis (Агентство США по международному развитию [USAID]), Halley Riley (CDC), Naomi Tepper (CDC), Rachel Peragallo Urrutia (Университет Северной Каролины, США).

Партнеры

- Европейское медицинское агентство (EMA) – Peter Arlett, Corinne de Vries, Julie Williams
- Международная конфедерация акушеров (ICM) – Maria Papadopoulou
- Международная федерация акушеров и гинекологов (FIGO) – Hamid Rushwan
- Фонд ООН в области народонаселения (ЮНФПА/UNFPA) – Sennen Hounton
- Управление по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных препаратов США (FDA) – Lisa Soule
- Национальные институты здоровья США (NIH) – Alicia Armstrong, Trent MacKay
- Агентство США по международному развитию (USAID) – Patricia MacDonald, James Shelton

Группа внешних рецензентов

Anna Altshuler (Стэндфордский университет, США), Parnian Andalib (Министерство образования, Исламская Республика Иран), Paul Blumenthal (Стэндфордский Университет, США), Vivian Brache (некоммерческая организация «Profamilia», Доминиканская Республика), Caroline Phiri Chibawe (Министерство здравоохранения, Замбия), Roy Jacobstein (Международная общественная организация «EngenderHealth», США), Helle Karro (Тартуский Университет, Эстония), Vinit Sharma (Азиатско-тихоокеанское региональное отделение ЮНФПА/UNFPA, Таиланд), Vulbul Sood (Международная некоммерческая организация здравоохранения «Jhpiego», Индия), Elizabeth Sullivan (Университет Сиднея, Австралия), Nonkosi Tlale (ЮНФПА, Лесото), Ilze Viberга (Университет Латвии, Латвия), Eliya Zulu (Африканский институт развития и политики, Кения).

Секретариат ВОЗ

Штаб-квартира ВОЗ

Департамент по основным лекарственным средствам и политике в области фармацевтической деятельности – Nicola Magrini, Lembit Ragu

Департамент по ВИЧ/СПИД – Rachel Baggaley

Департамент предупреждения неинфекционных заболеваний (НИЗ), инвалидности, насилия и травматизма – Maria Alarcos Cieza Moreno

Департамент по здоровью матерей, новорожденных, детей и подростков – Nigel Rollins

Департамент репродуктивного здоровья и научных исследований – Moazzam Ali, Keri Barnett-Howell (волонтер), Venkatraman Chandra-Mouli, Shannon Carr (волонтер), Monica Dragoman, Mario Festin, Mary Lyn Gaffield, Rajat Khosla, Caron Kim, Sharon Phillips, Maria Rodriguez, Theresa Ryle, Petrus Steyn, Marleen Temmerman, Teodora Wi

Региональные бюро ВОЗ

Региональное бюро ВОЗ для стран Африки – Léopold Ouedraogo

Региональное бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья – Ramez Mahaini (не смог принять участие в совещаниях)

Европейское региональное бюро ВОЗ – Gunta Lazdane

Американское региональное бюро ВОЗ (Панамериканская организация здравоохранения) – Suzanne Serruua

Региональное бюро ВОЗ для стран Юго-восточной Азии – Arvind Mathur

Региональное бюро ВОЗ для стран западной части Тихого океана

Общая координация

Департамент репродуктивного здоровья и научных исследований ВОЗ – Mary Lyn Gaffield. Координацию и логистическую поддержку осуществляла Theresa Ryle.

История создания рекомендаций

Первый вариант рекомендаций был написан следующими специалистами: Erin Berry-Bibee, Kathryn Curtis, Monica Dragoman, Mary Lyn Gaffield, Tara Jatlaoui, Caron Kim, Halley Riley and Naomi Tepper. Предоставление исходной информации в рекомендациях и рецензирование их вариантов осуществлялось членами Группы по разработке рекомендаций (GDG), внешними рецензентами и сотрудниками Секретариата ВОЗ. Соавторами 14 систематических обзоров, обеспечивших краткое изложение научных доказательств для рекомендаций, были Erin Berry-Bibee, Remy Coeytaux, Kathryn Curtis, Monica Dragoman, Mary Lyn Gaffield, Philip Hannaford, Vic Hasselblad, Tara Jatlaoui, Caron Kim, Evan Myers, Kavita Nanda, Sharon Phillips, Chelsea Polis, Elizabeth Raymond, Halley Riley, Petrus Steyn, Naomi Tepper, Abigail Norris Turner, Rachel Peragallo Urrutia и Daniel Westreich. Таблицы с указанием категорий и методология экспертной оценки категорий, были предоставлены Roger Chou. Статистическая обработка данных для мета-анализа осуществлялась Rochelle Fu. Перевод на русский язык выполнен Сотрудничавшим центром ВОЗ по исследованиям в области репродукции человека в ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России (руководитель ЦС – Екатерина Яроцкая). Техническое редактирование и издательская подготовка и печать обеспечивалась редакционно-издательскими компаниями «Jura Editorial Services» (jura-eds.com) и «Green Ink», Соединенное Королевство (greenink.co.uk).

Финансирование

Разработка данных рекомендаций осуществлялась при финансовой поддержке Национальных институтов здоровья (NIH) и Агентства США по международному развитию (USAID), США.

Сокращения

АРВ	антиретровирусный (препарат)	ППА	прерванный половой акт
АРТ	антиретровирусная терапия	ПРООН	Программа развития ООН
Био-МК	биологические методы контрацепции	ПСИК	только прогестаген-содержащий инъекционный контрацептив
БМК	барьерные методы контрацепции	ПСК	только прогестаген-содержащий контрацептив
ВЗОМТ	воспалительные заболевания органов малого таза	ПСТ	только прогестаген-содержащие таблетки
ВМК	внутриматочный контрацептив	РКИ	рандомизированное контролируемое исследование
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения	СКВ	системная красная волчанка
ВТЭ	венозный тромбоз эмболизм (тромбоз глубоких вен/ тромбоз эмболия легочной артерии (ТГВ/ТЭЛА))	СТЕР	стерилизация (мужская и женская)
ГВ	грудное вскармливание	ТГВ	тромбоз глубоких вен
ДМПА	депо-медроксипрогестерона ацетат	ТПВ	тромбоз поверхностных вен
ДМПА-ВМ	депо-медроксипрогестерона ацетат для внутримышечных инъекций	ТЭК	таблетки для экстренной контрацепции
ДМПА-ПК	депо-медроксипрогестерона ацетат для подкожных инъекций	ТЭЛА	тромбоз эмболия легочной артерии
ИМ	инфаркт миокарда	УПА	улипристала ацетат
ИМТ	индекс массы тела	ЭВМК	внутриматочный контрацептив для экстренной контрацепции
ИП	ингибитор протеазы	ЭТГ	этоногестрел
ИППП	инфекции, передаваемые половым путем	ЭЭ	этинилэстрадиол
ИПР	Избранные практические рекомендации по применению контрацептивов (публикация ВОЗ)	ЮНИСЕФ	Международный чрезвычайный фонд помощи детям ООН
КВК	комбинированное вагинальное кольцо	ЮНФПА	Фонд ООН в области народонаселения
КГК	комбинированная гормональная контрацепция	Су-ВМК	медь-содержащий внутриматочный контрацептив
КИК	комбинированный инъекционный контрацептив	β-ХГЧ	бета-хорионический гонадотропин человека
КОК	комбинированный оральные контрацептив (таблетка)	CDC	Центры по контролю и профилактике заболеваний США
КП	комбинированный пластырь	CD4	кластер дифференцировки 4
ЛНГ	левоногестрел	CIRE	Система непрерывного поиска доказательств
ЛНГ-ВМК	левоногестрел-содержащий внутриматочный контрацептив	CRPD	Конвенция ООН о правах инвалидов
ЛПВП	липопротеины высокой плотности	СУРЗА4	цитохром P4503A4
ЛПНП	липопротеины низкой плотности	EMA	Европейское медицинское агентство
МКНР	Международная конференция по народонаселению и развитию	FDA	Управление по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных препаратов США
МЛА	метод лактационной аменореи	GDG	Группа по разработке рекомендаций
МПКТ	минеральная плотность костной ткани	GRADE	Система оценки научных данных
Н	начало	GRC	Комитет по пересмотру рекомендаций
НИОТ	нуклеозидный/нуклеотидный ингибитор обратной транскриптазы	GSG	Координационный совет по разработке рекомендаций
ННИОТ	ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы	НбА1с	гликозилированный гемоглобин НбА1с
НП	не применимо	МЕС	Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции (публикация ВОЗ)
НЭТ-ЭН	норэтистерона энантат	НИН	Национальные институты здоровья США
ОК	оральные контрацептивы	PICO	население, вмешательство, контроль, исходы
ООН	Организация Объединенных Наций	PRISMA	предпочтительные отчетные показатели для систематических обзоров и метаанализа
П	продолжение	SI (I), (II)	Сино-имплант (I), Сино-имплант (II)
ПВК	прогестерон-содержащее вагинальное кольцо	USAID	Агентство США по международному развитию

Основные положения

Введение

Настоящий документ подготовлен в рамках процесса повышения качества медицинского обслуживания при планировании семьи. *Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции* (МЕС), первое издание которых было опубликовано в 1996 году, являются действующими в настоящее время рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по безопасности использования различных методов контрацепции при особых клинических состояниях. Данное пятое издание рекомендаций МЕС – новейшее из серии периодически пересматриваемых рекомендаций.

В рекомендациях МЕС безопасность каждого метода контрацепции определяется несколькими критериями с учетом заболевания или медицинских показателей, а именно: 1) ухудшает ли метод контрацепции медицинское состояние или создает дополнительные риски для здоровья; 2) снижает ли клиническое состояние эффективность метода контрацепции. Следует соотносить безопасность выбранного метода с преимуществами его использования в целях предотвращения нежелательной беременности.

Данное пятое издание Медицинских критериев приемлемости для использования методов контрацепции (МЕС) состоит из 2-х частей. В первой части описывается, как разрабатывались рекомендации, а во второй части содержатся рекомендации и описание их применения. Рекомендации, содержащиеся в данном документе, основаны на новейших клинических и эпидемиологических данных. Некоторые инструменты и вспомогательные средства, доступные из источников ВОЗ и других организаций, помогут провайдером медицинских услуг правильно применять эти рекомендации в их медицинской практике.

Этот документ содержит следующие методы планирования семьи: комбинированные оральные контрацептивы с низкой дозой (≤ 35 мкг) этинилэстрадиола (КОК), комбинированный пластырь (КП), комбинированное вагинальное кольцо (КВК), комбинированные инъекционные контрацептивы (КИК), только прогестаген-содержащие таблетки (ПСТ), депо-медроксипрогестерона ацетат (ДМПА), норэтистерона энантат (НЭТ-ЭН), импланты, содержащие левоноргестрел (ЛНГ) и этоноргестрел (ЭТГ), таблетки для экстренной контрацепции (ТЭК), медь-содержащие внутриматочные контрацептивы (Cu-ВМК), левоноргестрел-содержащие ВМК (ЛНГ-ВМК), медь-содержащие ВМК для экстренной контрацепции (Cu-ЭВМК), вагинальное кольцо, содержащее прогестерон (ПВК), барьерные методы контрацепции (БМК), биологические методы контрацепции (Био-МК), метод лактационной аменореи (МЛА), прерванный половой акт (ППА) и добровольная женская и мужская хирургическая стерилизация (СТЕР).

Методы контрацепции в зависимости от определенного заболевания или характерной особенности клинической картины подразделяются на четыре категории. Для определения приемлемости контрацепции для каждого индивидуума следует учитывать наличие в совокупности более одного заболевания. Эти состояния и персональные характеристики среди прочего включают следующее: возраст, послеродовой период (нед./мес.), грудное вскармливание, венозный тромбоз, тромбоз поверхностных вен, дислипидемию, послеродовой сепсис, внематочную беременность в анамнезе, тяжелое сердечно-сосудистое заболевание в анамнезе, мигрени, тяжелое заболевание печени, использование стимуляторов СYP3A4, многократное применение средств экстренной контрацепции, изнашивание, ожирение, повышенный риск инфекций, передаваемых половым путем, высокий риск ВИЧ-инфекции, ВИЧ-инфицированность, применение антиретровирусной терапии.

Категории МЕС для приемлемости контрацепции:

Категория 1:	Состояние, при котором нет ограничений для использования данного метода контрацепции.
Категория 2:	Состояние, при котором преимущества использования метода в целом преобладают над теоретическими или доказанными рисками.
Категория 3:	Состояние, при котором теоретические или доказанные риски как правило преобладают над преимуществами использования метода.
Категория 4:	Состояние, при котором применение метода контрацепции представляет собой неприемлемый риск для здоровья.

Целевая аудитория

Целевая аудитория для данной публикации включает лиц, отвечающих за формирование политики, руководителей программ по планированию семьи и научное сообщество. Цель МЕС заключается в обеспечении рекомендациями национальных программ планирования семьи и репродуктивного здоровья при подготовке их собственных рекомендаций по предоставлению услуг контрацепции. Данные рекомендации не являются руководством, а, скорее справочным материалом.

Рекомендации, изложенные в данном документе, нацелены на то, чтобы содействовать осуществлению программ на национальном уровне и их интерпретации с учетом разнообразия ситуаций и условий, в которых предоставляются услуги контрацепции. Несмотря на то, что маловероятно, чтобы классификация категорий в этом документе изменялась в процессе интерпретации, весьма вероятно, что применение этих категорий на национальном уровне

будет различным. В особенности, следует учитывать различный уровень знаний и опыт медработников, а также наличие ресурсов в медучреждениях, где будут предоставляться услуги контрацепции.

Методы разработки рекомендаций

Группа по разработке рекомендаций в составе 68 человек, представлявших широкий круг заинтересованных лиц, созывалась Всемирной организацией здравоохранения 12-15 мая 2013 г., 9–12 марта 2014 г. и 24–25 сентября 2014 г. Спектр их полномочий и ответственности включал пересмотр и внешнее рецензирование рекомендаций, опубликованных в четвертом издании МЕС, с целью разработки пятого издания.

В процессе пересмотра рекомендаций первостепенное значение уделялось: (а) шести темам, относящимся к числу важнейших, и/или тем темам, по которым появились новые доказательства, потребовавшие внесения изменений в существующие рекомендации; (б) двум темам, по которым было издано руководство после опубликования четвертого издания; (в) рекомендациям по приемлемости четырех новых методов контрацепции для пятого издания; а также (г) по запросу Комитета по пересмотру рекомендаций, двум темам, обеспечивающим более ясное понимание рекомендаций, опубликованных в четвертом издании. Таким образом, рекомендации, по 14 темам были пересмотрены для пятого издания МЕС.

При рассмотрении доказательств Группа по разработке рекомендаций учитывала общее качество имеющихся научных доказательств, обращая особое внимание на надежность и последовательность информации в соответствии с системой оценки научных данных (GRADE).¹ При формулировке рекомендаций по четырем категориям приемлемости контрацепции Группа по разработке рекомендаций учитывала потенциальный вред, связанный с использованием контрацептивов, характер доказательств по системе GRADE, преимущества профилактики нежелательной беременности и применила подход учета ценностей и предпочтений, на основе приоритетности доступности широкого спектра методов контрацепции. Группа по разработке рекомендаций принимала решение путем консенсуса на основе обсуждений, дебатов и консультацией с экспертами с целью согласования рекомендаций и разрешения разногласий. Группа по разработке добавила в некоторые рекомендации уточнения с целью подробного объяснения или методической помощи в интерпретации цифровой классификации. Для каждого метода контрацепции Группа по разработке рекомендаций

учитывала потенциальные преимущества и риски его применения при наличии определенного заболевания или клинически значимого физиологического состояния, или персональных характеристик (например: возраст, грудное вскармливание, курение).

Обновленные доказательства. Во многих случаях не появилось новых доказательств после публикации четвертого издания МЕС (2009 г.), или же новые доказательства подтверждали результаты предшествующих исследований. Таким образом, в целом ряде случаев рекомендации, опубликованные в четвертом издании, были пересмотрены и утверждены Группой по разработке рекомендаций без внесения изменений. В рекомендациях, которые не претерпели изменений, Секретариат ВОЗ актуализировал доказательства, ссылки и цитирование, которые указаны в таблицах о методах контрацепции во 2-й части данных рекомендаций.

Через четыре года ВОЗ инициирует пересмотр рекомендаций, указанных в данном документе. В период между публикациями ВОЗ продолжит мониторинг доказательств, содержащихся в данных рекомендациях, и, по мере необходимости, будет проводить дополнительные консультации, если новые доказательства потребуют пересмотра существующих рекомендаций. Такая корректировка может потребоваться для тех случаев, когда доказательная база быстро меняется. Эти промежуточные рекомендации будут доступны на страницах сайта ВОЗ по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья. ВОЗ поддерживает необходимость проведения исследований, уделяющих внимание ключевым нерешенным вопросам, связанным с установлением медицинских критериев приемлемости использования контрацептивов. Также ВОЗ призывает вносить комментарии и предложения по улучшению данных рекомендаций.

Краткий обзор пересмотренных рекомендаций

Четырнадцать тем, охватывающих 575 рекомендаций, были пересмотрены Группой по разработке во время ревизии в 2014 году (см. Таблицу 1). Для оценки качества имеющихся доказательств была применена система оценки научных данных GRADE, и она обеспечила базис для формулировки рекомендаций (см. центральный столбец). Для некоторых тем были проанализированы определенные исходы исследований и/или методы контрацепции. Для этих тем представлена оценка качества доказательств по системе GRADE: дана одна или несколько оценок доказательств (см. последний столбец). Объяснение того, как происходил процесс отбора и приоритизации этих тем, дается в 1-ой части документа, в разделе 1.2, Таблица 1.1. За исключением рекомендаций, указанных в Таблице 1, все остальные рекомендации были подтверждены Группой по разработке рекомендаций, и не подвергались формальному пересмотру для обновленной версии пятого издания МЕС. Общие данные об изменениях между четвертым и пятым изданиями этого документа содержатся во 2-й части, в разделе 2.6.

¹ Департамент репродуктивного здоровья и научных исследований (RHR), в том числе специальная программа по исследованиям и развитию в области репродукции человека (HRP) ПРООН/ЮНФПА/ЮНИСЕФ/ВОЗ/Всемирного банка: www.who.int/reproductivehealth

Таблица 1. Темы, пересмотренные ВОЗ для 5-го издания «Медицинских критериев приемлемости для использования методов контрацепции» (МЕС)

ТЕМА	РЕКОМЕНДАЦИИ МЕС	ОЦЕНКА СТЕПЕНИ КАЧЕСТВА ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ПО СИСТЕМЕ GRADE ^a
1. Рекомендации по использованию комбинированных гормональных контрацептивов (КГК) по возрастным группам		
включают комбинированные оральные контрацептивы, комбинированные инъекционные контрацептивы, комбинированный пластырь (КП) и комбинированное вагинальное кольцо (КВК)		
< 40 лет	Женщины с менархе до 40 лет могут использовать КГК без ограничений (Категория 1).	от низкой до очень низкой
≥ 40 лет	Женщины в возрасте 40 лет и старше обычно могут использовать КГК (Категория 2).	
2. Рекомендации по использованию КГК женщинами, кормящими грудью		
< 6 недель после родов	Женщинам, кормящим грудью в период < 6 недель после родов, не следует использовать КГК (Категория 4).	от низкой до очень низкой
≥ 6 недель до < 6 месяцев после родов	Женщинам, кормящим грудью в период от ≥ 6 недель до < 6 месяцев после родов (преимущественно грудное вскармливание), обычно не следует использовать КГК (Категория 3).	
≥ 6 месяцев после родов	Женщины, кормящие грудью в период ≥ 6 месяцев после родов, обычно могут использовать КГК (Категория 2).	
3. Рекомендации по использованию КГК женщинами в послеродовом периоде		
< 21 дн. после родов без других факторов риска венозного тромбоза (ВТЭ)	Женщинам в послеродовом периоде < 21 дн., не имеющим других факторов риска ВТЭ, обычно не следует использовать КГК (Категория 3).	от низкой до очень низкой
< 21 дн. после родов при других факторах риска ВТЭ	Женщинам в послеродовом периоде < 21 дн., имеющим другие факторы риска ВТЭ, обычно не следует использовать КГК (Категория 4).	
≥ 21 до 42 дн. после родов без других факторов риска ВТЭ	Женщины в послеродовом периоде ≥ 21 до 42-х дн., не имеющие других факторов риска ВТЭ, обычно могут использовать КГК (Категория 2).	
≥ 21 до 42 дн. после родов при других факторах риска ВТЭ	Женщинам в послеродовом периоде ≥ 21 до 42-х дн., имеющим другие факторы риска ВТЭ, обычно не следует использовать КГК (Категория 3).	
> 42 дн. после родов	Женщины в послеродовом периоде > 42-х дн. могут использовать КГК без ограничения (Категория 1).	
4. Рекомендации по использованию КГК для женщин с заболеваниями поверхностных вен		
Варикозное расширение вен	Женщины с варикозом могут использовать КГК (Категория 1).	очень низкая
Тромбоз поверхностных вен (ТПВ)	Женщины с ТПВ обычно могут использовать КГК (Категория 2).	

^a Оценка качества доказательств по системе GRADE включает следующие степени качества: «очень низкая», «низкая», «средняя», «высокая». Когда указывается диапазон степеней «от . . . до . . .», он отражает оценку качества по наиболее значимым исходам/или по методам контрацепции. См. таблицу GRADE в Части I, раздел 1.4.

ТЕМА	РЕКОМЕНДАЦИИ МЕС	ОЦЕНКА СТЕПЕНИ КАЧЕСТВА ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ПО СИСТЕМЕ GRADE ^a
5. Рекомендации по использованию КГК для женщин с установленной дислипидемией		
Установленная дислипидемия без других известных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний	Женщины с установленной дислипидемией без других известных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний обычно могут использовать КГК (Категория 2).	очень низкая; пересмотрено для большей ясности по просьбе Комитета по пересмотру и внедрению рекомендаций (GRC)
6. Рекомендации по использованию кормящими женщинами только прогестаген-содержащих контрацептивов (ПСК) и левоноргестрел-содержащих ВМК (ЛНГ-ВМК)		
6а. Использование ПСК женщинами, кормящими грудью (ПСК включают таблетки, импланты и инъекционные контрацептивы, содержащие только прогестаген.)		
< 6 нед. после родов	Женщины, кормящие грудью в период < 6 нед. после родов, обычно могут использовать только прогестаген-содержащие таблетки (ПСТ) и импланты ЛНГ и ЭТГ (Категория 2). Женщинам, кормящим грудью в период < 6 нед. после родов, не следует использовать только прогестаген-содержащие инъекционные препараты (ПСИК) (ДМПА или НЭТ-ЭН) (Категория 3).	от низкой до очень низкой
≥ 6 нед. до < 6 мес. после родов	Женщины, кормящие грудью в период от ≥ 6 нед. до < 6 мес. после родов, могут использовать ПСТ, ПСИК, ЛНГ и ЭТГ – импланты без ограничений (Категория 1 по классификации МЕС).	
≥ 6 мес. после родов	Женщины, кормящие грудью в период ≥ 6 мес. после родов, могут использовать ПСТ, ПСИК, импланты ЛНГ и ЭТГ без ограничений (Категория 1 по классификации МЕС).	
6б. Использование ЛНГ-ВМК женщинами, кормящими грудью		
< 48 час. после родов	Женщины, кормящие грудью в период < 48 час. после родов, обычно могут использовать ЛНГ-ВМК (Категория 2 по классификации МЕС).	очень низкая
≥ 48 час. до < 4 нед. после родов	Женщинам, кормящим грудью в период ≥ 48 час. до < 4 нед. после родов, не следует применять ЛНГ-ВМК (Категория 3).	
≥ 4 нед. после родов	Женщины, кормящие грудью в период ≥ 4 нед. после родов, могут использовать ЛНГ-ВМК без ограничений (Категория 1).	
Послеродовый сепсис	Женщинам с послеродовым сепсисом, кормящим и не кормящим грудью, не следует вводить ЛНГ-ВМК (Категория 4).	
7. Рекомендации по использованию подкожного депо медроксипрогестерона ацетата (ДМПА-ПК) – нового метода, включенного в данное руководство		
Все рекомендации	Рекомендации по ДМПА-ПК последуют после текущих рекомендаций по ДМПА-ВМ (для внутримышечного введения).	очень низкая
8. Рекомендации по использованию Сино-импланта (II) – нового метода, включенного в данное руководство		
Все рекомендации	Рекомендации для Сино-импланта (II) последуют после текущих рекомендаций для ЛНГ-имплантов.	от средней до очень низкой

^a Оценка качества доказательств по системе GRADE включает следующие степени качества: «очень низкая», «низкая», «средняя», «высокая». Когда указывается диапазон степеней «от . . . до . . .», он отражает оценку качества по наиболее значимым исходам/или по методам контрацепции. См. таблицу GRADE в Части I, раздел 1.4.

ТЕМА	РЕКОМЕНДАЦИИ МЕС	ОЦЕНКА СТЕПЕНИ КАЧЕСТВА ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ПО СИСТЕМЕ GRADE ^a
9. Рекомендации по приему таблеток для экстренной контрацепции (ТЭК): улипристала ацетат (УПА) добавлен в руководство как новый метод, а в раздел заболеваний, при которых применяются ТЭК, в качестве нового состояния добавлено ожирение		
Беременность	Для беременных женщин использование ТЭК не применимо.	очень низкая
Грудное вскармливание	Женщины, кормящие грудью, могут применять комбинированные оральные контрацептивы (КОК) или ЛНГ в качестве ТЭК без ограничения (Категория 1). Женщины, кормящие грудью, обычно могут использовать УПА в качестве ТЭК (Категория 2).	
Внематочная беременность в анамнезе	Женщины с внематочной беременностью в анамнезе могут использовать КОК, ЛНГ или УПА в качестве ТЭК без ограничений (Категория 1).	
Тяжелое сердечно-сосудистое заболевание в анамнезе	Женщины с сердечно-сосудистым заболеванием в анамнезе, включая ишемическую болезнь сердца, нарушение мозгового кровообращения или другие тромбоэмболические заболевания, обычно могут использовать КОК, ЛНГ или УПА в качестве ТЭК (Категория 2 по классификации МЕС).	
Мигрень	Женщины с мигренью обычно могут использовать КОК, ЛНГ или УПА в качестве ТЭК (Категория 2 по классификации МЕС).	
Тяжелое заболевание печени	Женщины с тяжелым заболеванием печени, включая желтуху (признак, указывающий на заболевание печени до постановки диагноза), обычно могут использовать КОК, ЛНГ или УПА в качестве ТЭК (Категория 2 по классификации МЕС).	
Использование стимуляторов СYP3A4	Женщины, применяющие стимуляторы СYP3A4, могут использовать КОК, ЛНГ или УПА в качестве ТЭК без ограничений (Категория 1).	
Множественное использование ТЭК	Нет ограничений по многократному использованию КОК, ЛНГ или УПА в качестве ТЭК при изнасиловании (Категория 1).	
Изнасилование	Нет ограничений по использованию КОК, ЛНГ или УПА в качестве ТЭК (Категория 1).	
Ожирение	Женщины с ожирением могут использовать КОК, ЛНГ или УПА в качестве ТЭК без ограничений (Категория 1).	средняя
10. Использование внутриматочных контрацептивов (ВМК) женщинами с высоким риском инфекций, передаваемых половым путем (ИППП)		
Начало использования ВМК	Многие женщины с высоким риском ИППП в целом могут начать использовать Cu-ВМК или ЛНГ-ВМК (Категория 2 по классификации МЕС). Некоторым женщинам с высоким риском ИППП (с очень высокой индивидуальной вероятностью инфицирования) не следует вводить ВМК до проведения надлежащего обследования и лечения (Категория 3).	Не было представлено новых доказательств, в связи с чем качество не оценивалось по системе GRADE; рекомендация пересмотрена с целью внесения ясности по запросу Группы по разработке стандартов
Продолжение использования ВМК	Женщины с высоким риском ИППП обычно могут продолжать использовать или Cu-ВМК или ЛНГ-ВМК (Категория 2).	

^a Оценка качества доказательств по системе GRADE включает следующие степени качества: «очень низкая», «низкая», «средняя», «высокая». Когда указывается диапазон степеней «от ... до ...», он отражает оценку качества по наиболее значимым исходам/или по методам контрацепции. См. таблицу GRADE в Части I, раздел 1.4.

ТЕМА	РЕКОМЕНДАЦИИ МЕС	ОЦЕНКА СТЕПЕНИ КАЧЕСТВА ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ПО СИСТЕМЕ GRADE ^a
11. Рекомендации по использованию вагинального кольца, содержащего прогестерон (ПВК) - нового метода, включенного в данное руководство)		
Грудное вскармливание в период ≥ 4 нед. после родов	Женщины, активно кормящие грудью в период ≥ 4 нед. после родов, могут использовать ПВК без ограничений (Категория 1).	низкая
12. Рекомендации по использованию гормональной контрацепции женщинами с высоким риском ВИЧ-инфекции, ВИЧ-инфицированными женщинами, и ВИЧ-инфицированными женщинами, получающими антиретровирусную терапию (АРТ)		
12а. Женщины с высоким риском ВИЧ-инфекции	Женщины с высоким риском ВИЧ-инфицирования могут использовать следующие гормональные методы контрацепции без ограничений: КОК, КИК, комбинированные контрацептивные пластыри и кольца, ПСТ, ПСИК (ДМПА и НЭТ-ЭН), а также импланты ЛНГ и ЭТГ (Категория 1). Женщины с высоким риском ВИЧ-инфицирования обычно могут использовать ЛНГ-ВМК (Категория 2).	от средней до очень низкой
12б. Женщины с бессимптомным или легким течением ВИЧ-инфекции (1-я или 2-я стадия по классификации ВОЗ)	Женщины с бессимптомным или легким течением ВИЧ-инфекции (1-я или 2-я стадия по классификации ВОЗ) могут использовать следующие методы гормональной контрацепции без ограничений: КОК, КИК, комбинированные контрацептивные пластыри и кольца, ПСТ, ПСИК (ДМПА и НЭТ-ЭН), а также импланты ЛНГ и ЭТГ (Категория 1). ВИЧ-инфицированные женщины с бессимптомным или легким течением ВИЧ-инфекции (1-я или 2-я стадия по классификации ВОЗ) обычно могут использовать ЛНГ-ВМК (Категория 2).	
12в. Женщины с тяжелой или поздней стадией СПИД (3-я или 4-я стадия по классификации ВОЗ)	Женщины с тяжелой или поздней стадией СПИД (3-я или 4-я стадия по классификации ВОЗ) могут использовать следующие методы гормональной контрацепции без ограничений: КОК, КИК, комбинированные контрацептивные пластыри и кольца, ПСТ, ПСИК (ДМПА и НЭТ-ЭН), а также импланты ЛНГ и ЭТГ (Категория 1). Женщинам с тяжелой или поздней стадией СПИД (3-я или 4-я стадия по классификации ВОЗ) обычно не следует начинать применение ЛНГ-ВМК (Категория 3) до тех пор, пока не произойдет улучшение здоровья до бессимптомного или легкого течения ВИЧ-инфекции (1-я или 2-я стадия по классификации ВОЗ). Женщинам, которые уже применяют ЛНГ-ВМК, и у которых наступила тяжелая или поздняя стадия СПИД, нет необходимости удаления ВМК (Категория 2 для продолжения использования ВМК).	от средней до очень низкой

^a Оценка качества доказательств по системе GRADE включает следующие степени качества: «очень низкая», «низкая», «средняя», «высокая». Когда указывается диапазон степеней «от ... до ...», он отражает оценку качества по наиболее значимым исходам/или по методам контрацепции. См. таблицу GRADE в Части I, раздел 1.4.

ТЕМА	РЕКОМЕНДАЦИИ МЕС	ОЦЕНКА СТЕПЕНИ КАЧЕСТВА ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ПО СИСТЕМЕ GRADE ^a
12г. ВИЧ-инфицированные женщины, получающие антиретровирусную терапию (АРТ)		
нуклеозидные/ нуклеотидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ)	<p>Женщины, принимающие любой из НИОТ, могут использовать все методы гормональной контрацепции без ограничений: КОК, КИК, комбинированные контрацептивные пластыри и кольца, ПСТ, ПСИК (ДМПА и НЭТ-ЭН), а также импланты ЛНГ и ЭТГ (Категория 1).</p> <p>Женщины, принимающие любой из НИОТ, могут использовать ЛНГ-ВМК (Категория 2), при условии что у них бессимптомное или легкое течение ВИЧ-инфекции (1-я или 2-я стадия по классификации ВОЗ). Женщинам с тяжелой или поздней стадией СПИД (3-я или 4-я стадия по классификации ВОЗ), принимающим любой из НИОТ, обычно не следует начинать применение ЛНГ-ВМК (Категория 3 для начала контрацепции) до тех пор, пока не произойдет улучшение до бессимптомного или легкого течения ВИЧ-инфекции.</p> <p>Для женщин, принимающих любой из НИОТ и уже применяющих ЛНГ-ВМК, и у которых наступила тяжелая или поздняя стадия СПИД, нет необходимости удаления ВМК (категория 2 для продолжения использования ВМК).</p>	от низкой до очень низкой
ненуклеозидные/ нуклеотидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ), содержащие эфавиренз, или АРТ с невирапином	<p>Женщины, принимающие ННИОТ, содержащие эфавиренз или невирапин, обычно могут использовать комбинированные контрацептивные пластыри и кольца, ПСТ, НЭТ-ЭН, а также импланты ЛНГ и ЭТГ (Категория 2).</p> <p>Женщины, принимающие эфавиренз или невирапин, могут использовать ДМПА без ограничений (Категория 1).</p> <p>Женщины, принимающие ННИОТ обычно могут использовать ЛНГ-ВМК (категория 2) при бессимптомном или легком течении ВИЧ-инфекции (1-я или 2-я стадия по классификации ВОЗ). Женщинам с тяжелой или поздней стадией СПИД (3-я или 4-я стадия по классификации ВОЗ) и принимающим любой из ННИОТ, обычно не следует начинать применение ЛНГ-ВМК (Категория 3 для начала контрацепции) до тех пор, пока не произойдет улучшение до бессимптомного или легкого течения ВИЧ-инфекции.</p> <p>Женщинам, принимающим ННИОТ и уже применяющим ЛНГ-ВМК, и у которых наступила тяжелая или поздняя стадия СПИД, нет необходимости удаления ВМК (Категория 2 для продолжения использования ВМК).</p>	
ННИОТ, содержащие этравирин и рилпивирин	Женщины, принимающие новейшие ННИОТ, содержащие этравирин и рилпивирин, могут использовать все методы гормональной контрацепции без ограничений (Категория 1).	

АРВ: антиретровирусные препараты; КГК: комбинированный гормональный контрацептив; КИК: комбинированный инъекционный контрацептив; КОК: комбинированный оральные контрацептив; Си-ВМК: медь-содержащий внутриматочный контрацептив; ДМПА: депо-медоксипрогестерона ацетат; ЭТГ: этоноргестрел; GRADE: система градации рекомендаций, оценки, разработки и определения ценности; GRC: Комитет по пересмотру рекомендаций; ВМ: внутримышечное введение; ВМК: внутриматочный контрацептив; ЛНГ: левоноргест рел; НЭТ-ЭН: норэтистерона энантат; ПСК: только прогестаген-содержащий контрацептив; НИОТ: нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы; ННИОТ: ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы; ПСИК: только прогестерон-содержащий инъекционный контрацептив; ПСТ: только прогестерон-содержащие таблетки; ПК: подкожное введение; ТПВ: тромбоз поверхностных вен; ВТЭ: венозный тромбозэмболизм.

^a Оценка качества доказательств по системе GRADE включает следующие степени качества: «очень низкая», «низкая», «средняя», «высокая». Когда указывается диапазон степеней «от ... до ...», он отражает оценку качества по наиболее значимым исходам/или по методам контрацепции. См. таблицу GRADE в Части I, раздел 1.4.

ТЕМА	РЕКОМЕНДАЦИИ МЕС	ОЦЕНКА СТЕПЕНИ КАЧЕСТВА ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ПО СИСТЕМЕ GRADE ^a
12г. ВИЧ-инфицированные женщины, получающие антиретровирусную терапию (АРТ) (продолжение)		
Ингибиторы протеазы (например: ритонавир и антиретровирусные препараты (АРВ), усиленные ритонавиром	<p>Женщины, принимающие ингибиторы протеазы (например: ритонавир и антиретровирусные препараты (АРВ), усиленные ритонавиром), обычно могут использовать КОК, КИК, комбинированные контрацептивные пластыри и кольца, ПСТ, НЭТ-ЭН, импланты ЛНГ и ЭТГ (Категория 2).</p> <p>Женщины, применяющие ингибиторы протеазы (например: ритонавир и препараты АРВ, усиленные ритонавиром), могут использовать ДМПА без ограничений (Категория 1).</p> <p>Женщины, принимающие ингибиторы протеазы, обычно могут использовать ЛНГ-ВМК (категория 2) при бессимптомном или легком течении ВИЧ-инфекции (1-я или 2-я стадия по классификации ВОЗ). Женщинам с тяжелой или поздней стадией СПИД (3-я или 4-я стадия по классификации ВОЗ) и принимающим любой из ингибиторов протеазы, обычно не следует начинать применение ЛНГ-ВМК (Категория 3 для начала контрацепции) до тех пор, пока не произойдет улучшение до бессимптомного или легкого течения ВИЧ-инфекции.</p> <p>Женщинам, принимающим ингибиторы протеазы и уже применяющим ЛНГ-ВМК, и у которых наступила тяжелая или поздняя стадия СПИД, нет необходимости удаления ВМК (Категория 2 для продолжения использования ВМК).</p>	от низкой до очень низкой
Ралтегравир (ингибитор интегразы)	<p>Женщины, применяющие ингибитор интегразы ралтегравир, могут использовать все методы гормональной контрацепции без ограничений (Категория 1).</p> <p>Женщины, принимающие ингибитор интегразы, обычно могут использовать ЛНГ-ВМК (категория 2) при бессимптомном или легком течении ВИЧ-инфекции (1-я или 2-я стадия по классификации ВОЗ). Женщинам с тяжелой или поздней стадией СПИД (3-я или 4-я стадия по классификации ВОЗ) и принимающим ингибитор интегразы, обычно не следует начинать применение ЛНГ-ВМК (Категория 3 для начала контрацепции) до тех пор, пока не произойдет улучшение до бессимптомного или легкого течения ВИЧ-инфекции.</p> <p>Женщинам, принимающим ингибитор интегразы и уже применяющим ЛНГ-ВМК, и у которых наступила тяжелая или поздняя стадия СПИД, нет необходимости удаления ВМК (Категория 2 для продолжения использования ВМК).</p>	

АРВ: антиретровирусные препараты; КГК: комбинированный гормональный контрацептив; КИК: комбинированный инъекционный контрацептив; КОК: комбинированный оральный контрацептив; Си-ВМК: медь-содержащий внутриматочный контрацептив; ДМПА: депо-медоксипрогестерона ацетат; ЭТГ: этоноргестрел; GRADE: система градации рекомендаций, оценки, разработки и определения ценности; GRC: Комитет по пересмотру рекомендаций; ВМ: внутримышечное введение; ВМК: внутриматочный контрацептив; ЛНГ: левоноргест рел; НЭТ-ЭН: норэтистерона энантат; ПСК: только прогестаген-содержащий контрацептив; НИОТ: нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы; ННИОТ: нунуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы; ПСИК: только прогестерон-содержащий инъекционный контрацептив; ПСТ: только прогестерон-содержащие таблетки; ПК: подкожное введение; ТПВ: тромбоз поверхностных вен; ВТЭ: венозный тромбоземболизм.

^a Оценка качества доказательств по системе GRADE включает следующие степени качества: «очень низкая», «низкая», «средняя», «высокая». Когда указывается диапазон степеней «от ... до ...», он отражает оценку качества по наиболее значимым исходам/или по методам контрацепции. См. таблицу GRADE в Части I, раздел 1.4.

Часть II

Использование рекомендаций

РЕКОМЕНДАЦИИ, ПЕРЕСМОТРЕННЫЕ ДЛЯ ПЯТОГО ИЗДАНИЯ

Эти рекомендации были пересмотрены в соответствии с требованиями ВОЗ по разработке рекомендаций в рамках подготовки 5-го издания «Медицинских критериев приемлемости для использования методов контрацепции» (МЕС). Вопросы, связанные с популяцией, вмешательством, контролем исходами (PICO), разработанные Группой по разработке рекомендаций (GDG), а также базы данных, изученные с целью поиска доказательств и подготовки систематических обзоров, описаны более подробно в 1-й части данного документа. Кроме того, профайлы доказательств GRADE, общая оценка качества доказательств GRADE, резюме доказательств, поддерживающих рекомендации, а также другие дополнительные замечания Группы по разработке рекомендаций, касающиеся рекомендаций, изложены в 1-й части.

Часть 1 на английском языке см.:

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family-planning/MEC-5/en/>

2.1 Введение

Документ «Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции» (*Medical eligibility criteria for contraceptive use* (MEC)) представляет собой руководство по безопасному использованию методов контрацепции. Целью документа является улучшение доступности и качества услуг по планированию семьи путем обеспечения политиков, лиц, принимающих решения, и научное сообщество рекомендациями, которые могут быть использованы для разработки или пересмотра национальных руководств по медицинским критериям приемлемости использования конкретных методов контрацепции. Методы, охватываемые настоящим руководством, включают все гормональные контрацептивы, внутриматочные средства, барьерные методы, методы определения возможности зачатия, прерванный половой акт, метод лактационной аменореи, мужскую и женскую стерилизацию, а также экстренную контрацепцию. Эти документально обоснованные рекомендации не определяют «лучший» метод, который должен использоваться в конкретном медицинском контексте, а скорее представляют собой обзор рекомендаций, позволяющий рассмотреть нескольких методов, которые могут быть безопасно использованы людьми с определенными заболеваниями (например, гипертонзия) или с соответствующими характеристиками (например, возраст).

2.1.1 Репродуктивное и сексуальное здоровье как права человека

Программа действий международной конференции по народонаселению и развитию (МКНР [ICPD]) определяет репродуктивное здоровье как «состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или недугов во всех аспектах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов». Программа действий также заявляет, что целью охраны сексуального здоровья является «является улучшение жизни и личных отношений, а не просто оказание консультативных и медицинских услуг, связанных с репродуктивной функцией и заболеваниями, передаваемыми

половым путем». Признавая важность соглашений, принятых на МКНР и других международных конференциях и саммитах, Пекинская декларация и Платформа действий определяют репродуктивные права следующим образом:

Репродуктивные права охватывают определенные права человека, которые уже признаны в национальных законах, международных документах по правам человека и других соответствующих документов на основе консенсуса. Эти права основываются на признании права всех супружеских пар и индивидуумов свободно принимать решение о количестве своих детей, времени их рождения и располагать информацией и средствами для осуществления этих решений, и право на достижение максимально высокого уровня сексуального и репродуктивного здоровья.¹

Среди Целей Тысячелетия в области развития (ЦТР), принятых странами в 2001 году, цель 5b, которая призывает к обеспечению всеобщего доступа к репродуктивному здоровью к 2015 году. Охрана репродуктивного и сексуального здоровья, в том числе услуги и информация по планированию семьи, признана не только ключевым вмешательством для улучшения здоровья мужчин, женщин и детей, но и правом человека. Международные и региональные соглашения по правам человека, национальные конституции и законы предоставляют гарантии, специально касающиеся доступа к информации и услугам по контрацепции. Они включают в себя гарантию того, что государства обеспечат своевременный и недорогой доступ к информации и качественным услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, включая контрацепцию, предоставляемым в форме, которая будет обеспечивать принятие информированных решений, уважение достоинства, автономию, неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность, а также учитывать потребности и перспективы отдельных лиц в партнерстве клиентов и провайдеров.² Подход к предоставлению противозачаточных средств на основе соблюдения прав предполагает целостное восприятие клиенток, которое учитывает их сексуальные и репродуктивные потребности и все соответствующие критерии приемлемости при оказании помощи в выборе и безопасном использовании метода планирования семьи. Есть доказательства того, что уважение, защита и реализация прав человека способствуют положительным исходам для здоровья. Предоставление информации и услуг по контрацепции, которые принимают во внимание неприкосновенность личной жизни, конфиденциальность и информированный выбор, а также широкий спектр безопасных

1 Пекинская декларация и Платформа действий. В: Докладе Четвертой Всемирной конференции по положению женщин (Пекин, 4–15 сентября, 1995). ООН; 1995: пункт. 95 (A/CONF.177/20; <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20R.pdf>)

2 Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102539/1/9789241506748_eng.pdf, accessed 24 April 2015).

методов контрацепции, повышают удовлетворенность людей и дальнейшее использование контрацепции.^{3 4 5 6}

Предоставление услуг в соответствии с правами человека и репродуктивными правами является основополагающим для качества услуг. Разработка международных норм для медицинских критериев приемлемости и практических рекомендаций по использованию противозачаточных средств является лишь одним из аспектов повышения качества услуг по охране репродуктивного здоровья. Многие программы планирования семьи включают в себя скрининг, лечение и дальнейшее наблюдение, которые отражают высокие стандарты общественного здравоохранения и клинической практики, но они не должны рассматриваться как требования приемлемости для конкретных методов контрацепции. Эти программы включают скрининг и лечение рака шейки матки, анемии и ИППП, а также пропаганду грудного вскармливания и борьбу с курением. Такие программы должны быть настоятельно рекомендованы при наличии соответствующих человеческих и материальных ресурсов, но они не должны рассматриваться в качестве необходимого условия для принятия и использования методов планирования семьи, поскольку они не являются обязательными для определения приемлемости применения того или иного метода.

2.1.2 Выбор метода контрацепции

Хотя данный документ в первую очередь рассматривает медицинские критерии приемлемости использования контрацептивов, поведенческие и другие немедицинские критерии, а также предпочтения клиентов, следует также принимать во внимание. Представление клиентам возможности выбора контрацепции с соблюдением их прав человека подразумевает их личный информированный выбор. Выбор женщин часто ограничен прямыми или косвенными социальными, экономическими и культурными факторами. С точки зрения женщины, ее выбор происходит в конкретное время, в рамках того или иного социального или культурного контекста; выбор сложен, зависит от многих факторов и подвержен изменениям. Процесс принятия решений в отношении методов контрацепции, как правило, требует принятия компромиссных решений с учетом преимуществ и недостатков различных методов; решения варьируются в зависимости от конкретных обстоятельств, восприятия и интерпретации. Факторы, которые следует учитывать при выборе конкретного метода контрацепции, включают: характеристики

потенциального потребителя, базовый риск заболеваний, побочные эффекты различных продуктов, стоимость, доступность и предпочтения пациента.

Этот документ не дает рекомендации по использованию каких-то конкретных продуктов или брендов после выбора определенного метода контрацепции. Он является руководством для женщин с определенными заболеваниями или с клинически значимыми физиологическим или личностными характеристиками по приемлемости различных методов контрацепции. Решение о том, какие методы использовать, также должно учитывать клиническую оценку и предпочтения пациентов.

Вопросы качества и доступности услуг, которые влияют на использование и выбор метода контрацепции

Следующие критерии оказания услуг имеют прямое отношение к началу использования и последующему наблюдению в процессе применения всех методов контрацепции:

- Пациенты должны получить адекватную информацию, чтобы они могли сделать информированный и добровольный выбор метода контрацепции. Такая информация должна, как минимум, включать следующее:
 - относительная эффективность метода;
 - правильное использование метода;
 - как он работает; частые побочные эффекты;
 - риски и преимущества метода для здоровья;
 - признаки и симптомы при которых необходимо обращение в клинику;
 - информация о восстановлении фертильности при прекращении использования метода; и
 - информация о защите от ИППП.

Информация должна быть предоставлена в устной и других формах, которые могут быть легко поняты и доступны пациентам.

- Для того чтобы предложить методы, которые требуют хирургических подходов, введения, установки и/или удаления квалифицированным медицинским работником (например, стерилизация, импланты, ВМС, диафрагмы, шейные колпачки), в наличии должен быть надлежащим образом обученный персонал, надлежащим образом оборудованные и доступные кабинеты или отделения, а также должны проводиться соответствующие мероприятия по профилактике инфекции.
- Адекватное и соответствующее оборудование и материалы должны иметься в наличии (например, контрацептивные средства и расходные материалы для профилактики инфекций).
- Медработники должны быть обеспечены руководствами, медицинскими картами пациентов или другими инструментами скрининга.

3 Koenig MA. The impact of quality of care on contraceptive use: evidence from longitudinal data from rural Bangladesh. Baltimore (MD): Johns Hopkins University; 2003.

4 Arends-Kuenning M, Kessy FL. The impact of demand factors, quality of care and access to facilities on contraceptive use in Tanzania. *J Biosoc Sci.* 2007;39:1–26.

5 RamaRao S, Lacuest M, Costello M, Pangolibay B, Jones H. The link between quality of care and contraceptive use. *Int Fam Plann Perspect.* 2003;29(2):76–83.

6 Sanogo D, RamaRao S, Johnes H, N'diaye P, M'bow B, Diop CB. Improving quality of care and use of contraceptives in Senegal. *Afr J Reprod Health.* 2003;7:57–73.

2.1.3 Эффективность метода контрацепции

Выбор метода контрацепции частично зависит от эффективности выбранного метода в предотвращении непланированной беременности, которая, в свою очередь, зависит не только от защиты, обеспечиваемой самим методом, но и от того, насколько последовательно и правильно он используется. В таблице 2.1 показано процентное соотношение женщин с непланированной беременностью в течение первого года применения метода контрацепции, при условии использования метода надлежащим образом (последовательно и правильно) и при типичном использовании (пропуск приема и/или неправильное применение). Последовательность и правильность использования метода может сильно изменяться в зависимости от характеристик пациентов, таких как возраст, доход, желание предотвратить или отсрочить беременность, и культура. Методы, зависящие от ненадлежащего использования пациентами (например, презервативы и таблетки) имеют широкий диапазон эффективности. По мере того, как накапливается опыт использования метода, эффективность его использования возрастает.

Вместе с тем, программные аспекты также оказывают значительное влияние на эффективность (последовательность и правильность) применения метода.

2.1.4 Состояния, подвергающие женщину повышенному риску в случае непланированной беременности

Женщинам с заболеваниями, при которых непланированная беременность представляет угрозу здоровью, следует объяснить, что из-за высокого риска им не следует ограничиваться барьерными и ритмическими методами из-за их низкой эффективности. Перечень заболеваний приведен в таблице 2.1.

Таблица 2.1 Заболевания, которые подвергают женщину повышенному риску в случае непланированной беременности

<ul style="list-style-type: none"> • Рак молочной железы • Осложненные пороки сердца • Диабет: инсулинозависимый; с нейропатией/ретинопатией/или другими сосудистыми заболеваниями; или при длительности заболевания > 20 лет • Рак эндометрия или яичников • Эпилепсия • Гипертензия (систолическое АД > 160 мм. рт. ст. или диастолическое АД > 100 мм. рт. ст.)^а • ВИЧ (стадии ВОЗ 1–4)^б • Ишемическая болезнь сердца 	<ul style="list-style-type: none"> • Злокачественная трофобластическая болезнь • Злокачественные опухоли печени (гепатома) и гепатоцеллюлярная карцинома печени • Шистосомоз с фиброзом печени • Тяжелый (декомпенсированный) цирроз • Серповидноклеточная анемия • ИППП^б • Инсульт • Системная красная волчанка (СКВ) • Тромбогенные мутации • Туберкулез
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

а В данном документе давление измеряется в мм. рт. ст. Для перевода в кПа, необходимо умножить на 0.1333 (например, 120/80 мм. рт. ст. = 16.0/10.7 кПа).

б Двойная защита настоятельно рекомендована для защиты от ВИЧ/СПИД и других ИППП, когда существует риск передачи ИППП/ВИЧ. Это может быть достигнуто сочетанием презервативов с другими методами, либо последовательное и правильное использование только презервативов.

Таблица 2.1 Доля женщин с незапланированной беременностью в течение первого года типичного и надлежащего применения методов контрацепции и процент женщин, продолживших применение методов к концу первого года, данные по США

Метод (1)	% женщин с незапланированной беременностью в течение первого года использования метода		% женщин, продолживших использование метода к концу первого года ³ (4)
	Типичное применение ¹ (2)	Надлежащее применение ² (3)	
Контрацептивы не применялись ⁴	85	85	–
Спермицидные средства ⁵	28	18	42
Методы определения периода возможности зачатия (биологические)	24	–	47
Метод стандартных дней ⁶	–	5	–
Двухдневный метод ⁶	–	4	–
Овуляционный метод ⁶	–	3	–
Симптотермальный метод	–	0.4	–
Прерванный половой акт	22	4	46
Влагалищные губки	–	–	36
Рожавшие женщины	24	20	–
Нерожавшие женщины	12	9	–
Презервативы ⁷			
Женские	21	5	41
Мужские	18	2	43
Влагалищные диафрагмы ⁸	12	6	57
Комбинированные оральные контрацептивы и только прогестаген-содержащие таблетки	9	0.3	67
Гормональный пластырь Evra	9	0.3	67
Влагалищное кольцо NuvaRing [®]	9	0.3	67
Медروксипрогестерона ацетат Depo-Provera	6	0.2	56
Внутриматочные контрацептивы			
Paragard [®] (Cu)	0.8	0.6	78
Mirena [®] (ЛНГ)	0.2	0.2	80
Implanon [®]	0.05	0.05	84
Женская стерилизация	0.5	0.5	100
Мужская стерилизация	0.15	0.10	100
Экстренная контрацепция: таблетки для экстренной контрацепции или введение медь-содержащей внутриматочной спирали после незащищенного полового акта существенно снижают риск наступления беременности. ⁹			
Метод лактационной аменореи: высокоэффективный временный способ предотвращения беременности. ¹⁰			

Примечания:

- 1 Процент unplanned беременностей среди супружеских пар, применявших данный метод контрацепции (необязательно впервые), при условии, что они не прекратили использование данного метода по каким-либо другим причинам. Данные по частоте наступления беременности в течение первого года использования спермицидных средств и влагалищных диафрагм взяты из National Survey of Family Growth 1995 года с поправкой на неучтенные аборты; данные по биологическим методам контрацепции, прерванному половому акту, мужским презервативам, только прогестаген-содержащим таблеткам и медроксипрогестерона ацетату Depo-Provera взяты из National Survey of Family Growth 1995 и 2002 годов с поправкой на неучтенные аборты. Источники показателей для других методов поясняются в тексте (Trussell, 2011).
- 2 Процент unplanned беременностей среди супружеских пар, применявших метод контрацепции (необязательно впервые), надлежащим образом (постоянно и правильно), при условии, что они не прекратили использование данного метода по каким-либо другим причинам. Источники показателей для других методов поясняются в тексте (Trussell, 2011).
- 3 Процент супружеских пар, которые предохраняются от беременности и продолжают использовать метод в течение более одного года.
- 4 Процент женщин, у которых наступила беременность, в столбцах 2 и 3 основан на данных, полученных в наблюдениях женщин, не использующих или прекративших использование контрацепции для того, чтобы забеременеть. В 89% таких случаев наступает беременность в течение первого года. Эти данные были немного занижены (до 85%) чтобы показать процент женщин, у которых наступит беременность в течение одного года после полной отмены обратимой контрацепции.
- 5 Пенки, кремы, гели, вагинальные суппозитории и пленка.
- 6 Овуляционный и двухдневный методы[®] основаны на оценке цервикальной слизи. Метод стандартных дней[®] предполагает воздержание от половых актов в период с 8го по 19ый дни цикла. Симптомтермальный метод – метод двойной проверки, основанный на оценке цервикальной слизи, с целью определения первого дня возможного зачатия, и оценке цервикальной слизи и ректальной температуры, с целью определения последнего дня возможного зачатия.
- 7 Без спермицидов.
- 8 Со спермицидным кремом или гелем.
- 9 Plan B One-Step[®], ella[®] и Next Choice One Dose[®] являются эксклюзивными продуктами, предназначенные специально для экстренной контрацепции на рынке США, на момент составления данного документа. Инструкция для Plan B One-Step (одна доза – одна белая таблетка) предписывает прием таблетки в течение 72 часов после незащищенного полового акта. Исследования показали, что все вышеуказанные препараты сохраняют эффективность в течение 120 часов после незащищенного полового акта. Инструкция к Next Choice One Dose (одна доза – одна оранжевая таблетка) также предписывает прием таблетки в течение 72 часов после незащищенного полового акта. Управление по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA), в дополнение к вышеперечисленным, объявило следующие 19 оральных контрацептивов безопасными и эффективными для экстренной контрацепции: Ogestrel[®] (одна доза – две белые таблетки), Nordette[®] (одна доза – 4 светло-оранжевые таблетки), Crystelle[®], Levora[®], Low-Ogestrel[®], Lo/Ovral[®], или Quasence[®] (одна доза – 4 белые таблетки), Jolessa[®], Portia[®], Seasonale[®] or Trivora[®] (одна доза – 4 розовые таблетки), Seasonique[®] (одна доза – 4 светло-голубовато-зеленые таблетки), Enpresse[®] (одна доза – 4 оранжевые таблетки), Lessina[®] (одна доза – пять розовых таблеток), Aviane[®] или LoSeasonique[®] (одна доза – 5 оранжевых таблеток), Lutera[®] или Sronyx[®] (одна доза – 5 белых таблеток), и Lybrel[®] (одна доза – 6 желтых таблеток).
- 10 Однако для эффективной защиты от беременности необходимо использовать другой метод контрацепции сразу после завершения менструации, при уменьшении частоты и продолжительности грудных кормлений, при переходе на искусственное вскармливание или по достижении ребенком 6-месячного возраста.

2.1.5 Восстановление фертильности

Из всех методов контрацепции только мужская и женская стерилизация необратимы (или постоянны). Все другие методы обратимы; фертильность, как правило, быстро восстанавливается после завершения применения того или иного метода (исключение составляют медроксипрогестерона ацетат (ДМПА) и норэтистерон энантат (НЭТ-ЭН)). В среднем, восстановление фертильности происходит спустя 10 и 6 месяцев с момента введения последней инъекции одного и другого препарата, соответственно, независимо от длительности применения метода. Мужская и женская стерилизация рассматриваются как необратимые методы контрацепции (без возможности деторождения), и все лица и супружеские пары, склоняющиеся к выбору этого метода, должны быть проконсультированы надлежащим образом. Ни один другой метод не приводит к необратимому бесплодию.

2.1.6 ИППП и контрацепция: двойная защита

В дополнение к обязательным международным нормам предоставления контрацепции, обеспечивающим качество медицинской помощи и услуг, необходимо учитывать социальные, культурные и поведенческие особенности каждого пациента. В этом ключе проблема профилактики ИППП, включая ВИЧ, заслуживает особого внимания, потому что передача инфекции друг другу сексуально активными людьми репродуктивного возраста не менее важна, чем проблема предупреждения нежелательной беременности. При высоком риске ВИЧ и других ИППП важно, чтобы медицинские работники рекомендовали двойную защиту всем лицам, находящимся в зоне риска, а именно сочетание презервативов с другими методами контрацепции, либо последовательное и правильное использование только презервативов для предупреждения как нежелательной беременности, так и ИППП, включая ВИЧ. Мужчинам и женщинам, обращающимся за помощью в выборе метода контрацепции, следует всегда напоминать о важности использования презервативов как метода предупреждения передачи ИППП/ВИЧ, и поощрять использование этого метода, если это уместно. При надлежащем использовании мужские презервативы являются одним из самых эффективных методов защиты от ИППП, включая ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не используются настолько широко в национальных программах.

2.2 Как пользоваться данным документом

Настоящий документ предназначен для использования политиками, руководителями программ по планированию семьи и научным сообществом. Он является руководством для национальных программ по планированию семьи и репродуктивному здоровью в подготовке руководств для оказания медицинских услуг по контрацепции. Документ не является клиническими рекомендациями, а скорее справочником.

Рекомендации, содержащиеся в данном документе, подлежат интерпретации на уровне страны и программ таким образом, чтобы были отражены различные ситуации и условия, в которых предоставляется контрацепция. Маловероятно, что классификация категорий в данном документе в связи с этим изменится, но весьма вероятно, что применение этих категорий будет меняться на уровне стран. В частности, должны быть приняты во внимание уровень клинических знаний и опыта различных медработников, оказывающих услуги по контрацепции и наличие необходимых ресурсов в соответствующих службах.

Рекомендации представлены в таблицах в соответствии с методами контрацепции, включенными в руководство с учетом различных заболеваний (состояний). Каждое состояние было определено либо как уже известное заболевание (диабет, гипертензия), или как критически значимая индивидуальная характеристика (возраст, наличие беременности в анамнезе).

Предполагается, что на национальном и институциональном уровнях будут определены наиболее уместные методы скрининга этих состояний в соответствии с их значимостью для общественного здоровья. Зачастую наиболее адекватным подходом является сбор анамнеза пациентки. Сотрудник службы планирования семьи при необходимости может обращаться за консультацией к соответствующим экспертам.

Начало и продолжение использования контрацептивов

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

Как показано в Таблице 2.2 - упрощенном шаблоне таблиц для каждого контрацептива (представлен в разделе 2.7), в первой колонке указывается состояние (каждое отдельной строкой). Ряд состояний разделен на несколько степеней проявления или тяжести. Во второй колонке состояние относится к одной из четырех категорий, описанных в разделе 2.3, с учетом того, к началу или продолжению данного метода это относится. В третьей колонке представлены необходимые уточнения или доказательства в отношении классификации.

2.3 Использование категорий на практике

Категории 1 и 4 не требуют объяснений. Классификация метода/состояния в Категории 2 указывает, что данный метод может быть использован, но может потребоваться тщательное наблюдение. Тем не менее, использование метода женщиной с состоянием, отнесенным к Категории 3, требует тщательного клинического наблюдения и доступа к медицинской помощи; для таких женщин

следует принимать во внимание тяжесть состояния и надежность, практическую и приемлемость альтернативных методов. Для методов/состояний, классифицированных в Категории 3, использование данных методов обычно не рекомендуется, за исключением ситуаций, когда

более подходящие методы неприемлемы или недоступны. Требуется тщательное наблюдение.

Там, где ресурсы для клинической оценки ограничены, например, в службах на уровне сообществ, классификация из 4 категорий может быть упрощена до 2 категорий. В этой упрощенной классификации Категории 1 или 2 указывают на то, что женщина может использовать метод, а Категории 3 или 4 указывают на то, что женщина не может использовать метод в связи с медицинскими противопоказаниями (см. Таблицу 2.3).

Категории медицинских критериев приемлемости (МЕС) для использования методов контрацепции

Категория 1:	Состояния, при которых не существует никаких ограничений для использования данного метода контрацепции
Категория 2:	Состояния, при которых преимущества использования метода в целом превосходят теоретические или доказанные риски
Категория 3:	Состояния, при которых теоретические или доказанные риски, как правило, перевешивают преимущества использования метода
Категория 4:	Состояния, которые представляют собой неприемлемый риск для здоровья при использовании метода.

Таблица 2.2 Образец таблицы методов контрацепции

Тип контрацептива			
Состояние	Категория		Пояснения/ доказательства
	Н = начало	П = продолжение	
Состояние	Состояния классифицированные как Категория 1, 2, 3 или 4 Разные категории используются для биологических методов и хирургической стерилизации; они описаны в начале соответствующих разделов.		Пояснения или доказательства в отношении классификации

Таблица 2.3 Интерпретация и применение категорий на практике

Категория	С хорошими ресурсами для клинической оценки	С ограниченными ресурсами для клинической оценки
1	Использовать метод при любых условиях	Да (использовать метод)
2	Использовать метод в большинстве случаев	
3	Использовать метод только в том случае, если другие методы неприемлемы или недоступны	Нет (не использовать метод)
4	Метод не должен использоваться	

2.4 Программные выводы

Следующие вопросы должны быть решены при применении медицинских критериев приемлемости данного документа к программам:

- информированный выбор
- элементы качества помощи
- ключевые процедуры скрининга для использования того или иного метода
- обучение и навыки медработников
- направление к соответствующим специалистам и наблюдение за надлежащим применением контрацептивов.

Следует различать практику оказания услуг, которая является важнейшим фактором для безопасного использования определенных методов контрацепции, и практику, которая может быть подходящей для охраны здоровья, но не относится к использованию контрацепции. Продвижение надлежащих практик оказания помощи в сфере здравоохранения, не связанных с контрацепцией, не следует рассматривать ни как необходимое условие, ни как препятствие для обеспечения контрацепцией, но как дополнение к нему.

На следующем этапе рекомендации по медицинским критериям приемлемости следует рассмотреть в страновом контексте, с тем, чтобы рекомендации были применимы ко всем уровням системы оказания помощи. Ожидается, что национальные и институциональные особенности будут определять наиболее подходящие способы скрининга в соответствии с их значением для общественного здравоохранения. Изучение анамнеза часто будет самым верным подходом. Специалист по планированию семьи может посчитать необходимым проконсультироваться с экспертом по поводу того или иного заболевания. Странам необходимо будет определить, насколько и каким образом возможно распространить услуги по планированию семьи на периферийные уровни системы здравоохранения. Это может включать в себя модернизацию как персонала, так и учреждений, насколько это возможно и доступно, или добавление оборудования и расходных материалов, а также реорганизацию помещений. Также необходимо будет устранить заблуждения, иногда имеющиеся у медработников и пациентов в отношении рисков и побочных эффектов определенных методов, и внимательно пересмотреть потребности и перспективы женщин и мужчин в контексте информированного выбора.

Адаптация не всегда является простой задачей, и лучше всего ее осуществлять тем, кто хорошо знаком с превалирующими медико-санитарными условиями, нормами поведения и культурой. Эти изменения должны быть внесены в контексте информированного выбора пользователей и медицинской безопасности.

2.5 Клиенты с особыми потребностями

2.5.1 Люди с ограниченными возможностями

Согласно Конвенции Объединенных Наций по правам людей с ограниченными возможностями (CRPD), они должны иметь доступ, на равных основаниях с другими людьми, ко всем аспектам охраны сексуального и репродуктивного здоровья (Статья 25), как составляющей права на вступление в брак, создание семьи и сохранение фертильности (Статья 23)⁷. Медицинские работники часто не могут оказать помощь в области сексуального и репродуктивного здоровья людям с ограниченными возможностями, основываясь на распространенном заблуждении о том, что те не являются сексуально активными. Однако предоставление услуг по контрацепции людям с ограниченными возможностями может потребовать принятия решения относительно надлежащей контрацепции с учетом личных предпочтений, характера инвалидности и специфики различных методов контрацепции.

Например, людям с ограниченной подвижностью рук может быть трудно использовать некоторые барьерные методы; комбинированные оральные контрацептивы не подходят женщинам с нарушениями кровообращения или обездвиженными нижними конечностями в связи с высоким риском тромбоза глубоких вен даже в отсутствие тромбогенных мутаций; ряд методов предпочтителен для лиц с психическими заболеваниями или нарушениями интеллекта, которые могут забывать о необходимости ежедневно принимать препарат. У женщин, которым трудно соблюдать правила гигиены во время менструаций, следует учитывать влияние метода на менструальный цикл.

Во всех случаях медицинские решения должны опираться на информированный выбор, который в свою очередь должен опираться на адекватное просвещение в сфере сексуального и репродуктивного здоровья. В ситуациях, когда характер заболевания не позволяет понять пожелания и предпочтения пациента, противозачаточные средства должны предоставляться строго в соответствии со Статьей 12 Конвенции по правам человека. В частности, в таких случаях процесс принятия решения должен происходить только при участии доверенных лиц пациента, его личного омбудсмана или других лиц, оказывающих ему поддержку, с тем, чтобы решение в наибольшей степени отвечало его пожеланиям и предпочтениям. Учитывая факты недобровольной стерилизации людей с ограниченными возможностями, нередко используемой в качестве метода устранения менструаций,⁸ особенно важно обеспечить, чтобы решения о стерилизации принимались только при полном, добровольном и

⁷ Конвенция Объединенных Наций по правам людей с ограниченными возможностями. Резолюция принята Генеральной Ассамблеей Объединенных Наций. ООН; 2006 http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.html

⁸ Там же.

информированном согласии физического лица, либо самостоятельно, либо при поддержке.

2.5.2 Подростки

Подростки во многих странах не имеют адекватного доступа с информации и услугам по контрацепции, которые необходимы, чтобы защитить их сексуальное и репродуктивное здоровье. Существует острая необходимость во внедрении программ, которые не только отвечают потребностям подростков в контрацепции, но и устраняют барьеры для оказания соответствующих услуг. В целом, подростки имеют право использовать те же методы контрацепции, что и взрослые, и должны иметь возможность выбора различных противозачаточных средств. Возраст не является медицинским основанием для отказа подростку в каком-либо методе контрацепции. Хотя высказывались некоторые опасения по поводу использования определенных методов контрацепции подростками (например, инъекционных форм прогестерона до 18 лет), эти опасения должны быть сопоставимы с преимуществами предотвращения нежелательной беременности. Очевидно, что многие из тех же критериев, которые применяются к взрослым пациентам, также относятся к молодежи. Однако, некоторые состояния (например, сердечно-сосудистые нарушения), которые могут ограничить использование некоторых методов у взрослых женщин, не оказывают влияния на молодых людей, т.к. данные заболевания крайне редки у них.

Политические и культурные факторы могут оказывать влияние на доступ подростков к информации и услугам по контрацепции. Например, даже если услуги по контрацепции доступны, подростки (особенно одинокие) не могут получить их из-за ограничительных законов и политики. Если даже у подростков есть доступ к услугам по контрацепции, они могут не обращаться за ними из-за опасения осуждения или несоблюдения конфиденциальности со стороны медработников. Все подростки, независимо от семейного положения, имеют право на частную жизнь и конфиденциальность в вопросах здоровья, включая репродуктивное здоровье. Соответствующая помощь в отношении сексуального и репродуктивного здоровья, включая контрацепцию, должна быть доступна для всех подростков без обязательного требования разрешения родителей или опекунов со стороны законодательства, политики или практики.

Важную роль в выборе подростками методов контрацепции играют социальные и поведенческие факторы. Например, в определенной среде несовершеннолетние подвержены более высокому риску ИППП, в том числе ВИЧ-инфекции. В то время как подростки могут использовать любой из методов контрацепции, доступных в их сообществах, в некоторых случаях использование методов, которые не требуют ежедневного приема, может быть наиболее удобным. Подростки, состоящие в браке или нет, менее терпимы к побочным эффектам, и это является следствием высокой частоты прекращения использования контрацептивов. На выбор подростками метода

контрацепции могут влиять такие факторы, как нерегулярный характер половой жизни, а также необходимость скрывать сексуальные отношения и применение контрацептивов. Например, потребности в контрацептивах у сексуально активных подростков, не состоящих в браке, существенно отличаются от потребностей несовершеннолетних супружеских пар, которые хотят отсрочить первую беременность, установить определенный промежуток между родами или ограничить число беременностей. Расширение арсенала противозачаточных средств способствует удовлетворенности потребителей и увеличивает приверженность. Надлежащее просвещение и консультирование не только при выборе метода контрацепции, но и ранее помогает подросткам удовлетворить свои потребности и сделать добровольный и информированный выбор. Следует прилагать все усилия, направленные на то, чтобы стоимость услуг и/или контрацептивов не влияли на возможность выбора.

2.6 Резюме изменений в пятом издании МЕС

Следующие таблицы указывают на изменения в пятом издании МЕС по сравнению с четвертым изданием (см. Таблицы 2.4–2.6). Эти изменения включают: изменения категорий МЕС в пятом издании по сравнению с более ранними изданиями; рекомендации по новым состояниям, включенным в пятое издание; изменения в определениях некоторых состояний (в соответствии с современной клинической практикой); и детали о новых методах контрацепции, включенных в пятое издание.

Таблица 2.4 Обзор изменений в пятом издании в сравнении с четвертым изданием МЕС (изменения выделены жирным шрифтом)

Состояние	КОК/КП/ КВК	КИК	ПСТ	ДМПА НЭТ-ЭН	импланты ЛНГ/ЭТГ	Cu-ВМК		ЛНГ-ВМК		
Грудное вскармливание										
а) < 6 недель после родов	4	4	2^а	3 ^а	2^а					
б) ≥ 6 недель до < 6 месяцев (преимущественно грудное вскармливание)	3	3	1	1	1					
с) ≥ 6 месяцев после родов	2	2	1	1	1					
Послеродовый период (у некармливающих женщин)										
а) < 21 дня			1	1	1					
i) без других факторов риска ВТЭ	3 ^а	3 ^а								
ii) при других факторах риска ВТЭ	4^а	4^а								
б) ≥ 21 дня до < 42 дней			1	1	1					
i) без других факторов риска ВТЭ	2 ^а	2 ^а								
ii) при других факторах риска ВТЭ	3^а	3^а								
с) ≥ 42 дней	1	1	1	1	1					
Послеродовый период (у женщин, кормящих или не кормящих грудью, в том числе после кесарева сечения)										
а) < 48 часов, включая введение ВМК сразу после рождения последа						1		1 = без ГВ; 2 = ГВ		
б) ≥ 48 часов до < 4 недель						3		3		
в) ≥ 4 недель						1		1		
г) послеродовой сепсис						4		4		
Заболевания поверхностных вен										
а) варикозное расширение вен	1	1	1	1	1	1		1		
б) тромбоз поверхностных вен	2 ^а	2 ^а	1	1	1	1		1		
Установленная дислипидемия без других известных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний										
	2^а	2^а	2 ^а	2 ^а	2 ^а	2 ^а	1 ^а	2 ^а		
ИППП										
							Н	П	Н	П
а) гнойный цервицит, хламидийная инфекция или гонорея в настоящее время	1	1	1	1	1	1	4	2 ^а	4	2 ^а
б) другие ИППП (за исключением ВИЧ-инфекций и гепатита)	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
в) вагинит (включая трихомонадный вагинит 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^а	2	2/3^а	2

Состояние	КОК/КП/ КВК	КИК	ПСТ	ДМПА НЭТ-ЭН	импланты ЛНГ/ЭТГ	Cu-ВМК		ЛНГ-ВМК	
						Н	П	Н	П
ВИЧ/СПИД									
Высокий риск ВИЧ-инфекции	1	1	1	1 ^a	1	2	2	2	2
Бессимптомное или легкое течение ВИЧ-инфекции (1-я или 2-я стадия по классификации ВОЗ)	1 ^a	1 ^a	1 ^a	1 ^a	1 ^a	2	2	2	2
Тяжелая или поздняя стадия СПИД (3-я или 4-я стадия по классификации ВОЗ)	1 ^a	1 ^a	1 ^a	1 ^a	1 ^a	3	2 ^a	3	2 ^a
Антиретровирусная терапия									
а) нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ)						Н	П	Н	П
абакавир (ABC)	1	1	1	1	1	2/3 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a
тенофовир (TDF)	1	1	1	1	1	2/3 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a
зидовудин (AZT)	1	1	1	1	1	2/3 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a
ламивудин (3TC)	1	1	1	1	1	2/3 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a
диданозин (DDI)	1	1	1	1	1	2/3 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a
эмтрицитабин (FTC)	1	1	1	1	1	2/3 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a
ставудин (D4T)	1	1	1	1	1	2/3 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a
б) ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ)									
эфавиренз (EFV)	2 ^a	2 ^a	2 ^a	1 = ДМПА; 2 = НЭТ-ЭНа	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a
этравирин (ETR)	1	1	1	1	1	2/3 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a
невирапин (NVP)	2 ^a	2 ^a	2 ^a	1 = ДМПА; 2 = НЭТ-ЭНа	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a
рилпивирин (RPV)	1	1	1	1	1	2/3 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a
в) ингибиторы протеазы (ИП)									
атазанавир, усиленный ритонавиром (ATV/r)	2 ^a	2 ^a	2 ^a	1 = ДМПА; 2 = НЭТ-ЭНа	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a
лопинавир, усиленный ритонавиром (LPV/r)	2 ^a	2 ^a	2 ^a	1 = ДМПА; 2 = НЭТ-ЭНа	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a
дарунавир, усиленный ритонавиром (DRV/r)	2 ^a	2 ^a	2 ^a	1 = ДМПА; 2 = НЭТ-ЭНа	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a
ритонавир - (RTV)	2 ^a	2 ^a	2 ^a	1 = ДМПА; 2 = НЭТ-ЭНа	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a
г) ингибиторы интегразы									
ральтегравир (RAL)	1	1	1	1	1	2/3 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a

ИМТ: индекс массы тела; КОК: комбинированные оральные контрацептивы; КИК: комбинированные инъекционные контрацептивы; КВК: комбинированное вагинальное кольцо; Cu-ВМК: медь-содержащий ВМК; ДМПА: медроксипрогестерона ацетат для внутримышечных и подкожных инъекций; ЭТГ: этоноргестрел; ЛНГ: левоноргестрел; ЛНГ-ВМК: левоноргестрел-содержащий ВМК; НЭТ-ЭН: инъекционный контрацептив норэтистерона энантата; КП: комбинированный пластырь; ПСТ: только прогестаген-содержащие таблетки; ИПП: инфекции, передаваемые половым путем; ВТЭ: венозный тромбоз/эмболизм.

^a Обратитесь к соответствующей таблице для каждого метода контрацепции в разделе 2.7 для разъяснения данной классификации.

Таблица 2.5 Таблетки для экстренной контрацепции (ТЭК) (изменения выделены жирным шрифтом)

СОСТОЯНИЕ	КОК	ЛНГ	УПА
Беременность	Не применимо ^а	Не применимо ^а	Не применимо ^а
Грудное вскармливание	1	1	2^а
Внематочная беременность в анамнезе	1	1	1
Ожирение	1^а	1^а	1^а
Тяжелое сердечно-сосудистое заболевание в анамнезе (ишемическая болезнь сердца, нарушение мозгового кровообращения или другие тромбоэмболические состояния)	2	2	2
Мигрень	2	2	2
Тяжелое заболевание печени (включая желтуху)	2	2	2
Стимуляторы сур3а4 (например, рифампицин, фенитоин, фенобарбитал, карбамазепин, эфавиренз, фосфенитоин, невирапин, окскарбазепин, примидон, рифабутин, зверобой продырявленный (St. John's Wort/Hypericum perforatum))	1^а	1^а	1^а
Множественное использование ТЭК	1 ^а	1 ^а	1^а
Изнасилование	1	1	1

КОК: комбинированные оральные контрацептивы; СУР3А4: цитохром Р4503А4; ЛНГ: левоноргестрел; УПА: улипристала ацетат.

^а Обратитесь к соответствующей таблице для каждого метода контрацепции в разделе 2.7 для разъяснения данной классификации.

Таблица 2.6 Прогестерон-содержащее вагинальное кольцо (ПВК) (изменения выделены жирным шрифтом)

Состояние	Категория
Беременность	Не применимо
Период грудного вскармливания и ≥ 4 месяцев после родов	1

2.7 Таблицы

2.7.1 Комбинированные гормональные контрацептивы (КГК)

КОМБИНИРОВАННЫЕ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КОК)

Рекомендации, содержащиеся в настоящем руководстве, относятся к низкодозированным КОК, содержащим ≤ 35 мкг этинилэстрадиола в сочетании с прогестагеном.

Венозный тромбоз редко встречается у женщин репродуктивного возраста. Все КОК связаны с повышенным риском венозного тромбозомболизма (ВТЭ) по сравнению с женщинами, не принимающими КОК. Многие исследования выявили различия в риске ВТЭ, связанного с КОК, содержащими различные типы прогестагенов (1-19). Современные доказательства свидетельствуют о том, что КОК, содержащие левоноргестрел, норэтистерон и норгестимат связаны с меньшим риском (20). Тем не менее, абсолютные различия крайне малы.

Ограниченные данные не позволяют предполагать, что небольшой абсолютный риск артериальных осложнений, связанный с приемом КОК, варьируется в зависимости от типа прогестагена (5, 6, 20-34).

Рекомендации, содержащиеся в настоящем руководстве, одинаковы для всех составов КОК, независимо от прогестагенового компонента.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ИНЪЕКЦИОННЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КИК)

КИК обеспечивают высвобождение естественного эстрогена и прогестагена и действуют посредством ингибирования овуляции (35-39). Рассмотрим два состава КИК, которые необходимо вводить с интервалом 4 недели:

1. Циклофем = медроксипрогестерона ацетат 25 мг + эстрадиола ципионат 5 мг
2. Мезигина = норэтистерона энантат 50 мг + эстрадиола валерат 5 мг

КИК содержат эстроген естественного происхождения - эстрадиол. Эстрадиол менее мощный, оказывает наименее длительный эффект и быстрее метаболизируется, чем синтетические эстрогены, используемые в составе других контрацептивов, таких как комбинированные контрацептивные пластыри и комбинированные контрацептивные вагинальные кольца. Эти различия означают, что тип и выраженность эстрогеновых побочных эффектов, связанных с КИК, могут отличаться от таковых при использовании КОК, пластырей и вагинального кольца. Краткосрочные исследования КИК показали небольшое влияние на АД, гемостаз и коагуляцию, липидный обмен и функцию печени по сравнению с КОК (40-42). Инъекционное введение КИК позволяет избежать первичного метаболизма в печени и, соответственно, минимизировать воздействие эстрадиола на печень.

Однако, КИК - относительно новый метод контрацепции, и существует мало эпидемиологических данных о его долгосрочных эффектах.

Существует также опасение, что тогда как гормональное воздействие КОК и таблетированных препаратов, содержащих только прогестаген (ПСТ) может быть немедленно снижено прекращением их приема, этого не происходит при использовании инъекционных препаратов, чье действие продолжается еще некоторое время после последнего введения.

В ожидании дальнейших доказательств ГРП пришла к выводу, что доказательства в отношении КОК могут быть применимы к КИК, но не во всех случаях. Тем не менее, Группа по разработке рекомендаций присвоила КИК категории между категориями для КОК и ПСТ. Однако, при тяжелых заболеваниях (например, ишемическая болезнь сердца) классификация состояний будет такой же как и для КОК. Присвоенные категории должны рассматриваться как предварительные, и будут пересмотрены при появлении новых данных.

КОМБИНИРОВАННЫЙ КОНТРАЦЕПТИВНЫЙ ПЛАСТЫРЬ И КОМБИНИРОВАННОЕ ВАГИНАЛЬНОЕ КОЛЬЦО

Комбинированный контрацептивный пластырь (КП) и комбинированное контрацептивное кольцо (КВК) являются относительно новыми методами контрацепции. Доступно крайне мало информации о безопасности применения этих методов женщинами с конкретными заболеваниями. Более того, нет данных об отдаленных последствиях использования данных методов. Большинство имеющихся исследований выполнены при поддержке производителей данных средств контрацепции.

Согласно имеющимся доказательствам, контрацептивный пластырь обеспечивает сопоставимую безопасность и фармакокинетический профиль с КОК, в состав которых входят сходные гормональные вещества (43-60). Краткосрочный дискомфорт со стороны молочных желез и кожные реакции чаще отмечались у женщин, использовавших пластырь, однако менее 25% пользователей данного метода отмечали эти побочные эффекты (45, 49, 50, 56-58, 61). Ограниченные данные дают возможность предполагать, что эффективность контрацептивного пластыря может быть снижена у женщин массой тела более 90 кг. (58, 60).

Согласно имеющимся данным, комбинированное контрацептивное кольцо обеспечивает сопоставимую безопасность и фармакокинетический профиль и оказывает эффект на функцию яичников здоровых женщин, аналогичный КОК со сходным гормональным составом (61-75). Данные, касающиеся женщин, страдающих ожирением (ИМТ ≥ 30 кг/м²), показали, что увеличение веса при использовании влагилицного кольца и при приеме КОК для этой категории женщин было сходным (76). Ограниченные доказательства по использованию контрацептивного кольца после медикаментозного или хирургического аборта свидетельствуют об отсутствии серьезных побочных эффектов или инфекционных осложнений на протяжении трех циклов послеабортного использования (77), а ограниченные доказательства

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

в отношении применения кольца женщинами с плоскоклеточными интраэпителиальными поражениями низкой степени свидетельствуют, что данный метод контрацепции не ухудшает течения заболевания (64).

В ожидании новых доказательств ГРР пришла к выводу, что доказательства, относящиеся к комбинированным оральным контрацептивам, могут быть применимы и к комбинированному контрацептивному пластырю и контрацептивному кольцу, поэтому у пластыря и кольца должны быть такие же категории, как и у КОК. Присвоенные категории должны считаться предварительными будут пересмотрены как только станут доступны новые данные.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КГК)					
КГК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из самых эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы также эффективны и безопасны, но они не используются в рамках национальных программ так же широко, как мужские.					
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ				ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = НАЧАЛО, П = ПРОДОЛЖЕНИЕ				
	КОК	КП	КВК	КИК	
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС; дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КОК = комбинированные оральные контрацептивы КП = комбинированный контрацептивный пластырь КВК = комбинированное контрацептивное влагалищное кольцо КИК = комбинированные инъекционные контрацептивы				
ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ					
БЕРЕМЕННОСТЬ	НП	НП	НП	НП	НП = не применимо Пояснение: использование КОК, КП, КВК или КИК не требуется. Нет данных о каком-либо вредном влиянии на течение беременности или на плод при случайном использовании КОК, КП, ВК или КИК во время беременности.
ВОЗРАСТ †*					Доказательство: доказательства в отношении того, повышает ли прием КОК риск переломов, противоречивы (78-89), хотя 3 недавних исследования показали отсутствие данного эффекта (90-92). Прием КОК может снижать минеральную плотность костной ткани у подростков, особенно при выборе низкодозированных препаратов (< 30 мкг этинил-эстрадиола (91, 93-105). Прием КОК практически не оказывает влияния на минеральную плотность костей у женщин в пременопаузе (90, 93-102, 106-109), и может способствовать сохранению костной массы у женщин в постменопаузе (103, 104, 110-117). Минеральная плотность костной ткани является суррогатным маркером риска переломов, который не применим для женщин в пременопаузе, и который не может точно предсказать риск переломов в настоящее время или в будущем (в постменопаузе) (118-120).
а) с менархе до < 40 лет	1	1	1	1	
б) ≥ 40 лет	2	2	2	2	
ПАРИТЕТ					
а) нерожавшие	1	1	1	1	
б) рожавшие	1	1	1	1	

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КГК)					
КГК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из самых эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы также эффективны и безопасны, но они не используются в рамках национальных программ так же широко, как мужские.					
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ				ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = НАЧАЛО, П = ПРОДОЛЖЕНИЕ				
	КОК	КП	КВК	КИК	
[†] рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС; дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КОК = комбинированные оральные контрацептивы КП = комбинированный контрацептивный пластырь КВК = комбинированное контрацептивное влагалищное кольцо КИК = комбинированные инъекционные контрацептивы				
ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ[†]					Доказательства: клинические исследования демонстрируют противоречивые результаты, касающиеся влияния контрацептивов на продолжение грудного вскармливания или его исключительность у женщин, принимавших КОК в период лактации. Не было выявлено какого-либо влияния на здоровье и рост новорожденных (121-126). Не было отмечено неблагоприятных последствий для здоровья или каких-либо воздействий экзогенных эстрогенов на новорожденных через грудное молоко, однако, исследования имели неадекватный дизайн, не позволяющий определить существует ли риск серьезных или легких долгосрочных побочных эффектов.
а) < 6 недель после родов	4	4	4	4	
б) ≥ 6 недель до < 6 месяцев после родов (преимущественно грудное вскармливание)	3	3	3	3	
в) ≥ 6 месяцев после родов	2	2	2	2	
ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД (У НЕКОРМЯЩИХ ЖЕНЩИН)[†]					
Хотя риск венозного тромбоза (ВТЭ) одинаков у кормящих и не кормящих женщин, применение КГК, как правило, не рекомендовано кормящим женщинам до 6 месяцев после родов.					
а) < 21 дня					Пояснение: у женщин в период до 6 недель после родов при наличии других факторов риска ВТЭ, таких как иммобилизация, переливание крови во время родов, ИМТ > 30 кг/м ² , кровотечение сразу после кесарева сечения, преэклампсия или курение, применение КГК может способствовать увеличению риска ВТЭ.
i) без других факторов риска ВТЭ	3	3	3	3	
ii) при других факторах риска ВТЭ	4	4	4	4	
б) ≥ 21 дня до 42 дней					
i) без других факторов риска ВТЭ	2	2	2	2	Доказательства: риск ВТЭ повышается во время беременности и в послеродовом периоде; риск наиболее высок в течение первых 3 недель после родов и снижается до базового уровня к 42 дням после родов (127-131). Прием КГК, которые повышают риск ВТЭ у здоровых женщин репродуктивного возраста, может создавать дополнительный риск в этот период (132). Риск беременности в первые 21 день после родов очень мал, но затем он повышается у не кормящих женщин, так как овуляция может произойти уже перед первой менструацией после родов (133).
ii) при других факторах риска ВТЭ	3	3	3	3	
в) > 42 дня	1	1	1	1	

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КГК)					
КГК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из самых эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы также эффективны и безопасны, но они не используются в рамках национальных программ так же широко, как мужские.					
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ				ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = НАЧАЛО, П = ПРОДОЛЖЕНИЕ				
	КОК	КП	КВК	КИК	
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС; дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КОК = комбинированные оральные контрацептивы КП = комбинированный контрацептивный пластырь КВК = комбинированное контрацептивное влагалищное кольцо КИК = комбинированные инъекционные контрацептивы				
ПОСЛЕ АБОРТА					Пояснение: использование КОК, КП, КВК или КИК можно начинать сразу после аборта.
а) в первом триместре	1	1	1	1	Доказательства: у женщин, начавших прием КОК сразу после медикаментозного или хирургического аборта в первом триместре, не отмечено увеличения частоты побочных эффектов, кровянистых выделений или клинически значимых изменений параметров коагуляции по сравнению с женщинами, которые использовали плацебо, ВМК, негормональные контрацептивные методы или начали прием КОК позже (134-141). Имеющиеся ограниченные доказательства, касающиеся использования КВК сразу после медикаментозного или хирургического аборта, не свидетельствуют о серьезных побочных эффектах или инфекционных осложнениях в трех циклах после аборта (77).
б) во втором триместре	1	1	1	1	
в) сразу после септического аборта	1	1	1	1	
БЕРЕМЕННОСТЬ В АНАМНЕЗЕ*	1	1	1	1	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА ОРГАНАХ ТАЗА В АНАМНЕЗЕ	1	1	1	1	
КУРЕНИЕ					Доказательства: у курящих женщин, принимающих КОК, риск сердечно-сосудистых заболеваний, особенно инфаркта миокарда, был выше по сравнению с некурящими. Исследования также показали, что риск инфаркта миокарда повышается соответственно количеству сигарет, выкуриваемых за день (30, 31, 142-151).
а) возраст < 35 лет	2	2	2	2	
б) возраст ≥ 35 лет					
i) < 15 сигарет/день	3	3	3	2	
ii) ≥ 15 сигарет/день	4	4	4	3	

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КГК)					
КГК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из самых эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы также эффективны и безопасны, но они не используются в рамках национальных программ так же широко, как мужские.					
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ				ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = НАЧАЛО, П = ПРОДОЛЖЕНИЕ				
	КОК	КП	КВК	КИК	
[†] рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС; дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КОК = комбинированные оральные контрацептивы КП = комбинированный контрацептивный пластырь КВК = комбинированное контрацептивное влагалищное кольцо КИК = комбинированные инъекционные контрацептивы				
ОЖИРЕНИЕ а) ≥ 30 кг/м ² ИМТ б) с менархе до < 18 лет и ≥ 30 кг/м ² ИМТ	2	2	2	2	Доказательства: у страдающих ожирением женщин, которые принимают КОК, вероятность ВТЭ выше, чем у тех, кто не принимает КОК. Абсолютный риск ВТЭ у здоровых женщин репродуктивного возраста невысок. Ограниченные доказательства свидетельствуют, что у страдающих ожирением женщин, принимающих КОК, риск острого инфаркта миокарда или инсульта не выше, чем у тех, кто не принимает КОК (146, 147, 151-156). Ограниченные доказательства позволяют предположить, что вероятность прибавки в весе после трех циклов использования КВК или КОК у женщин с ожирением не выше, чем у женщин с избыточным или нормальным весом. Одинаковая прибавка в весе в течение трех месяцев была отмечена в группе приема КОК и в группе использования КВК для всех категорий ИМТ (76). В целом, доказательства свидетельствуют, что эффективность контрацептивов сохраняется у женщин страдающих ожирением и принимающих КОК (157-172); однако доказательства неоднозначны в отношении женщин с очень высоким ИМТ, принимающих КОК (161, 167, 171). Не было обнаружено связи риска беременности и ИМТ среди женщин, применявших контрацептивный пластырь (161, 167, 171). В одном исследовании было выявлено, что эффективность пластыря снижалась у женщин, весивших > 90 кг (172).
ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НЕДОСТУПНО	НП	НП	НП	НП	НП = не применимо Пояснение: желательно измерить АД перед началом использования КОК, КП, КВК или КИК. Однако не всегда есть возможность измерить АД. В некоторых условиях высок риск смертности и заболеваемости, связанный с беременностью, а КОК, КП, КВК или КИК могут иметь широкую доступность. В таких условиях женщине не следует отказываться от использования КОК, КП, КВК или КИК только по причине невозможности измерения АД.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КГК)					
КГК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из самых эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы также эффективны и безопасны, но они не используются в рамках национальных программ так же широко, как мужские.					
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ				ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = НАЧАЛО, П = ПРОДОЛЖЕНИЕ				
	КОК	КП	КВК	КИК	
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС; дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КОК = комбинированные оральные контрацептивы КП = комбинированный контрацептивный пластырь КВК = комбинированное контрацептивное влагалищное кольцо КИК = комбинированные инъекционные контрацептивы				
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ					
МНОЖЕСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (например, старший возраст, курение, диабет, гипертензия и установленная дислипидемия)	3/4	3/4	3/4	3/4	Пояснение: если у женщины имеется сразу несколько факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, использование КОК, КП, КВК или КИК может повысить этот риск до неприемлемого уровня. Однако простое повышение категории при множественных факторах риска неоправданно, например, комбинация 2 факторов риска, каждому из которых соответствует Категория 2, не обязательно требует присвоения более высокой категории.
ГИПЕРТЕНЗИЯ					
Классификация гипертензии по всем категориям в данном разделе подразумевает отсутствие каких-либо других факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. При наличии множественных факторов риска сердечно-сосудистого заболевания может существенно возрастать. Однократного измерения артериального давления недостаточно, чтобы считать женщину гипертоником.					
а) гипертензия в анамнезе, когда артериальное давление НЕВОЗМОЖНО оценить (включая гипертензию во время беременности)	3	3	3	3	Пояснение: рекомендуется диагностика причины и оценка уровня гипертензии как можно скорее. Доказательства: женщины, не измерявшие АД до начала приема КОК, имели повышенный риск острого инфаркта миокарда и инсульта (26, 32, 33, 173, 174).
б) адекватно контролируемая гипертензия, при которой артериальное давление ВОЗМОЖНО оценить	3	3	3	3	Пояснение: женщины, получающие адекватную терапию гипертензии, имеют более низкий риск острого инфаркта миокарда и инсульта по сравнению с женщинами, не получающими лечения. Хотя соответствующих подтверждающих данных нет, женщины, использующие КОК, КП, КВК или КИК при адекватном контроле гипертензии, вероятно, находятся в группе более низкого риска острого инфаркта миокарда и инсульта, по сравнению с женщинами, не получающими лечения и использующими КОК, КП, КВК или КИК.
в) повышенное артериальное давление (измеренное надлежащим образом)					Доказательства: женщины с гипертензией, принимающие КОК, имеют повышенный риск острого инсульта, инфаркта миокарда и заболеваний периферических артерий по сравнению с женщинами, не принимающими КОК (14, 26, 31, 33, 142, 144, 150, 151, 173-185). Прекращение приема КОК женщинами с артериальной гипертензией может способствовать улучшению контроля АД (186).
i) систолическое 140–159 или диастолическое 90–99 мм.рт.ст.	3	3	3	3	
ii) систолическое ≥ 160 или диастолическое ≥ 100 мм.рт.ст.	4	4	4	4	
г) сосудистые заболевания	4	4	4	4	

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КГК)					
КГК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из самых эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы также эффективны и безопасны, но они не используются в рамках национальных программ так же широко, как мужские.					
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ				ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = НАЧАЛО, П = ПРОДОЛЖЕНИЕ				
	КОК	КП	КВК	КИК	
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС; дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КОК = комбинированные оральные контрацептивы КП = комбинированный контрацептивный пластырь КВК = комбинированное контрацептивное влагалищное кольцо КИК = комбинированные инъекционные контрацептивы				
ВЫСОКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ В АНАМНЕЗЕ (если в настоящее время артериальное давление возможно измерить и оно нормальное)	2	2	2	2	Доказательства: у женщин, принимающих КОК и имеющих в анамнезе повышение АД во время беременности, был выше риск инфаркта миокарда и ВТЭ по сравнению с женщинами, принимающими КОК, но без гипертензии в анамнезе. Абсолютный риск инфаркта миокарда и ВТЭ в данной группе остается низким (32, 33, 151, 174, 176, 187-192).
ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН (ТГВ)/ ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ (ТЭЛА)*					
а) ТГВ/ТЭЛА в анамнезе	4	4	4	4	
б) острые ТГВ/ТЭЛА	4	4	4	4	
в) ТГВ/ТЭЛА и антикоагулянтная терапия	4	4	4	4	
г) семейный анамнез (у ближайших родственников)	2	2	2	2	
д) большое хирургическое вмешательство					
i) с длительной иммобилизацией	4	4	4	4	
ii) без длительной иммобилизации	2	2	2	2	
е) малое хирургическое вмешательство без иммобилизации	1	1	1	1	
УСТАНОВЛЕННЫЕ ТРОМБОГЕННЫЕ МУТАЦИИ (например: мутации фактора V/ Лейден, протромбина; дефицит протеина S, протеина C и антитромбина)	4	4	4	4	Пояснение: рутинный скрининг нецелесообразен из-за редкости данных состояний и высокой стоимости скрининга. Доказательства: у женщин с тромбогенными мутациями риск тромбоза в случае приема КОК возрастает в 2-20 раз (3, 155, 193-214).

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КГК)					
КГК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из самых эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы также эффективны и безопасны, но они не используются в рамках национальных программ так же широко, как мужские.					
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ				ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = НАЧАЛО, П = ПРОДОЛЖЕНИЕ				
	КОК	КП	КВК	КИК	
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС; дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КОК = комбинированные оральные контрацептивы КП = комбинированный контрацептивный пластырь КВК = комбинированное контрацептивное влагалищное кольцо КИК = комбинированные инъекционные контрацептивы				
ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН † а) варикозное расширение вен б) тромбоз поверхностных вен (ТПВ)	1	1	1	1	Доказательства: на основании данных одного исследования можно предположить, что среди женщин с варикозным расширением вен частота ВТЭ и ТПВ была выше при приеме КОК по сравнению с женщинами, не принимавшими КОК, однако данное различие статистически незначимо, а число случаев - невелико (215). Пояснение: ТПВ может быть связан с повышенным риском ВТЭ. Доказательства: одно исследование показало, что среди женщин с ТПВ риск ВТЭ выше при приеме КОК, чем среди женщин, не принимающих КОК (216).
ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ИЛИ В АНАМНЕЗЕ	4	4	4	4	
ИНСУЛЬТ (острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе)	4	4	4	4	

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КГК)					
КГК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из самых эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы также эффективны и безопасны, но они не используются в рамках национальных программ так же широко, как мужские.					
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ				ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = НАЧАЛО, П = ПРОДОЛЖЕНИЕ				
	КОК	КП	КВК	КИК	
<p>† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС; дальнейшие детали см. после данной таблицы</p> <p>* дополнительные комментарии приведены после данной таблицы</p>	<p>КОК = комбинированные оральные контрацептивы</p> <p>КП = комбинированный контрацептивный пластырь</p> <p>КВК = комбинированное контрацептивное влагалищное кольцо</p> <p>КИК = комбинированные инъекционные контрацептивы</p>				
<p>УСТАНОВЛЕННАЯ ДИСЛИПИДЕМИЯ БЕЗ ДРУГИХ ИЗВЕСТНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ†</p>	2	2	2	2	<p>Пояснение: рутинный скрининг нецелесообразен ввиду редкости данных состояний и высокой стоимости скрининга. Повышенный уровень общего холестерина, липопротеинов низкой плотности и триглицеридов, а также пониженный уровень липопротеинов высокой плотности – известные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний. Женщины с установленными тяжелыми генетическими липидными нарушениями гораздо больше подвержены риску сердечно-сосудистых заболеваний в течение всей жизни и могут нуждаться в дальнейшем клиническом ведении.</p> <p>Доказательства: ограниченные доказательства относительно использования КГК женщинами с дислипидемией и риском сердечно-сосудистых осложнений противоречивы. Результаты одного исследования предполагают, что прием КОК повышает риск инфаркта миокарда у женщин с гиперхолестеринемией, по сравнению с женщинами без гиперхолестеринемии, не принимающими КОК (217); еще одно исследование предположило повышение риска ВТЭ и инсульта у женщин с дислипидемией, принимающих КОК, по сравнению с женщинами без дислипидемии (22); еще одно исследование не показало усугубления липидных нарушений среди женщин, использующих КГК, по сравнению с женщинами, не использующими КГК (218). Доказательств риска панкреатита выявлено не было.</p>
<p>ПОРОК СЕРДЦА*</p> <p>а) неосложненный</p> <p>б) осложненный (легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый септический эндокардит в анамнезе)</p>	2	2	2	2	

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КГК)									
КГК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из самых эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы также эффективны и безопасны, но они не используются в рамках национальных программ так же широко, как мужские.									
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ								ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = НАЧАЛО, П = ПРОДОЛЖЕНИЕ								
	КОК		КП		КВК		КИК		
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС; дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КОК = комбинированные оральные контрацептивы КП = комбинированный контрацептивный пластырь КВК = комбинированное контрацептивное влагалищное кольцо КИК = комбинированные инъекционные контрацептивы								
РЕВМАТИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ									
СИСТЕМАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА (СКВ)									
У лиц, страдающих СКВ, повышен риск ишемической болезни сердца, инсульта и венозного тромбоза (ВТЭ). Если у женщины, больной СКВ, есть одно из названных заболеваний сердечно-сосудистой системы, следует руководствоваться теми же категориями, которые указаны в МЕС для данных заболеваний. Классификация СКВ по всем категориям в данном разделе подразумевает отсутствие каких-либо других факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний; при наличии факторов риска классификация должна быть соответствующим образом изменена. Имеющиеся доказательства указывают на то, что многие женщины с СКВ могут применять большинство методов контрацепции, включая методы гормональной контрацепции (219-236).									
а) наличие антифосфолипидных антител (или их наличие не определялось)	4	4	4	4	4	4	4	4	Доказательства: наличие антифосфолипидных антител связано с увеличением риска как артериального, так и венозного тромбозов (237-239).
б) тяжелая тромбоцитопения	2	2	2	2	2	2	2	2	
в) иммуносупрессивная терапия	2	2	2	2	2	2	2	2	
г) ничего из вышеперечисленного	2	2	2	2	2	2	2	2	
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ									
ГОЛОВНЫЕ БОЛИ*									
а) немигренозные (умеренные или тяжелые)	Н	П	Н	П	Н	П	Н	П	Пояснение: классификация по категориям зависит от точности дифференциальной диагностики тяжелых мигренозных и немигренозных головных болей. При появлении новой головной боли или любом заметном изменении характера головной боли необходимо обследование. Классификация предполагает отсутствие каких-либо других факторов риска инсульта. Риск инсульта увеличивается с возрастом, при гипертензии и курении. Доказательства: при мигрени с аурой риск инсульта выше, чем при отсутствии ауры (240-242). У женщин с мигренью в анамнезе, принимающих КОК, вероятность ишемического инсульта в 2-4 раза выше, чем у тех, кто КОК не принимает (142, 154, 181, 182, 240-246).
б) мигрень									
i) без ауры									
возраст < 35 лет	2	3	2	3	2	3	2	3	
возраст ≥ 35 лет	3	4	3	4	3	4	3	4	
ii) с аурой, в любом возрасте	4	4	4	4	4	4	4	4	
ЭПИЛЕПСИЯ									
	1		1		1		1		Пояснение: Если женщина принимает противосудорожные препараты, обратитесь к последнему разделу данной таблицы по взаимодействию препаратов. Некоторые противосудорожные препараты снижают эффективность КОК. В какой степени это наблюдение распространяется на КП, КВК или КИК - неясно.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КГК)					
КГК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из самых эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы также эффективны и безопасны, но они не используются в рамках национальных программ так же широко, как мужские.					
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ				ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = НАЧАЛО, П = ПРОДОЛЖЕНИЕ				
	КОК	КП	КВК	КИК	
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС; дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КОК = комбинированные оральные контрацептивы КП = комбинированный контрацептивный пластырь КВК = комбинированное контрацептивное влагалищное кольцо КИК = комбинированные инъекционные контрацептивы				
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА					
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА	1	1	1	1	Пояснение: классификация основывается на данных, касающихся женщин с некоторыми видами депрессивных расстройств. Нет данных о биполярных расстройствах или послеродовой депрессии. Возможны лекарственные взаимодействия между некоторыми антидепрессантами и гормональными контрацептивными средствами. Доказательства: прием КОК не усиливает симптомы депрессии у женщин с этим расстройством по сравнению с исходным состоянием или по сравнению с женщинами, страдающими депрессивными расстройствами, которые не принимают КОК (247-256).
ИНФЕКЦИИ И ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ					
КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ*					
а) нерегулярные, умеренные	1	1	1	1	Пояснение: необычно обильное кровотечение должно вызвать подозрение о наличии серьезного заболевания. Доказательства: Кокрановский обзор выявил одно рандомизированное контролируемое исследование эффективности КОК по сравнению с напроксеном и даназолом при лечении меноррагии. Женщины с меноррагией не сообщали об усугублении данного состояния или каких-либо неблагоприятных событиях, связанных с использованием КОК (257).
б) обильные или продолжительные (регулярные и нерегулярные)	1	1	1	1	
КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА* (подозрение на серьезное заболевание)					
а) до обследования	2	2	2	2	Пояснение: если есть подозрение на беременность или патологическое состояние (например, злокачественную опухоль органов малого таза), необходимо провести обследование и уточнить категорию после установления диагноза.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КГК)					
КГК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из самых эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы также эффективны и безопасны, но они не используются в рамках национальных программ так же широко, как мужские.					
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ				ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = НАЧАЛО, П = ПРОДОЛЖЕНИЕ				
	КОК	КП	КВК	КИК	
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС; дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КОК = комбинированные оральные контрацептивы КП = комбинированный контрацептивный пластырь КВК = комбинированное контрацептивное влагалищное кольцо КИК = комбинированные инъекционные контрацептивы				
ЭНДОМЕТРИОЗ	1	1	1	1	Доказательства: Кокрановский обзор выявил одно рандомизированное контролируемое исследование эффективности КОК в сравнении с аналогом гонадотропин-релизинг гормона при лечении симптомов эндометриоза. Женщины с эндометриозом не сообщали об ухудшении состояния или о каких-либо побочных эффектах, связанных с приемом КОК (258).
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ (А ТАКЖЕ КИСТЫ)	1	1	1	1	
ТЯЖЕЛАЯ ДИСМНОРЕЯ	1	1	1	1	Доказательства: не отмечено увеличения риска побочных эффектов среди женщин с дисменореей, принимающих КОК, по сравнению с женщинами, не принимающими КОК. В некоторых случаях, при приеме КОК отмечено снижение боли и выраженности кровотечения (259, 260).
ГЕСТАЦИОННАЯ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ а) снижающийся или неопределяемый уровень β-ХГЧ б) постоянно повышенный уровень β-ХГЧ или злокачественное заболевание	1 1	1 1	1 1	1 1	Доказательства: согласно имеющимся доказательствам прием КОК после удаления пузырного заноса не увеличивал риск трофобластической болезни, а у некоторых женщин, принимавших КОК, отмечено более быстрое снижение уровня ХГЧ по сравнению с женщинами, не принимавшими КОК (261-268). Ограниченные доказательства свидетельствуют, что прием КОК во время химиотерапии трофобластической болезни не оказывает существенного влияния на результаты лечения в сравнении с применением негормональных контрацептивных методов или ДМПА (269).
ЭКТРОПИОН ШЕЙКИ МАТКИ*	1	1	1	1	
ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ (CIN)	2	2	2	2	Доказательства: у женщин с хронической ВПЧ-инфекцией длительный прием КОК (≥ 5 лет) может увеличить риск развития карциномы in situ и инвазивной карциномы шейки матки (64, 270). Ограниченные доказательства свидетельствуют, что у женщин с плоскоклеточными интраэпителиальными поражениями низкой степени использование влагалищного кольца не ухудшает течения заболевания (64).

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КГК)					
КГК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из самых эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы также эффективны и безопасны, но они не используются в рамках национальных программ так же широко, как мужские.					
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ				ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = НАЧАЛО, П = ПРОДОЛЖЕНИЕ				
	КОК	КП	КВК	КИК	
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС; дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КОК = комбинированные оральные контрацептивы КП = комбинированный контрацептивный пластырь КВК = комбинированное контрацептивное влагалищное кольцо КИК = комбинированные инъекционные контрацептивы				
РАК ШЕЙКИ МАТКИ* (предстоящая терапия)	2	2	2	2	
ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ*					Пояснение: следует незамедлительно провести обследование. Доказательства: у женщин, имеющих гены, предрасполагающие к развитию рака молочной железы (BRCA1 и BRCA2), исходный риск рака молочной железы выше, чем у женщин без этих генов. Он также выше среди женщин с семейным раком молочной железы в анамнезе по сравнению с теми, кто не имеет такой наследственности. Однако имеющиеся доказательства не предполагают, что прием КОК может влиять на повышенный риск рака молочной железы у женщин с отягощенной наследственностью или имеющих гены, предрасполагающие к развитию рака (175, 271-293).
а) опухолевидное образование неустановленного характера	2	2	2	2	
б) доброкачественное заболевание молочной железы	1	1	1	1	
в) семейный анамнез рака	1	1	1	1	
г) рак молочной железы					
i) в настоящее время	4	4	4	4	
ii) в анамнезе без признаков рецидива в течение 5 лет наблюдения	3	3	3	3	
РАК ЭНДОМЕТРИЯ*	1	1	1	1	
РАК ЯИЧНИКОВ*	1	1	1	1	
МИОМА МАТКИ*					
а) без деформации полости матки	1	1	1	1	
б) с деформацией полости матки	1	1	1	1	

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КГК)					
КГК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из самых эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы также эффективны и безопасны, но они не используются в рамках национальных программ так же широко, как мужские.					
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ				ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = НАЧАЛО, П = ПРОДОЛЖЕНИЕ				
	КОК	КП	КВК	КИК	
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС; дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КОК = комбинированные оральные контрацептивы КП = комбинированный контрацептивный пластырь КВК = комбинированное контрацептивное влагалищное кольцо КИК = комбинированные инъекционные контрацептивы				
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ)* а) ВЗОМТ в анамнезе (при условии отсутствия рисков ИППП в настоящее время) <ul style="list-style-type: none"> i) с последующей беременностью ii) без последующей беременности б) ВЗОМТ в настоящее время	1	1	1	1	
ИППП а) гнойный цервицит, хламидийная инфекция или гонорея в настоящее время б) другие ИППП (за исключением ВИЧ и гепатита) в) вагиниты (включая трихомонадный вагинит и бактериальный вагиноз) г) повышенный риск ИППП	1	1	1	1	Доказательства: согласно имеющимся доказательствам у женщин с высоким риском ИППП, принимающих КОК, может быть также повышен риск хламидийного цервицита. Что касается других ИППП, то доказательства говорят об отсутствии связи между приемом КОК и вероятностью заражения, либо доказательств недостаточно, чтобы сделать какие-либо выводы (289-369).
ВИЧ/СПИД †					
высокий риск ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	1	1	1	1	Доказательства: 8 исследований оценивали применение КОК и были охарактеризованы как «информативные, но с серьезными ограничениями» (370). Семь из этих исследований не обнаружили статистически значимой взаимосвязи между приемом КОК и инфицированием ВИЧ (371-378), хотя одно исследование среди работников секс-индустрии Кении выявило такую связь (379).

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КГК)					
КГК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из самых эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы также эффективны и безопасны, но они не используются в рамках национальных программ так же широко, как мужские.					
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ				ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = НАЧАЛО, П = ПРОДОЛЖЕНИЕ				
	КОК	КП	КВК	КИК	
<p>† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС; дальнейшие детали см. после данной таблицы</p> <p>* дополнительные комментарии приведены после данной таблицы</p>	<p>КОК = комбинированные оральные контрацептивы</p> <p>КП = комбинированный контрацептивный пластырь</p> <p>КВК = комбинированное контрацептивное влагалищное кольцо</p> <p>КИК = комбинированные инъекционные контрацептивы</p>				
Бессимптомное или легкое течение вич-инфекции (1-я или 2-я стадия по классификации ВОЗ)	1	1	1	1	<p>Пояснение для бессимптомного или легкого течения ВИЧ-инфекции (1-я или 2-я стадия по классификации ВОЗ) и тяжелой и поздней стадий СПИД (3-я или 4-я стадия по классификации ВОЗ): Обратитесь к последней графе данной таблицы о взаимодействии лекарственных средств, т.к. возможны взаимодействия между гормональными контрацептивами и антиретровирусными препаратами.</p> <p>Доказательства для бессимптомного или легкого течения ВИЧ-инфекции (1-я или 2-я стадия по классификации ВОЗ) и тяжелой и поздней стадий СПИД (3-я или 4-я стадия по классификации ВОЗ): из восьми доступных исследований, семь предполагают, что не существует связи между приемом КОК и прогрессированием ВИЧ-инфекции, основываясь на показателях CD4 < 200 клеток/мм³, времени инициации антиретровирусной терапии (АРТ) или смертности (380-386). Одно рандомизированное контролируемое исследование показало повышенный риск комбинированного исхода в виде снижения CD4 или смерти женщин, принимавших КОК, в сравнении с женщинами, использовавшими Cu-ВМК (387, 388). Два проспективных наблюдательных исследования непосредственно оценивали воздействие различных методов гормональной контрацепции на передачу ВИЧ-инфекции от женщины к мужчине путем измерения сероконверсии у мужчин-партнеров женщин, которые принимали КОК. Одно из этих исследований сообщило о повышенной, но статистически недостоверной оценке больной для КОК (378). Другое исследование также не обнаружило статистически значимую связь с приемом КОК (389). Исследования, которые косвенно оценивали влияния различных методов гормональной контрацепции на передачу ВИЧ-инфекции от женщины к мужчине путем измерения вирусывыделения в половых путях, показали неоднородные результаты. Большинство непрямых исследований, оценивающих влияние различных гормональных методов контрацепции на вирусную нагрузку, не обнаружили никакого эффекта (381, 390-404).</p>
Тяжелая или поздняя стадия спид (3-я или 4-я стадия по классификации ВОЗ)	1	1	1	1	

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КГК)					
<p>КГК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из самых эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы также эффективны и безопасны, но они не используются в рамках национальных программ так же широко, как мужские.</p>					
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ				ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = НАЧАЛО, П = ПРОДОЛЖЕНИЕ				
	КОК	КП	КВК	КИК	
<p>† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС; дальнейшие детали см. после данной таблицы</p> <p>* дополнительные комментарии приведены после данной таблицы</p>	<p>КОК = комбинированные оральные контрацептивы КП = комбинированный контрацептивный пластырь КВК = комбинированное контрацептивное влагалищное кольцо КИК = комбинированные инъекционные контрацептивы</p>				
ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ					
ШИСТОСОМОЗ					
а) неосложненный	1	1	1	1	<p>Доказательства: у женщин с неосложненным шистосомозом прием КОК не оказывал негативного влияния на функцию печени (405-411).</p>
б) фиброз печени (при тяжелой форме см. цирроз)	1	1	1	1	
ТУБЕРКУЛЕЗ					
а) экстрагенитальный	1	1	1	1	<p>Пояснение: если женщина принимает рифампицин, обратитесь к последнему разделу данной таблицы по взаимодействию препаратов. Рифампицин может снижать эффективность КОК. Не ясно, в какой степени КП и КВК могут оказывать аналогичные влияния.</p>
б) внутренних половых органов	1	1	1	1	
МАЛЯРИЯ	1	1	1	1	

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КГК)					
КГК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из самых эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы также эффективны и безопасны, но они не используются в рамках национальных программ так же широко, как мужские.					
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ				ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = НАЧАЛО, П = ПРОДОЛЖЕНИЕ				
	КОК	КП	КВК	КИК	
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС; дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КОК = комбинированные оральные контрацептивы КП = комбинированный контрацептивный пластырь КВК = комбинированное контрацептивное влагалищное кольцо КИК = комбинированные инъекционные контрацептивы				
ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ					
САХАРНЫЙ ДИАБЕТ					
а) гестационный диабет в анамнезе	1	1	1	1	Доказательства: прием КОК женщинами с гестационным диабетом в анамнезе не повышает риск развития в дальнейшем инсулинонезависимого сахарного диабета (412-419). По-видимому, аналогично при приеме КОК не меняются уровни липидов (420-422).
б) без поражения сосудов					Доказательства: прием КОК при инсулинонезависимом или инсулинозависимом сахарном диабете мало влиял на суточную потребность в инсулине и никак не влиял на течение сахарного диабета в долгосрочной перспективе (например, на уровень гликированного гемоглобина A1c) или прогрессирование ретинопатии. Изменения липидного профиля и показателей гемостаза были незначительными и по большей части в пределах нормальных значений (419, 422-430).
i) инсулинонезависимый	2	2	2	2	
ii) инсулинозависимый	2	2	2	2	
в) нефропатия/ретинопатия/нейропатия	3/4	3/4	3/4	3/4	Пояснение: категория должна определяться с учетом тяжести заболевания.
г) другие сосудистые заболевания или длительность диабета > 20 лет	3/4	3/4	3/4	3/4	Пояснение: категория должна определяться с учетом тяжести заболевания.
БОЛЕЗНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ					
а) простой зоб	1	1	1	1	
б) гипертериоз	1	1	1	1	
в) гипотиреоз	1	1	1	1	

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КГК)									
КГК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из самых эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы также эффективны и безопасны, но они не используются в рамках национальных программ так же широко, как мужские.									
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ								ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = НАЧАЛО, П = ПРОДОЛЖЕНИЕ								
	КОК		КП		КВК		КИК		
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС; дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КОК = комбинированные оральные контрацептивы КП = комбинированный контрацептивный пластырь КВК = комбинированное контрацептивное влагалищное кольцо КИК = комбинированные инъекционные контрацептивы								
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА									
ЗАБОЛЕВАНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ*									
а) симптомное									
i) хирургическое лечение (холецистэктомия)	2		2		2		2		2
ii) лекарственная терапия	3		3		3		3		2
iii) в настоящее время	3		3		3		3		2
б) бессимптомное	2		2		2		2		2
ХОЛЕСТАЗ В АНАМНЕЗЕ*									
а) связанный с беременностью	2		2		2		2		2
б) связанный с приемом КОК в прошлом	3		3		3		3		2
ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ									
	Н	П	Н	П	Н	П	Н	П	
а) острый или обострение хронического	3/4	2	3/4	2	3/4	2	3	2	Пояснение: категория должна определяться с учетом тяжести заболевания. Доказательства: данные свидетельствуют, что у женщин с хроническим гепатитом прием КОК не повышает частоту развития и тяжесть цирротического фиброза печени и не увеличивает риск гепатоцеллюлярной карциномы (431, 432). При носительстве вируса прием КОК, по-видимому, не вызывает печеночной недостаточности или выраженного нарушения функции печени (408, 433, 434). Доказательства в отношении приема КОК при активном гепатите ограничены (435, 436).
б) носительство	1	1	1	1	1	1	1	1	
в) хронический	1	1	1	1	1	1	1	1	
ЦИРРОЗ									
а) легкий (компенсированный)	1		1		1		1		1
б) тяжелый (декомпенсированный)	4		4		4		4		3

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КГК)					
КГК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из самых эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы также эффективны и безопасны, но они не используются в рамках национальных программ так же широко, как мужские.					
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ				ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = НАЧАЛО, П = ПРОДОЛЖЕНИЕ				
	КОК	КП	КВК	КИК	
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС; дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КОК = комбинированные оральные контрацептивы КП = комбинированный контрацептивный пластырь КВК = комбинированное контрацептивное влагалищное кольцо КИК = комбинированные инъекционные контрацептивы				
ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ*					
а) доброкачественные					Доказательства: есть прямые немногочисленные доказательства того, что прием гормональных контрацептивов не оказывает влияния ни на прогрессию, ни на регрессию очагов у женщин с очаговой узловой гиперплазией (437-439).
i) очаговая узловая гиперплазия	2	2	2	2	
ii) гепатоцеллюлярная аденома	4	4	4	3	
б) злокачественная (гепатома)	4	4	4	3/4	
АНЕМИИ					
ТАЛАССЕМИЯ*	1	1	1	1	
СЕРПОВИДНО-КЛЕТОЧНАЯ АНЕМИЯ	2	2	2	2	
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ*	1	1	1	1	
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ					
АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ (АРТ)†					Доказательство: НИОТ, по-видимому, не имеют значительного риска взаимодействия с гормональными контрацептивами (440, 441).
а) нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ)					
абакавир (ABC)	1	1	1	1	
тенофовир (TDF)	1	1	1	1	
зидовудин (AZT)	1	1	1	1	
ламивудин (3TC)	1	1	1	1	
диданосин (DDI)	1	1	1	1	
эмтрицитабин (FTC)	1	1	1	1	
ставудин (D4T)	1	1	1	1	

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КГК)						
<p>КГК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из самых эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы также эффективны и безопасны, но они не используются в рамках национальных программ так же широко, как мужские.</p>						
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ				ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА	
	Н = НАЧАЛО, П = ПРОДОЛЖЕНИЕ					
	КОК	КП	КВК	КИК		
<p>† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС; дальнейшие детали см. после данной таблицы</p> <p>* дополнительные комментарии приведены после данной таблицы</p>	<p>КОК = комбинированные оральные контрацептивы КП = комбинированный контрацептивный пластырь КВК = комбинированное контрацептивное влагалищное кольцо КИК = комбинированные инъекционные контрацептивы</p>					
<p>б) нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ)</p> <p>эфавиренз (EFV)</p> <p>этравирин (ETR)</p> <p>невирапин (NVP)</p> <p>рилпивирин (RPV)</p>	2	2	2	2	<p>Пояснение: антиретровирусные препараты могут снижать или повышать уровни стероидных гормонов у женщин, использующих гормональные контрацептивы. Фармакокинетические данные свидетельствуют о возможности лекарственных взаимодействий между некоторыми антиретровирусными препаратами (в частности, некоторыми ННИОТ и ритонавир-усиленными ингибиторами протеаз) и некоторыми гормональными контрацептивами. Подобные взаимодействия могут снижать эффективность гормональных контрацептивов.</p> <p>Доказательства: три клинических исследования, включая одно большое, обнаружили, что использование невирапин-содержащей АРТ не повышали частоту овуляций или наступления беременности у женщин, принимавших КОК (442-445). Фармакокинетическое исследование показало, что АРТ с эфавирензом значительно снижала контрацептивные уровни гормонов у женщин, принимающих КОК; небольшое клиническое исследование показало более высокую частоту овуляции у женщин, принимающих АРТ с эфавирензом и КОК (445-447). Этравирин и рилпивирин не взаимодействуют с КОК (448, 449).</p>	
<p>в) ингибиторы протеазы (ИП)</p> <p>атазанавир, усиленный ритонавиром (ATV/r)</p> <p>лопинавир, усиленный ритонавиром (LPV/r)</p> <p>дарунавир, усиленный ритонавиром (DRV/r)</p> <p>ритонавир - (RTV)</p>	2	2	2	2		
<p>г) ингибиторы интегразы</p> <p>ралтегравир (RAL)</p>	1	1	1	1		<p>Доказательства: ингибитор интегразы ралтегравир, по-видимому, не взаимодействует с КОК (440, 441, 454, 455).</p>

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КГК)					
КГК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из самых эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы также эффективны и безопасны, но они не используются в рамках национальных программ так же широко, как мужские.					
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ				ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = НАЧАЛО, П = ПРОДОЛЖЕНИЕ				
	КОК	КП	КВК	КИК	
<p>† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС; дальнейшие детали см. после данной таблицы</p> <p>* дополнительные комментарии приведены после данной таблицы</p>	<p>КОК = комбинированные оральные контрацептивы</p> <p>КП = комбинированный контрацептивный пластырь</p> <p>КВК = комбинированное контрацептивное влагалищное кольцо</p> <p>КИК = комбинированные инъекционные контрацептивы</p>				
ПРОТИВОСУДОРОЖНАЯ ТЕРАПИЯ					
а) некоторые противосудорожные препараты (фенитоин, карбамазепин, барбитураты, примидон, топирамат, окскарбазепин)	3	3	3	2	<p>Пояснение: хотя взаимодействие между определенными противосудорожными препаратами и КОК, КП или КВК не представляет опасности для женщин, оно может снижать эффективность перечисленных контрацептивов. Женщинам, которые длительно применяют эти препараты, рекомендуется использовать другие методы контрацепции. Если выбраны КОК, следует применять препараты, содержащие не менее 30 мкг этинэстрадиола.</p> <p>Доказательства: использование определенных противосудорожных средств может уменьшить эффективность КОК (456-459).</p>
б) ламотригин	3	3	3	3	<p>Пояснение: рекомендации по ламотригину не применимы, если ламотригин применяется в сочетании с другими препаратами, которые значительно подавляют (вальпроат натрия) или индуцируют (карбамазепин) его метаболизм, так как в этих случаях умеренное влияние комбинированного контрацептива вряд ли будет очевидным.</p> <p>Доказательства: фармакокинетические исследования показали, что уровни ламотригина значительно снижаются на фоне приема КОК и значительно повышаются в отсутствие приема КОК (460-464). В одном исследовании у некоторых женщин, принимавших одновременно КОК и ламотригин, увеличилось число судорожных приступов (464).</p>

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (КГК)					
КГК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из самых эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы также эффективны и безопасны, но они не используются в рамках национальных программ так же широко, как мужские.					
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ				ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = НАЧАЛО, П = ПРОДОЛЖЕНИЕ				
	КОК	КП	КВК	КИК	
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС; дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КОК = комбинированные оральные контрацептивы КП = комбинированный контрацептивный пластырь КВК = комбинированное контрацептивное влагалищное кольцо КИК = комбинированные инъекционные контрацептивы				
АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ					
а) антибиотики широкого спектра действия	1	1	1	1	Доказательства: большинство антибиотиков широкого спектра действия не оказывают влияния на контрацептивную эффективность КОК (465-501), КП (502), или КВК (503).
б) противогрибковые препараты	1	1	1	1	Доказательства: в исследованиях, посвященных противогрибковым средствам, не выявлено их клинически значимого фармакокинетического взаимодействия с КОК (504-513) или КВК (514).
в) антипаразитарные препараты	1	1	1	1	Доказательства: в исследованиях, посвященных антипаразитарным средствам, не выявлено их клинически значимого фармакокинетического взаимодействия с КОК (411, 515-519).
г) терапия рифампицином или рифабутином	3	3	3	2	Пояснение: хотя взаимодействие рифампицина и рифабутина с КОК, КП, КВК или КИК не опасно для женщин, они могут снижать эффективность перечисленных контрацептивов. Женщинам, которые длительно применяют рифампицин или рифабутин, рекомендуют использовать другие методы контрацепции. Если выбраны КОК, следует применять препараты, содержащие не менее 30 мкг этинилэстрадиола. Доказательства: доказательства свидетельствуют, что рифампицин снижает эффективность КОК (520-535). Данные по рифабутину ограничены, однако доказано, что его действие на метаболизм КОК выражено слабее, чем у рифампицина, и в небольших исследованиях не получено доказательств овуляции (363, 522, 535).

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

РЕКОМЕНДАЦИИ, ПЕРЕСМОТРЕННЫЕ ДЛЯ ПЯТОГО ИЗДАНИЯ

Эти рекомендации были пересмотрены в соответствии с требованиями ВОЗ по разработке рекомендаций в рамках подготовки 5-го издания «Медицинских критериев приемлемости для использования методов контрацепции» (МЕС). Вопросы, связанные с популяцией, вмешательством, контролем исходами (PICO), разработанные Группой по разработке рекомендаций (GDG), а также базы данных, изученные с целью поиска доказательств и подготовки систематических обзоров, описаны более подробно в 1-й части данного документа. Кроме того, профайлы доказательств GRADE, общая оценка качества доказательств GRADE, резюме доказательств, поддерживающих рекомендации, а также другие дополнительные замечания Группы по разработке рекомендаций, касающиеся рекомендаций, изложены в 1-й части. Часть 1 на английском языке см.: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОММЕНТАРИИ**ВОЗРАСТ**

Возраст ≥ 40 лет: риск сердечно-сосудистого заболевания возрастает с возрастом, а также может увеличиваться при применении комбинированных гормональных контрацептивов (КГК). При отсутствии других неблагоприятных клинических состояний КГК могут применяться до наступления менопаузы.

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В АНАМНЕЗЕ

У этих женщин возрастает риск внематочной беременности в будущем. КГК защищают от беременности в целом, включая эктопическую беременность.

ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН (ТГВ)/ ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ (ТЭЛА)

Семейный анамнез ТГВ/ТЭЛА (у ближайших родственников): некоторые заболевания, увеличивающие риск ТГВ/ТЭЛА, передаются по наследству.

ПОРОКИ СЕРДЦА

У женщин с пороками сердца использование КГК может дополнительно увеличить риск артериального тромбоза; женщины с осложненным пороком сердца имеют больший риск.

ГОЛОВНЫЕ БОЛИ

Аура является специфичным очаговым неврологическим симптомом. Более подробно об этом и других диагностических критериях см.:

Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd edition. Cephalalgia. 2004; 24(Suppl 1):1-150.⁹

КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ

Нерегулярные менструальные кровотечения часто наблюдаются у здоровых женщин.

КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА

Не существует заболеваний, вызывающих кровотечения из половых путей, которые бы усугублялись в ближайшей перспективе при применении КГК.

ЭКТРОПИОН ШЕЙКИ МАТКИ

Эктропион шейки матки не является фактором риска рака шейки матки, и нет необходимости в ограничении применения КГК.

РАК ШЕЙКИ МАТКИ (ПРЕДСТОЯЩАЯ ТЕРАПИЯ)

Есть некоторые теоретические опасения по поводу возможного влияния применения КГК на прогноз существующего заболевания. В период ожидания терапии женщины могут использовать КГК. В большинстве случаев лечение этого заболевания приводит к бесплодию.

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Рак молочной железы - это опухоль, чувствительная к гормонам, и прогноз при текущем или ранее перенесенном раке молочной железы может ухудшиться при использовании КГК.

РАК ЭНДОМЕТРИЯ

Использование КОК уменьшает риск развития рака эндометрия.

При наличии заболевания и в ожидании предстоящей терапии женщины могут использовать КОК, КИК, КП или КВК. В большинстве случаев лечение этого заболевания приводит к бесплодию.

РАК ЯИЧНИКА

Использование КОК уменьшает риск развития рака яичника.

В период ожидания терапии женщины с раком яичника могут использовать КОК, КИК, КП или КВК. В большинстве случаев лечение этого заболевания приводит к бесплодию.

9 Доступно на: http://ihs-classification.org/en/02_klassifikation

МИОМА МАТКИ

Использование КОК, также как и КИК, КП и КВК не вызывает роста миомы.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ)

КОК могут уменьшить риск ВЗОМТ у женщин с ИППП, но не защищают от ВИЧ или инфекций нижнего отдела генитального тракта. Неизвестно, уменьшают ли КИК, КП или КВК риск ВЗОМТ у женщин с ИППП, но их использование не защищает от ВИЧ или инфекций нижнего отдела генитального тракта.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

КОК, КИК, КП или КВК могут вызвать незначительное повышение риска заболевания желчного пузыря.

Есть опасения по поводу того, что КОК, КИК, КП или КВК могут осложнить течение заболевания желчного пузыря.

Было доказано минимальное воздействие КИК на функцию печени у здоровых женщин (в отличие от КОК), так как эти препараты не подвергаются первичному метаболизму в печени.

ХОЛЕСТАЗ В АНАМНЕЗЕ

Связанный с беременностью: холестаз при беременности в анамнезе может предопределять повышенный риск развития холестаза, связанного с приемом КОК.

Холестаз в анамнезе, связанный с приемом КОК в прошлом, предопределяет повышенный риск развития холестаза при последующем приеме КОК.

ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ

Нет доказательств относительно применения гормональных контрацептивов женщинами с гепатоцеллюлярной аденомой.

Применение КОК здоровыми женщинами связано с развитием и ростом гепатоцеллюлярной аденомы.

ТАЛАССЕМИЯ

Отдельные данные из стран, где талассемия широко распространена, свидетельствуют, что применение КОК не ухудшает состояние здоровья.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ

Применение КГК может уменьшить менструальные кровотечения.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

Ссылки

- Effect of different progestagens in low oestrogen oral contraceptives on venous thromboembolic disease. World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Lancet*. 1995;346(8990):1582–8.
- Bergendal A, Persson I, Odeberg J, Sundstrom A, Holmstrom M, Schulman S, et al. Association of venous thromboembolism with hormonal contraception and thrombophilic genotypes. *Obstet Gynecol*. 2014;124(3):600–9.
- Bloemenkamp KW, Rosendaal FR, Helmerhorst FM, Buller HR, Vandenbroucke JP. Enhancement by factor V Leiden mutation of risk of deep-vein thrombosis associated with oral contraceptives containing a third-generation progestagen. *Lancet*. 1995;346(8990):1593–6.
- Dinger J, Assmann A, Mohner S, Minh TD. Risk of venous thromboembolism and the use of dienogest- and drospirenone-containing oral contraceptives: results from a German case-control study. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2010;36(3):123–9.
- Dinger J, Bardenheuer K, Heinemann K. Cardiovascular and general safety of a 24-day regimen of drospirenone-containing combined oral contraceptives: final results from the international active surveillance study of women taking oral contraceptives. *Contraception*. 2014. 89: 253–63
- Dinger JC, Heinemann LA, Kuhl-Habich D. The safety of a drospirenone-containing oral contraceptive: final results from the European Active Surveillance Study on oral contraceptives based on 142,475 women-years of observation. *Contraception*. 2007;75(5):344–54.
- Farmer RD, Lawrenson RA, Thompson CR, Kennedy JG, Hambleton IR. Population-based study of risk of venous thromboembolism associated with various oral contraceptives. *Lancet*. 1997;349(9045):83–8.
- Farmer RD, Lawrenson RA, Todd JC, Williams TJ, MacRae KD, Tyrer F, et al. A comparison of the risks of venous thromboembolic disease in association with different combined oral contraceptives. *Br J Clin Pharmacol*. 2000;49(6):580–90.
- Herings RM, Urquhart J, Leufkens HG. Venous thromboembolism among new users of different oral contraceptives. *Lancet*. 1999;354(9173):127–8.
- Jick H, Jick SS, Gurewich V, Myers MW, Vasilakis C. Risk of idiopathic cardiovascular death and nonfatal venous thromboembolism in women using oral contraceptives with differing progestagen components. *Lancet*. 1995;346(8990):1589–93.
- Jick H, Kaye JA, Vasilakis-Scaramozza C, Jick SS. Risk of venous thromboembolism among users of third generation oral contraceptives compared with users of oral contraceptives with levonorgestrel before and after 1995: cohort and case-control analysis. *BMJ*. 2000;321(7270):1190–5.
- Jick SS, Hernandez RK. Risk of non-fatal venous thromboembolism in women using oral contraceptives containing drospirenone compared with women using oral contraceptives containing levonorgestrel: case-control study using United States claims data. *BMJ*. 2011;342:d2151.
- Jick SS, Kaye JA, Russmann S, Jick H. Risk of nonfatal venous thromboembolism in women using a contraceptive transdermal patch and oral contraceptives containing norgestimate and 35 microg of ethinyl estradiol. *Contraception*. 2006;73(3):223–8.
- Lidegaard O, Edstrom B, Kreiner S. Oral contraceptives and venous thromboembolism: a five-year national case-control study. *Contraception*. 2002;65(3):187–96.
- Parkin L, Sharples K, Hernandez RK, Jick SS. Risk of venous thromboembolism in users of oral contraceptives containing drospirenone or levonorgestrel: nested case-control study based on UK General Practice Research Database. *BMJ*. 2011;342:d2139.
- Todd J, Lawrenson R, Farmer RD, Williams TJ, Leydon GM. Venous thromboembolic disease and combined oral contraceptives: a re-analysis of the MediPlus database. *Hum Reprod*. 1999;14(6):1500–5.
- van Hylckama V, Helmerhorst FM, Vandenbroucke JP, Doggen CJ, Rosendaal FR. The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study. *BMJ*. 2009;339:b2921.
- Vasilakis-Scaramozza C, Jick H. Risk of venous thromboembolism with cyproterone or levonorgestrel contraceptives. *Lancet*. 2001;358(9291):1427–9.
- Ziller M, Ziller V, Haas G, Rex J, Kostev K. Risk of venous thrombosis in users of hormonal contraceptives in German gynaecological practices: a patient database analysis. *Arch Gynecol Obstet*. 2014;289(2):413–9.
- Lidegaard O, Nielsen LH, Skovlund CW, Skjeldstad FE, Lokkegaard E. Risk of venous thromboembolism from use of oral contraceptives containing different progestogens and oestrogen doses: Danish cohort study, 2001–9. *BMJ*. 2011;343:d6423.
- Dunn N, Thorogood M, Faragher B, de Caestecker L, MacDonald TM, McCollum C, et al. Oral contraceptives and myocardial infarction: results of the MICA case-control study. *BMJ*. 1999;318(7198):1579–83.
- Gronich N, Lavi I, Rennert G. Higher risk of venous thrombosis associated with drospirenone-containing oral contraceptives: a population-based cohort study. *CMAJ*. 2011;183(18):E1319–25.
- Heinemann LA, Lewis MA, Thorogood M, Spitzer WO, Guggenmoos-Holzmann I, Bruppacher R. Case-control study of oral contraceptives and risk of thromboembolic stroke: results from International Study on Oral Contraceptives and Health of Young Women. *BMJ*. 1997;315(7121):1502–4.
- Kemmeren JM, Algra A, Grobbee DE. Third generation oral contraceptives and risk of venous thrombosis: meta-analysis. *BMJ*. 2001;323(7305):131.
- Lewis MA. The Transnational Study on Oral Contraceptives and the Health of Young Women. Methods, results, new analyses and the healthy user effect. *Hum Reprod Update*. 1999;5(6):707–20.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

26. Lewis MA, Heinemann LA, Spitzer WO, MacRae KD, Bruppacher R. 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.
27. Lidegaard O. The influence of thrombotic risk factors when oral contraceptives are prescribed. A control-only study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1997;76(3):252–60.
28. Lidegaard O, Kreiner S. Cerebral thrombosis and oral contraceptives. A case-control study. *Contraception*. 1998;57(5):303–14.
29. Lidegaard O, Lokkegaard E, Jensen A, Skovlund CW, Keiding N. Thrombotic stroke and myocardial infarction with hormonal contraception. *N Engl J Med*. 2012;366(24):2257–66.
30. Rosenberg L, Palmer JR, Rao RS, Shapiro S. Low-dose oral contraceptive use and the risk of myocardial infarction. *Arch Intern Med*. 2001;161:1065–70.
31. Tanis BC, van den Bosch MA, Kemmeren JM, Cats VM, Helmerhorst FM, Algra A, et al. Oral contraceptives and the risk of myocardial infarction. *N Engl J Med*. 2001;345:1787–93.
32. World Health Organization. Ischaemic stroke and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, case-control study. WHO Collaborative Study on Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Lancet*. 1996;348:498–505.
33. World Health Organization. Acute myocardial infarction and combined oral contraceptives: results of an international multicentre case-control study. WHO Collaborative Study on Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Lancet*. 1997;349:1202–9.
34. Yang L, Kuper H, Sandin S, Margolis KL, Chen Z, Adami HO, et al. Reproductive history, oral contraceptive use, and the risk of ischemic and hemorrhagic stroke in a cohort study of middle-aged Swedish women. *Stroke*. 2009;40(4):1050–8.
35. Aedo AR, Landgren BM, Johannisson E, Diczfalusy E. Pharmacokinetics and pharmacodynamic investigations with monthly injectable contraceptive preparations. *Contraception*. 1985;31:453–69.
36. Fotherby K, Benagiano G, Topozada HK, Abdel-Rahman A, Navaroli F AB, Ramos-Cordero R, et al. A preliminary pharmacological trial of the monthly injectable contraceptive Cycloprovera. *Contraception*. 1982;25:261–72.
37. Garza-Flores J. Pharmacokinetics of once-a-month injectable contraceptives. *Contraception*. 1994;49:347–59.
38. Garza-Flores J, Rodriguez V, Perez-Palacios G, Virutamasen P, Tang-Keow P, Konsayreepong R, 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.
39. World Health Organization Task Force on Long-Acting Systemic Agents for Fertility Regulation. A multicentered phase III comparative study of two hormonal contraceptive preparations given once-a-month by intramuscular injection: I. Contraceptive efficacy and side effects. *Contraception*. 1988;37:455–66.
40. Haiba NA, el-Habashy MA, Said SA, Darwish EA, Abdel-Sayed WS, Nayel SE. Clinical evaluation of two monthly injectable contraceptives and their effects on some metabolic parameters. *Contraception*. 1989;39:619–32.
41. Kesseru EV, Aydinlik S, Etchepareborda JJ, Kaufmann J. 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.
42. Meng Y-X, Jiang HY, Chen AJ, Lu FY, Yang H, Zhang MY, et al. Hemostatic changes in women using a monthly injectable contraceptive for one year. *Contraception*. 1990;37:1–20.
43. Abrams LS, Skee D, Natarajan J, Wong FA, Lassetter KC. Multiple-dose pharmacokinetics of a contraceptive patch in healthy women participants. *Contraception*. 2001;64:287–94.
44. Audet M-C, Moreau M, Koltun WD, Waldbaum AS, Shangold GA, Fisher AC, et al. Evaluation of contraceptive efficacy and cycle control of a transdermal contraceptive patch vs. an oral contraceptive: a randomized trial. *JAMA*. 2001;285:2347–54.
45. Boonyarangkul A, Taneepanichkul S. Comparison of cycle control and side effects between transdermal contraceptive patch and an oral contraceptive in women older than 35 years. *J Med Assoc Thai*. 2007;90(9):1715–9.
46. Burkman RT. The transdermal contraceptive patch: a new approach to hormonal contraception. *Int J Fertil*. 2002;47(2):69–76.
47. Cole JA, Norman H, Doherty M, Walker AM. Venous thromboembolism, myocardial infarction, and stroke among transdermal contraceptive system users. *Obstet Gynecol*. 2007;109(2):339–46.
48. Devineni D, Skee D, Vaccaro N, Massarella J, Janssens L, LaGuardia KD, et al. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of a transdermal contraceptive patch and an oral contraceptive. *J Clin Pharmacol*. 2007;47:497–509.
49. Ditttrich R, Parker L, Rosen JB, Shangold GA, Creasy GW, Fisher AC. Transdermal contraception: evaluation of three transdermal norelgestromin/ethinyl estradiol doses in a randomized, multicenter, dose-response study. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186:15–20.
50. Helmerhorst FM, Cronje HS, Hedon B, Shangold GA, Fisher AC, Creasy GW. Comparison of efficacy, cycle control, compliance and safety in users of a contraceptive patch vs. an oral contraceptive. *Int J Gynaecol Obstet*. 2000;70(suppl 1):78.
51. Jick S, Kaye J, Li L, Jick H. Further results on the risk of nonfatal venous thromboembolism in users of the contraceptive transdermal patch compared to users of oral contraceptives containing norgestimate and 35 ug of ethinyl estradiol. *Contraception*. 2007;76:4–7.
52. Jick SS, Jick H. Cerebral venous sinus thrombosis in users of four hormonal contraceptives: levonorgestrel-containing oral contraceptives, norgestimate-containing oral contraceptives, desogestrel-containing oral contraceptives and the contraceptive patch. *Contraception*. 2006;74:290–2.
53. Jick SS, Jick H. The contraceptive patch in relation to ischemic stroke and acute myocardial infarction. *Pharmacotherapy*. 2007;27(2):218–20.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

54. Jick SS, Kaye J, Russmaann S, Jick H. Risk of nonfatal venous thromboembolism in women using a contraceptive transdermal patch and oral contraceptives containing norgestimate and 35 microg of ethinyl estradiol. *Contraception*. 2006;73:223–8.
55. Pierson RA, Archer DF, Moreau M, Shangold GA, Fisher AC, Creasy GW. Ortho Evra versus oral contraceptives: follicular development and ovulation in normal cycles and after an intentional dosing error. *Fertil Steril*. 2003;80(1):34–42.
56. Radowicki S, Skorzeńska K, Szlendak K. Safety evaluation of a transdermal contraceptive system with an oral contraceptive. *Ginekol Pol*. 2005;76:884–9 (in Polish).
57. Smallwood GH, Meador ML, Lenihan JP, Shangold GA, Fisher AC, Creasy GW. Efficacy and safety of a transdermal contraceptive system. *Obstet Gynecol*. 2001;98:799–805.
58. Urdl W, Apter D, Alperstein A, Koll P, Schonian S, Bringer J, et al. Contraceptive efficacy, compliance and beyond: factors related to satisfaction with once-weekly transdermal compared with oral contraception. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2005;121:202–10.
59. White T, Ozel B, Jain JK, Stanczyk FZ. Effects of transdermal and oral contraceptives on estrogen-sensitive hepatic proteins. *Contraception*. 2006;74:293–6.
60. Ziemann M, Guillebaud JG, E W, Shangold GA, Fisher AC, Creasy GW. Contraceptive efficacy and cycle control with the Ortho Evra/Evra transdermal system: the analysis of pooled data. *Fertil Steril*. 2002;77:s13–s8.
61. van den Heuvel MW, van Bragt AJM, Alnabawy AKM, Kaptein MCJ. Comparison of ethylestradiol pharmacokinetics in three hormonal contraceptive formulations: the vaginal ring, the transdermal patch and an oral contraceptive. *Contraception*. 2005;72:168–74.
62. Ahrendt HJ, Nisand I, Bastianelli C, Gómez MA, Gemzell-Danielsson K, Urdl W, et al. Efficacy, acceptability and tolerability of the combined contraceptive ring, NuvaRing, compared with an oral contraceptive containing 30 microg of ethinyl estradiol and 3 mg of drospirenone. *Contraception*. 2006;74:451–7.
63. Bjarnadottir RI, Tuppurainen M, Killick SR. Comparison of cycle control with a combined contraceptive vaginal ring and oral levonorgestrel/ethinyl estradiol. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186:389–95.
64. Dieben TO, Roumen FJ, Apter D. Efficacy, cycle control, and user acceptability of a novel combined contraceptive vaginal ring. *Obstet Gynecol*. 2002;100:585–93.
65. Duijkers I, Killick SR, Bigrigg A, Dieben TO. A comparative study on the effects of a contraceptive vaginal ring NuvaRing and an oral contraceptive on carbohydrate metabolism and adrenal and thyroid function. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2004;9:131–40.
66. Duijkers I, Klipping C, Verhoeven CH, Dieben TO. Ovarian function with the contraceptive vaginal ring or an oral contraceptive: a randomized study. *Hum Reprod*. 2004;19:2668–73.
67. Elkind-Hirsch KE, Darensbourg C, Ogden B, Ogden LF, Hindelang P. Contraceptive vaginal ring use for women has less adverse metabolic effects than an oral contraceptive. *Contraception*. 2007;76:348–56.
68. Magnúsdóttir EM, Bjarnadóttir RI, Ónundarson PT, Guðmundsdóttir BR, Geirsson RT, Magnúsdóttir SD, et al. The contraceptive vaginal ring (NuvaRing) and hemostasis: a comparative study. *Contraception*. 2004;69:461–7.
69. Massai R, Makarainen L, Kuukankorpi A, Klipping C, Duijkers I, Dieben T. The combined contraceptive vaginal ring (NuvaRing) and bone mineral density in healthy premenopausal women. *Hum Reprod*. 2005;20:2764–8.
70. Milsom I, Lete I, Bjertnaes A, Rokstad K, Lindh I, Gruber CJ, et al. Effects on cycle control and bodyweight of the combined contraceptive ring, NuvaRing, versus an oral contraceptive containing 30 microg ethinyl estradiol and 3 mg drospirenone. *Hum Reprod*. 2006;21:2304–11.
71. Oddsson K, Leifels-Fischer B, de Melo NR, Wiel-Masson D, Benedetto C, Verhoeven CH, et al. Efficacy and safety of a contraceptive vaginal ring (NuvaRing) compared with a combined oral contraceptive: a 1-year randomized trial. *Contraception*. 2005;71:176–82.
72. Sabatini R, Cagiano R. Comparison profiles of cycle control, side effects and sexual satisfaction of three hormonal contraceptives. *Contraception*. 2006;74:220–3.
73. Timmer CJ, Mulders TM. Pharmacokinetics of etonogestrel and ethinylestradiol released from a combined contraceptive vaginal ring. *Clin Pharmacokinet*. 2000;39:233–42.
74. Tuppurainen M, Klimscheffskij R, Venhola M, Dieben TO. The combined contraceptive vaginal ring (NuvaRing) and lipid metabolism: a comparative study. *Contraception*. 2004;69:389–94.
75. Veres S, Miller L, Burington B. A comparison between the vaginal ring and oral contraceptives. *Obstet Gynecol*. 2004;104:555–63.
76. O'Connell KJ, Osborne LM, Westoff C. Measured and reported weight change for women using a vaginal contraceptive ring vs. a low-dose oral contraceptive. *Contraception*. 2005;72:323–7.
77. Fine PM, Tryggvæst J, Meyers NJ, Sangi-Haghighi H. Safety and acceptability with the use of a contraceptive vaginal ring after surgical or medical abortion. *Contraception*. 2007;75:367–71.
78. Vestergaard P, Rejnmark L, Mosekilde L. Fracture risk in very young women using combined oral contraceptives. *Contraception*. 2008;78(5):358–64.
79. Vestergaard P, Rejnmark L, Mosekilde L. Oral contraceptive use and risk of fractures. *Contraception*. 2006;73(6):571–6.
80. Vessey M, Mant J, Painter R. Oral contraception and other factors in relation to hospital referral for fracture. Findings in a large cohort study. *Contraception*. 1998;57(4):231–5.
81. Michaelsson K, Baron JA, Farahmand BY, Persson I, Ljunghall S. Oral-contraceptive use and risk of hip fracture: a case-control study. *Lancet*. 1999;353(9163):1481–4.
82. Memon S, Iversen L, Hannaford PC. Is the oral contraceptive pill associated with fracture in later life? New evidence from the Royal College of General Practitioners Oral Contraception Study. *Contraception*. 2011;84(1):40–7.

83. Meier C, Brauchli YB, Jick SS, Kraenzlin ME, Meier CR. Use of depot medroxyprogesterone acetate and fracture risk. *J Clin Endocrinol Metab.* 2010;95(11):4909–16.
84. La Vecchia C, Tavani A, Gallus S. Oral contraceptives and risk of hip fractures. *Lancet.* 1999;354(9175):335–6.
85. Cooper C, Hannaford P, Croft P, Kay CR. Oral contraceptive pill use and fractures in women: a prospective study. *Bone.* 1993;14(1):41–5.
86. Barad D, Kooperberg C, Wactawski-Wende J, Liu J, Hendrix SL, Watts NB. Prior oral contraception and postmenopausal fracture: a Women's Health Initiative observational cohort study. *Fertil Steril.* 2005;84(2):374–83.
87. Michaelsson K, Baron JA, Farahmand BY, Ljunghall S. Influence of parity and lactation on hip fracture risk. *Am J Epidemiol.* 2001;153(12):1166–72.
88. O'Neill TW, Marsden D, Adams JE, Silman AJ. Risk factors, falls, and fracture of the distal forearm in Manchester, UK. *J Epidemiol Community Health.* 1996;50(3): 288–92.
89. Mallmin H, Ljunghall S, Persson I, Bergstrom R. Risk factors for fractures of the distal forearm: a population-based case-control study. *Osteoporosis Int.* 1994;4(6):298–304.
90. Berenson AB, Radecki CM, Grady JJ, Rickert VI, Thomas A. A prospective, controlled study of the effects of hormonal contraception on bone mineral density. *Obstet Gynecol.* 2001;98(4):576–82.
91. Berenson AB, Rahman M, Breitkopf CR, Bi LX. Effects of depot medroxyprogesterone acetate and 20-microgram oral contraceptives on bone mineral density. *Obstet Gynecol.* 2008;112(4):788–99.
92. Cromer BA, Bonny AE, Stager M, Lazebnik R, Rome E, Ziegler J, et al. Bone mineral density in adolescent females using injectable or oral contraceptives: a 24-month prospective study. *Fertil Steril.* 2008;90(6):2060–7.
93. Burr DB, Yoshikawa T, Teegarden D, Lyle R, McCabe G, McCabe LD, et al. Exercise and oral contraceptive use suppress the normal age-related increase in bone mass and strength of the femoral neck in women 18–31 years of age. *Bone.* 2000;27(6):855–63.
94. Cobb KL, Kelsey JL, Sidney S, Ettinger B, Lewis CE. Oral contraceptives and bone mineral density in white and black women in CARDIA. *Coronary Risk Development in Young Adults. Osteoporosis Int.* 2002;13(11):893–900.
95. Elgan C, Dykes AK, Samsioe G. Bone mineral density changes in young women: a two year study. *Gynecol Endocrinol.* 2004;19(4):169–77.
96. Elgan C, Samsioe G, Dykes AK. Influence of smoking and oral contraceptives on bone mineral density and bone remodeling in young women: a 2-year study. *Contraception.* 2003;67(6):439–47.
97. Endrikat J, Mih E, Dusterberg B, Land K, Gerlinger C, Schmidt W, et al. A 3-year double-blind, randomized, controlled study on the influence of two oral contraceptives containing either 20 microg or 30 microg ethinylestradiol in combination with levonorgestrel on bone mineral density. *Contraception.* 2004;69(3):179–87.
98. Mazess RB, Barden HS. Bone density in premenopausal women: effects of age, dietary intake, physical activity, smoking, and birth-control pills. *Am J Clin Nutr.* 1991;53(1):132–42.
99. Nappi C, Di Spiezio SA, Acunzo G, Bifulco G, Tommaselli GA, Guida M, et al. Effects of a low-dose and ultra-low-dose combined oral contraceptive use on bone turnover and bone mineral density in young fertile women: a prospective controlled randomized study. *Contraception.* 2003;67(5):355–9.
100. Paoletti AM, Orru M, Lello S, Floris S, Ranuzzi F, Etzi R, et al. Short-term variations in bone remodeling markers of an oral contraception formulation containing 3 mg of drospirenone plus 30 microg of ethinyl estradiol: observational study in young postadolescent women. *Contraception.* 2004;70(4):293–8.
101. Recker RR, Davies KM, Hinders SM, Heaney RP, Stegman MR, Kimmel DB. Bone gain in young adult women. *JAMA.* 1992;268(17):2403–8.
102. Reed SD, Scholes D, LaCroix AZ, Ichikawa LE, Barlow WE, Ott SM. Longitudinal changes in bone density in relation to oral contraceptive use. *Contraception.* 2003;68(3):177–82.
103. Gambacciani M, Cappagli B, Ciaponi M, Benussi C, Genazzani AR. Hormone replacement therapy in perimenopause: effect of a low dose oral contraceptive preparation on bone quantitative ultrasound characteristics. *Menopause.* 1999;6(1):43–8.
104. Gambacciani M, Cappagli B, Lazzarini V, Ciaponi M, Fruzzetti F, Genazzani AR. Longitudinal evaluation of perimenopausal bone loss: Effects of different low dose oral contraceptive preparations on bone mineral density. *Maturitas.* 2006;54(2):176–80.
105. Gambacciani M, Ciaponi M, Cappagli B, Benussi C, Genazzani AR. Longitudinal evaluation of perimenopausal femoral bone loss: effects of a low-dose oral contraceptive preparation on bone mineral density and metabolism. *Osteoporosis Int.* 2000;11(6):544–8.
106. Sordal T, Grob P, Verhoeven C. Effects on bone mineral density of a monophasic combined oral contraceptive containing norgestrel/acetate/17beta-estradiol in comparison to levonorgestrel/ethinylestradiol. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012;91(11):1279–85.
107. Nappi C, Di Spiezio SA, Greco E, Tommaselli GA, Giordano E, Guida M. Effects of an oral contraceptive containing drospirenone on bone turnover and bone mineral density. *Obstet Gynecol.* 2005;105(1):53–60.
108. Gargano V, Massaro M, Morra I, Formisano C, Di CC, Nappi C. Effects of two low-dose combined oral contraceptives containing drospirenone on bone turnover and bone mineral density in young fertile women: a prospective controlled randomized study. *Contraception.* 2008;78(1):10–5.
109. Berenson AB, Breitkopf CR, Grady JJ. Effects of hormonal contraception on bone mineral density after 24 months of use. *Obstet Gynecol.* 2004;103:899–906.
110. Gambacciani M, Ciaponi M, Cappagli B, Benussi C, Genazzani AR. Longitudinal evaluation of perimenopausal femoral bone loss: effects of a low-dose oral contraceptive preparation on bone mineral density and metabolism. *Osteoporosis Int.* 2000;11(6):544–8.
111. Gambacciani M, Spinetti A, Cappagli B, Taponeco F, Maffei S, Piaggese L, et al. Hormone replacement therapy in perimenopausal women with a low dose oral contraceptive preparation: effects on bone mineral density and metabolism. *Maturitas.* 1994;19(2):125–31.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

112. Gambacciani M, Spinetti A, Taponeco F, Cappagli B, Piaggese L, Fioretti P. Longitudinal evaluation of perimenopausal vertebral bone loss: effects of a low-dose oral contraceptive preparation on bone mineral density and metabolism. *Obstet Gynecol.* 1994;83(3):392–6.
113. Hansen M, Overgaard K, Riis B, Christiansen C. Potential risk factors for development of postmenopausal osteoporosis – examined over a 12-year period. *Osteoporos Int.* 1991;1(2):95–102.
114. Shargil AA. Hormone replacement therapy in perimenopausal women with a triphasic contraceptive compound: a three-year prospective study. *Int J Fertil.* 1985;30(1): 18–20.
115. Taechakraichana N, Jaisamrarn U, Panyakhamlerd K, Chaikittisilpa S, Limpaphayom K. Difference in bone acquisition among hormonally treated postmenopausal women with normal and low bone mass. *J Med Assoc Thai.* 2001;84 Suppl 2:S586–S92.
116. Taechakraichana N, Limpaphayom K, Ninlagarn T, Panyakhamlerd K, Chaikittisilpa S, Dusitsin N. A randomized trial of oral contraceptive and hormone replacement therapy on bone mineral density and coronary heart disease risk factors in postmenopausal women. *Obstet Gynecol.* 2000;95(1):87–94.
117. Volpe A, Amram A, Cagnacci A, Battaglia C. Biochemical aspects of hormonal contraception: effects on bone metabolism. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 1997;2(2):123–6.
118. Cohen A, Shane E. Treatment of premenopausal women with low bone mineral density. *Curr Osteoporos Rep.* 2008;6(1):39–46.
119. Grimes D, Schulz K. Surrogate end points in clinical research: hazardous to your health. *Obstet Gynecol.* 2005;105:1114–8.
120. Schonau E. The peak bone mass concept: is it still relevant? *Pediatric Nephrol.* 2004;19:825–31.
121. Bahamondes L, Bahamondes MV, Modesto W, Tilley IB, Magalhaes A, Pinto e Silva JL, et al. Effect of hormonal contraceptives during breastfeeding on infant's milk ingestion and growth. *Fertil Steril.* 2013;100(2):445–50.
122. Espey E, Ogburn T, Leeman L, Singh R, Ostrom K, Schrader R. Effect of progestin compared with combined oral contraceptive pills on lactation: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2012;119(1):5–13.
123. Kamal I, Hefnawi F, Ghoneim M, Abdallah M, Abdel Razek S. Clinical, biochemical, and experimental studies on lactation. V. Clinical effects of steroids on the initiation of lactation. *Am J Obstet Gynecol.* 1970;108(4):655–8.
124. Kamal I, Hefnawi F, Ghoneim M, Talaat M, Younis N, Tagui A, et al. Clinical, biochemical, and experimental studies on lactation. II. Clinical effects of gestagens on lactation. *Am J Obstet Gynecol.* 1969;105(3):324–34.
125. Kapp N, Curtis KM. Combined oral contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. *Contraception.* 2010;82(1):10–6.
126. Koetsawang S, Bhiraueus P, Chiemprajert T. Effects of oral contraceptives on lactation. *Fertil Steril.* 1972;23(1):24–8.
127. Jackson E, Curtis KM, Gaffield ME. Risk of venous thromboembolism during the postpartum period: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2011;117(3):691–703.
128. Kamel H, Navi BB, Sriram N, Hovsepian DA, Devereux RB, Elkind MS. Risk of a thrombotic event after the 6-week postpartum period. *N Engl J Med.* 2014;370(14):1307–15.
129. Sultan AA, Tata LJ, West J, Fiaschi L, Fleming KM, Nelson-Piercy C, et al. Risk factors for first venous thromboembolism around pregnancy: a population-based cohort study from the United Kingdom. *Blood.* 2013;121(19):3953–61.
130. Sultan AA, West J, Tata LJ, Fleming KM, Nelson-Piercy C, Grainge MJ. Risk of first venous thromboembolism in and around pregnancy: a population-based cohort study. *Br J Haematol.* 2012;156(3):366–73.
131. Tepper NK, Boulet SL, Whiteman MK, Monsour M, Marchbanks PA, Hooper WC, et al. Postpartum venous thromboembolism: incidence and risk factors. *Obstet Gynecol.* 2014;123(5):987–96.
132. Petersen JF, Bergholt T, Nielsen AK, Paidas MJ, Lokkegaard EC. Combined hormonal contraception and risk of venous thromboembolism within the first year following pregnancy. Danish nationwide historical cohort 1995–2009. *Thromb Haemost.* 2014;112(1):73–8.
133. Jackson E, Glasier A. Return of ovulation and menses in postpartum nonlactating women: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2011;117(3):657–62.
134. Lahteenmaki P. Influence of oral contraceptives on immediate postabortal pituitary-ovarian function. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1978;76:1–38.
135. Lahteenmaki P, Rasi V, Luukkainen T, Myllyä G. Coagulation factors in women using oral contraceptives or intrauterine contraceptive devices immediately after abortion. *Am J Obstet Gynecol.* 1981;141:175–9.
136. Martin CW, Brown AH, Baird DT. A pilot study of the effect of methotrexate or combined oral contraceptive on bleeding patterns after induction of abortion with mifepristone and a prostaglandin pessary. *Contraception.* 1998;58:99–103.
137. Niswonger JW, London GD, Anderson GV, Wolfe L. Oral contraceptives during immediate postabortal period. *Obstet Gynecol.* 1968;32(3):325–7.
138. Peterson WF. Contraceptive therapy following therapeutic abortion. *Obstet Gynecol.* 1974;44(6):853–7.
139. Tang OS, Xu J, Cheng L, Lee SW, Ho PC. The effect of contraceptive pills on the measured blood loss in medical termination of pregnancy by mifepristone and misoprostol: a randomized placebo controlled trial. *Hum Reprod.* 2002;17(1):99–102.
140. Tang OS, Gao PP, Cheng L, Lee SW, Ho PC. A randomized double-blind placebo-controlled study to assess the effect of oral contraceptive pills on the outcome of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Hum Reprod.* 1999;14(3):722–5.
141. Gaffield ME, Kapp N, Ravi A. Use of combined oral contraceptives post abortion. *Contraception.* 2009;80(4):355–62.
142. Gillum LA, Mamidipudi SK, Johnston SC. Ischaemic stroke risk with oral contraceptives: a meta-analysis. *JAMA.* 2000;284:72–8.

143. Jick SS, Walker AM, Stergachis A, Jick H. Oral contraceptives and breast cancer. *Br J Cancer*. 1989;59:618–21.
144. Khader YS, Rice J, John L, Abueita O. Oral contraceptives use and the risk of myocardial infarction: a meta-analysis. *Contraception*. 2003;68(1):11–7.
145. Lawson DH, Davidson JF, Jick H. Oral contraceptive use and venous thromboembolism: absence of an effect of smoking. *Br Med J*. 1977;2:729–30.
146. Lidegaard O, Edstrom B, Kreiner S. Oral contraceptives and venous thromboembolism. A case-control study. *Contraception*. 1998;57:291–301.
147. Nightingale AL, Lawrenson RA, Simpson EL, Williams TJ, MacRae KD, Farmer RD. The effects of age, body mass index, smoking and general health on the risk of venous thromboembolism in users of combined oral contraceptives. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2000;5:265–74.
148. Petitti D, Wingerd J, Pellegrin F, Ramcharan S. Risk of vascular disease in women. Smoking, oral contraceptives, noncontraceptive estrogens, and other factors. *JAMA*. 1979;242:1150–4.
149. Straneva P, Hinderliter A, Wells E, Lenahan H, Girdler S. Smoking, oral contraceptives, and cardiovascular reactivity to stress. *Obstet Gynecol*. 2000;95:78–83.
150. Van den bosch MA, Kemmeren JM, Tanis BC, Mali WP, Helmerhorst FM, Rosendaal FR, et al. The RATIO study: oral contraceptives and the risk of peripheral arterial disease in young women. *J Thromb Haemost*. 2003;1:439–44.
151. World Health Organization. Venous thromboembolic disease and combined oral contraceptives: results of international multicentre case-control study. *Lancet*. 1995;346:1575–82.
152. Abdollahi M, Cushman M, Rosendaal FR. Obesity: risk of venous thrombosis and the interaction with coagulation factor levels and oral contraceptive use. *Thromb Haemost*. 2003;89(3):493–8.
153. Pomp ER, le CS, Rosendaal FR, Doggen CJ. Risk of venous thrombosis: obesity and its joint effect with oral contraceptive use and prothrombotic mutations. *Br J Haematol*. 2007;139(2):289–96.
154. Schwartz SM, Petitti DB, Siscovick DS, Longstreth WT, Jr., Sidney S, Raghunathan TE, et al. Stroke and use of low-dose oral contraceptives in young women: a pooled analysis of two US studies. *Stroke*. 1998;29(11):2277–84.
155. Sidney S, Petitti DB, Soff GA, Cundiff DL, Tolan KK, Quesenberry CP, Jr. Venous thromboembolic disease in users of low-estrogen combined estrogen-progestin oral contraceptives. *Contraception*. 2004;70(1):3–10.
156. Sidney S, Siscovick DS, Petitti DB, Schwartz SM, Quesenberry CP, Psaty BM, et al. Myocardial infarction and use of low-dose oral contraceptives: a pooled analysis of 2 US studies. *Circulation*. 1998;98(11):1058–63.
157. Brunner Huber LR, Hogue CJ, Stein AD, Drews C, Ziemann M. Body mass index and risk for oral contraceptive failure: a case-cohort study in South Carolina. *Ann Epidemiol*. 2006;16(8):637–43.
158. Brunner Huber LR, Toth JL. Obesity and oral contraceptive failure: findings from the 2002 National Survey of Family Growth. *Am J Epidemiol*. 2007;166(11):1306–11.
159. Brunner LR, Hogue CJ. The role of body weight in oral contraceptive failure: results from the 1995 national survey of family growth. *Ann Epidemiol*. 2005;15(7):492–9.
160. Burkman RT, Fisher AC, Wan GJ, Barnowski CE, LaGuardia KD. Association between efficacy and body weight or body mass index for two low-dose oral contraceptives. *Contraception*. 2009;79(6):424–7.
161. Dinger J, Minh TD, Buttman N, Bardenheuer K. Effectiveness of oral contraceptive pills in a large U.S. cohort comparing progestogen and regimen. *Obstet Gynecol*. 2011;117(1):33–40.
162. Dinger JC, Cronin M, Mohner S, Schellschmidt I, Minh TD, Westhoff C. Oral contraceptive effectiveness according to body mass index, weight, age, and other factors. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;201(3):263 e1–9.
163. Holt VL, Cushing-Haugen KL, Daling JR. Body weight and risk of oral contraceptive failure. *Obstet Gynecol*. 2002;99(5 Pt 1):820–7.
164. Holt VL, Scholes D, Wicklund KG, Cushing-Haugen KL, Daling JR. Body mass index, weight, and oral contraceptive failure risk. *Obstet Gynecol*. 2005;105(1):46–52.
165. Jick SS, Hagberg KW, Kaye JA, Jick H. The risk of unintended pregnancies in users of the contraceptive patch compared to users of oral contraceptives in the UK General Practice Research Database. *Contraception*. 2009;80(2):142–51.
166. Kaunitz AM, Portman D, Westhoff CL, Archer DF, Mishell DR, Jr., Rubin A, et al. Low-dose levonorgestrel and ethinyl estradiol patch and pill: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2014;23(2 Pt 1):295–303.
167. McNicholas C, Zhao Q, Secura G, Allsworth JE, Madden T, Peipert JF. Contraceptive failures in overweight and obese combined hormonal contraceptive users. *Obstet Gynecol*. 2013;121(3):585–92.
168. Schramm GA, Schrah G. The efficacy and safety of an oral contraceptive containing chlormadinone acetate: results of a pooled analysis of noninterventional trials in adult and adolescent women. *Contraception*. 2011;84(4):390–401.
169. Urdl W, Apter D, Alperstein A, Koll P, Schonian S, Bringer J, et al. Contraceptive efficacy, compliance and beyond: factors related to satisfaction with once-weekly transdermal compared with oral contraception. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2005;121(2):202–10.
170. Vessey M. Oral contraceptive failures and body weight: findings in a large cohort study. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2001;27(2):90–1.
171. Westhoff CL, Hait HI, Reape KZ. Body weight does not impact pregnancy rates during use of a low-dose extended-regimen 91-day oral contraceptive. *Contraception*. 2012;85(3):235–9.
172. Ziemann M, Guillebaud J, Weisberg E, Shangold GA, Fisher AC, Creasy GW. Contraceptive efficacy and cycle control with the Ortho Evra/Evra transdermal system: the analysis of pooled data. *Fertil Steril*. 2002;77(2 Suppl 2):S13–8.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

173. Heinemann LA, Lewis MA, Spitzer WO, Thorogood M, Guggenmoos-Holzmann I, Bruppacher R. Thromboembolic stroke in young women. A European case-control study on oral contraceptives. *Contraception*. 1998;57:29–37.
174. World Health Organization. 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.
175. 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.
176. Croft P, Hannaford P. Risk factors for acute myocardial infarction in women: evidence from the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *BMJ*. 1989;298:165–8.
177. D'Avanzo B, La Vecchia C, Negri E, Parazzini F, Franceschi S. Oral contraceptive use and risk of myocardial infarction: an Italian case-control study. *J Epidemiol Community Health*. 1994;48:324–8.
178. Dunn NR, Faragher B, Thorogood M, de Caestecker L, MacDonald TM, McCollum C, et al. Risk of myocardial infarction in young female smokers. *Heart (British Cardiac Society)*. 1999;82:581–3.
179. Hannaford P, Croft P, Kay CR. Oral contraception and stroke: evidence from the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *Stroke*. 1994;25:935–42.
180. Kemmeren JM, Tanis BC, van den Bosch MA, Bollen EL, Helmerhorst FM, van der Graaf Y, 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.
181. Lidegaard O. Oral contraception and risk of a cerebral thromboembolic attack: results of a case-control study. *BMJ*. 1993;306(6883):956–63.
182. Lidegaard O. Oral contraceptives, pregnancy and the risk of cerebral thromboembolism: the influence of diabetes, hypertension, migraine and previous thrombotic disease. *Br J Obstet Gynaecol*. 1995;102(2):153–9.
183. Lubianca JN, Faccin CS, Fuchs FD. Oral contraceptives: a risk factor for uncontrolled blood pressure among hypertensive women. *Contraception*. 2003;67:19–24.
184. Narkiewicz K, Graniero GR, D'Este D, Mattarei M, Zonzin P, Palatini P. Ambulatory blood pressure in mild hypertensive women taking oral contraceptives: a case-control study. *Am J Hypertens*. 1995;8:249–53.
185. Siritho S, Thrift AG, McNeil JJ, You RX, Davis SM, Donnan GA, 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.
186. Lubianca JN, Moreira LB, Gus M, Fuchs FD. Stopping oral contraceptives: an effective blood pressure-lowering intervention in women with hypertension. *J Hum Hypertens*. 2005;19:451–5.
187. 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 J Med Sci*. 1978;83:97–102.
188. Carmichael SM, Taylor MM, Ayers CR. Oral contraceptives, hypertension, and toxemia. *Obstet Gynecol*. 1970;35:371–6.
189. Meinel H, Ihle R, Laschinski M. [Effect of hormonal contraceptives on blood pressure following pregnancy-induced hypertension] *Zentralblatt fur Gynakologie*. 1987;109:527–31 (in German).
190. Pritchard JA, Pritchard SA. Blood pressure response to estrogen-progestin oral contraceptive after pregnancy-induced hypertension. *Am J Obstet Gynecol*. 1977;129:733–9.
191. Sibai BM, Taslimi MM, el-Nazer A, Amon E, Mabie BC, Ryan GM. Maternal-perinatal outcome associated with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets in severe preeclampsia-eclampsia. *Obstet Gynecol*. 1986;155:501–9.
192. Sibai BM, Ramadan MK, Chari RS, Friedman SA. Pregnancies complicated by HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets): subsequent pregnancy outcome and long-term prognosis. *Am J Obstet Gynecol*. 1995;172:125–9.
193. Anderson BS, Olsen J, Nielsen GL, Steffensen FH, Sørensen HT, Baeck J, et al. Third generation oral contraceptives and heritable thrombophilia as risk factors of non-fatal venous thromboembolism. *Thromb Haemost*. 1998;79:28–31.
194. Aznar J, Mira Y, Vaya A, Corella D, Ferrando F, Villa P, et al. Factor V Leiden and prothrombin G20210A mutations in young adults with cryptogenic ischemic stroke. *Thromb Haemost*. 2004;91:1031–4.
195. Bennet L, Odeberg H. Resistance to activated protein C, highly prevalent amongst users of oral contraceptives with venous thromboembolism. *J Intern Med*. 1998;244:27–32.
196. Bloemenkamp KW, Rosendaal FR, Helmerhorst FM, Vandenbroucke JP. Higher risk of venous thrombosis during early use of oral contraceptives in women with inherited clotting defects [comment]. *Arch Intern Med*. 2000;160:49–52.
197. de Bruijn SF, Stam J, Koopman MM, Vandenbroucke JP. Case-control study of risk of cerebral sinus thrombosis in oral contraceptive users and in [correction of who are] carriers of hereditary prothrombotic conditions. The Cerebral Venous Sinus Thrombosis Study Group. *BMJ*. 1998;316:589–92.
198. Emmerich J, Rosendaal FR, Cattaneo M, Margaglione M, De Stefano V, Cumming T, 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. *Thromb Haemost*. 2001;86:809–16.
199. Gadelha T, Andre C, Juca AA, Nucci M. Prothrombin 20210A and oral contraceptive use as risk factors for cerebral venous thrombosis. *Cerebrovasc Dis*. 2005;19:49–52.
200. Legnani C, Palareti G, Guazzaloca G, Cosmi B, Lunghi B, Bernardi F, et al. Venous thromboembolism in young women: role of thrombophilic mutations and oral contraceptive use. *Eur Heart J*. 2002;23:984–90.
201. Martinelli I, Battaglia C, Burgo I, Di Domenico S, Mannucci PM. Oral contraceptive use, thrombophilia and their interaction in young women with ischemic stroke. *Haematologica*. 2006;91:844–7.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

202. Martinelli I, Battaglioli T, Bucciarelli P, Passamonti SM, Mannucci PM. Risk factors and recurrence rate of primary deep vein thrombosis of the upper extremities. *Circulation*. 2004;110:566–70.
203. Martinelli I, Sacchi E, Landi G, Taioli E, Duca F, Mannucci PM. High risk of cerebral-vein thrombosis in carriers of a prothrombin-gene mutation and in users of oral contraceptives. [comment]. *N Engl J Med*. 1998;338:1793–7.
204. Martinelli I, Taioli E, Bucciarelli P, Akhavan S, Mannucci PM. Interaction between the G20210A mutation of the prothrombin gene and oral contraceptive use in deep vein thrombosis. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 1999;19:700–3.
205. Middeldorp S, Meinardi JR, Koopman MM, van Pampus EC, Hamulyák K, van Der Meer J, et al. A prospective study of asymptomatic carriers of the factor V Leiden mutation to determine the incidence of venous thromboembolism. [comment]. *Ann Intern Med*. 2001;135:322–7.
206. Pabinger I, Schneider B. Thrombotic risk of women with hereditary antithrombin III-, protein C- and protein S-deficiency taking oral contraceptive medication. The GTH Study Group on Natural Inhibitors. *Thromb Haemost*. 1994;71:548–52.
207. Pezzini A, Grassi M, Iacoviello L, Del Zotto E, Archetti S, Giossi A, et al. Inherited thrombophilia and stratification of ischaemic stroke risk among users of oral contraceptives. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2007;78:271–6.
208. Santamaria A, Mateo J, Oliver A, Menéndez B, Souto JC, Borrell M, 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.
209. Sliotoor AJ, Rosendaal FR, Tanis BC, Kemmeren JM, van der Graaf Y, Algra A. Prothrombotic conditions, oral contraceptives, and the risk of ischemic stroke. *Journal of Thromb Haemost*. 2005;3:1213–7.
210. Spannagl M, Heinemann LA, Schramm W. Are factor V Leiden carriers who use oral contraceptives at extreme risk of venous thromboembolism? *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2000;5:105–12.
211. van Boven HH, Vandenbroucke JP, Briët E, Rosendaal FR. Gene-gene and gene-environment interactions determine risk of thrombosis in families with inherited antithrombin deficiency. *Blood*. 1999;94:2590–4.
212. van Vlijmen EF, Brouwer JL, Veeger NJ, Eskes TK, de Graeff PA, van der Meer J. Oral contraceptives and the absolute risk of venous thromboembolism in women with single or multiple thrombophilic defects: results from a retrospective family cohort study. *Arch Intern Med*. 2007;167:282–9.
213. Vandenbroucke JP, Koster T, Briët E, Reitsma PH, Bertina RM, Rosendaal FR. Increased risk of venous thrombosis in oral-contraceptive users who are carriers of factor V Leiden mutation. [comment]. *Lancet*. 1994;344:1453–7.
214. Vaya AM. Prothrombin G20210A mutation and oral contraceptive use increase upper-extremity deep vein thrombotic risk. *Thromb Haemost*. 2003;89:452–7.
215. Oral contraceptives, venous thrombosis, and varicose veins. Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *J R Coll Gen Pract*. 1978;28(192):393–9.
216. Roach RE, Lijfering WM, van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM, Rosendaal FR, Cannegieter SC. The risk of venous thrombosis in individuals with a history of superficial vein thrombosis and acquired venous thrombotic risk factors. *Blood*. 2013;122(26):4264–9.
217. Tanis BC, van den Bosch MA, Kemmeren JM, Cats VM, Helmerhorst FM, Algra A, et al. Oral contraceptives and the risk of myocardial infarction. *N Engl J Med*. 2001;345(25):1787–93.
218. Runnebaun B, Grunwald K, Rabe T. The efficacy and tolerability of norgestimate/ethinyl estradiol (250 micrograms of norgestimate/35 micrograms of ethinyl estradiol): results of an open, multicenter study of 59,701 women. *Am J Obstet Gynecol*. 1992;166(6 Pt 2):1963–8.
219. Somers E, Magder LS, Petri M. Antiphospholipid antibodies and incidence of venous thrombosis in a cohort of patients with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol*. 2002;29:2531–6.
220. Schaedel ZE, Dolan G, Powell MC. The use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in the management of menorrhagia in women with hemostatic disorders. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193:1361–3.
221. Sarabi ZS, Chang E, Bobba R, Ibanez D, Gladman D, Urowitz M, et al. Incidence rates of arterial and venous thrombosis after diagnosis of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 2005;53:609–12.
222. Sanchez-Guerrero J, Uribe AG, Jimenez-Santana L, Mestanza-Peralta M, Lara-Reyes P, Seuc AH, et al. A trial of contraceptive methods in women with systemic lupus erythematosus. *N Engl J Med*. 2005;353:2539–49.
223. Petri M, Kim MY, Kalunian KC, Grossman J, Hahn BH, Sammaritano LR, et al. Combined oral contraceptives in women with systemic lupus erythematosus. *N Engl J Med*. 2005;353:2550–8.
224. Petri M. Lupus in Baltimore: evidence-based 'clinical pearls' from the Hopkins Lupus Cohort. *Lupus*. 2005;14:970–3.
225. Mintz G, Gutierrez G, Delezé M, Rodríguez E. Contraception with progestogens in systemic lupus erythematosus. *Contraception*. 1984;30:29–38.
226. McDonald J, Stewart J, Urowitz MB, Gladman DD. Peripheral vascular disease in patients with systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 1992;51:56–60.
227. McAlindon T, Giannotta L, Taub N, D'Cruz D, Hughes G. Environmental factors predicting nephritis in systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 1993;52:720–4.
228. Manzi S, Meilahn EN, Rairie JE, Conte CG, Medsger TA Jr, Jansen-McWilliams L, et al. Age-specific incidence rates of myocardial infarction and angina in women with systemic lupus erythematosus: comparison with the Framingham Study. *Am J Epidemiol*. 1997;145:408–15.
229. Jungers P, Dougados M, Pelissier C, Kuttent F, Tron F, Lesavre P, et al. Influence of oral contraceptive therapy on the activity of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 1982;25:618–23.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

230. Julkunen HA, Kaaja R, Friman C. Contraceptive practice in women with systemic lupus erythematosus. *Br J Rheumatol*. 1993;32:227–30.
231. Julkunen HA. Oral contraceptives in systemic lupus erythematosus: side-effects and influence on the activity of SLE. *Scand J Rheumatol*. 1991;20:427–33.
232. Esdaile JM, Abrahamowicz M, Grodzicky T, Li Y, Panaritis C, du Berger R, et al. Traditional Framingham risk factors fail to fully account for accelerated atherosclerosis in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 2001;44:2331–7.
233. Chopra N, Koren S, Greer WL, Fortin PR, Rauch J, Fortin I, et al. Factor V Leiden, prothrombin gene mutation, and thrombosis risk in patients with antiphospholipid antibodies. *J Rheumatol*. 2002;29:1683–8.
234. Bernatsky S, Ramsey-Goldman R, Gordon C, Joseph L, Boivin JF, Rajan R, et al. Factors associated with abnormal Pap results in systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*. 2004;43:1386–9.
235. Bernatsky S, Clarke A, Ramsey-Goldman R, Joseph L, Boivin JF, Rajan R, et al. Hormonal exposures and breast cancer in a sample of women with systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*. 2004;43:1178–81.
236. Petri M. Musculoskeletal complications of systemic lupus erythematosus in the Hopkins Lupus Cohort: an update. *Arthritis Care Res*. 1995;8:137–45.
237. Choojitarom K, Verasertnyom O, Totemchokchayakarn K, Nantiruj K, Sumethkul V, Janwityanujit S. Lupus nephritis and Raynaud's phenomenon are significant risk factors for vascular thrombosis in SLE patients with positive antiphospholipid antibodies. *Clin Rheumatol*. 2008;27(3):345–51.
238. Urowitz MB, Bookman AA, Koehler BE, Gordon DA, Smythe HA, Ogryzlo MA. The bimodal mortality pattern of systemic lupus erythematosus. *Am J Med*. 1976;60:221–5.
239. Wahl DG, Guillemin F, de Maistre E, Perret C, Lecompte T, Thibaut G. Risk for venous thrombosis related to antiphospholipid antibodies in systemic lupus erythematosus – a meta-analysis. *Lupus*. 1997;6:467–73.
240. 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(9014):1503–6.
241. 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(7175):13–8.
242. Tzourio C, Tehindrazanarivelo A, Iglesias S, Alperovitch A, Chedru F, nglejan-Chatillon J, et al. Case-control study of migraine and risk of ischaemic stroke in young women. *BMJ*. 1995;310(6983):830–3.
243. Oral contraceptives and stroke in young women. Associated risk factors. *JAMA*. 1975;231(7):718–22.
244. Etminan M, Takkouche B, Isorna FC, Samii A. Risk of ischaemic stroke in people with migraine: systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMJ*. 2005;330(7482):63.
245. Lidegaard O. Oral contraceptives, pregnancy, and the risk of cerebral thromboembolism: the influence of diabetes, hypertension, migraine and previous thrombotic disease. (Letter). *Br J Obstet Gynaecol*. 1996;103:94.
246. Nightingale AL, Farmer RD. Ischemic stroke in young women: a nested case-control study using the UK General Practice Research Database. *Stroke*. 2004;35(7):1574–8.
247. Cromer BA, Smith RD, Blair JM, Dwyer J, Brown RT. 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(5):687–94.
248. Deijen JB, Duyn KJ, Jansen WA, Klitsie JW. Use of a monophasic, low-dose oral contraceptive in relation to mental functioning. *Contraception*. 1992;46(4):359–67.
249. Duke JM, Sibbritt DW, Young AF. Is there an association between the use of oral contraception and depressive symptoms in young Australian women? *Contraception*. 2007;75(1):27–31.
250. Gupta N, O'Brien R, Jacobsen LJ, Davis A, Zuckerman A, Supran S, et al. Mood changes in adolescents using depo-medroxyprogesterone acetate for contraception: a prospective study. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;14(2):71–6.
251. Herzberg BN, Draper KC, Johnson AL, Nicol GC. Oral contraceptives, depression, and libido. *Br Med J*. 1971;3(773):495–500.
252. Koke SC, Brown EB, Miner CM. Safety and efficacy of fluoxetine in patients who receive oral contraceptive therapy. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;187:551–5.
253. O'Connell K, Davis AR, Kerns J. Oral contraceptives: side effects and depression in adolescent girls. *Contraception*. 2007;75(4):299–304.
254. Westoff C, Truman C, Kalmuss D, Cushman L, Davidson A, Rulin M, et al. Depressive symptoms and Depo-Provera. *Contraception*. 1998;57(4):237–40.
255. Westoff C, Truman C, Kalmuss D, Cushman L, Rulin M, Heartwell S, et al. Depressive symptoms and Norplant contraceptive implants. *Contraception*. 1998;57(4):241–5.
256. Young EA, Kornstein SG, Harvey AT, Wisniewski SR, Barkin J, Fava M, et al. Influences of hormone-based contraception on depressive symptoms in premenopausal women with major depression. *Psychoneuroendocrinology*. 32(7):843–53.
257. Iyer V, Farquhar C, Jepson R. Oral contraceptive pills for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD000154.
258. Davis L, Kennedy SS, Moore J, Prentice A. Modern combined oral contraceptives for pain associated with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(3):CD001019.
259. Hendrix SL, Alexander NJ. Primary dysmenorrhea treatment with a desogestrel-containing low-dose oral contraceptive. *Contraception*. 2002;66:393–9.
260. Proctor ML, Roberts H, Farquhar CM. Combined oral contraceptive pill (OCP) as treatment for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;CD002120.

261. Adewole IF, Oladokun A, Fawole AO, Olawuyi JF, Adeleye JA. Fertility regulatory methods and development of complications after evacuation of complete hydatidiform mole. *J Obstet Gynecol.* 2000;20:68–9.
262. Berkowitz RS, Goldstein DP, Marean AR, Bernstein M. Oral contraceptives and post-molar trophoblastic disease. *Obstet Gynecol.* 1981;58:474–7.
263. Curry SL, Schlaerth JB, Kohorn EI, Boyce JB, Gore H, Twigg LB, et al. Hormonal contraception and trophoblastic sequelae after hydatidiform mole (a Gynecologic Oncology Group Study). *Am J Obstet Gynecol.* 1989;160:805–9.
264. Deicas RE, Miller DS, Rademaker AW, Lurain JR. The role of contraception in the development of postmolar trophoblastic tumour. *Obstet Gynecol.* 1991;78:221–6.
265. Goldberg GL, Cloete K, Bloch B, Wiswedel K, Altaras MM. Medroxyprogesterone acetate in non-metastatic gestational trophoblastic disease. *Br J Obstet Gynaecol.* 1987;94:22–5.
266. Ho Yuen B, Burch P. Relationship of oral contraceptives and the intrauterine contraceptive devices to the regression of concentration of the beta subunit of human chorionic gonadotropin and invasive complications after molar pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1983;145:214–7.
267. Morrow P, Nakamura R, Schlaerth J, Gaddis O, Eddy G. The influence of oral contraceptives on the postmolar human chorionic gonadotropin regression curve. *Am J Obstet Gynecol.* 1985;151:906–14.
268. Gaffield ME, Kapp N, Curtis KM. Combined oral contraceptive and intrauterine device use among women with gestational trophoblastic disease. *Contraception.* 2009;80(4):363–71.
269. Eddy GL, Schlaerth JB, Natlick RH, Gaddis O, Nakamura RM, Morrow CP. Postmolar trophoblastic disease in women using hormonal contraception with and without estrogen. *Obstet Gynecol.* 1983;62:736–40.
270. Smith JS. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet.* 2003;361:1159–67.
271. Black MM, Barclay THC, Polednak A, Kwon CS, Leis HP, Pilnik S. Family history, oral contraceptive useage, and breast cancer. *Cancer.* 1983;51:2147–51.
272. Brinton LA, Hoover R, Szklo M, Fraumeni JF. Oral contraceptives and breast cancer. *Int J Epidemiol.* 1982;11(4):316–22.
273. Brohet RM, Goldgar DE, Easton DF, Antoniou A, Andrieu N, Chang-Claude J, et al. Oral contraceptives and breast cancer risk in the International BRCA1/2 Carrier Cohort Study: a report from EMBRACE, GENEPSO, GEO-HEBON, and the IBCCS Collaborating Group. *J Clin Oncol.* 2007;25(25):3831–6.
274. Claus EB, Stowe M, Carter D. Oral contraceptives and the risk of ductal breast carcinoma in situ. *Breast Cancer Research and Treatment.* 2003;81:129–36.
275. Grabrick DM, Hartmann LC, Cerhan JR, Vierkant PA, Therneau TM, Vachon CM, et al. Risk of breast cancer with oral contraceptive use in women with a family history of breast cancer [comment]. *JAMA.* 2000;284:1791–8.
276. Gronwald J, Byrski T, Huzarski T, Cybulski C, Sun P, Tulman A, et al. Influence of selected lifestyle factors on breast and ovarian cancer risk in BRCA1 mutation carriers from Poland. *Breast Cancer Res Treat.* 2006;95:105–9.
277. Haile RW, Thomas DC, McGuire V, Felberg A, John EM, Milne RL, et al. BRCA1 and BRCA2 mutation carriers, oral contraceptive use, and breast cancer before age 50. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2006;15(10):1863–70.
278. Harris NV, Weiss NS, Francis AM, Polissar L. Breast cancer in relation to patterns of oral contraceptive use. *Am J Epidemiol.* 1982;116:643–51.
279. Hennekens CH, Speizer FE, Lipnick RJ, Rosner BA, Bain C, Belanger C, et al. A case-control study of oral contraceptive use and breast cancer. *J Natl Cancer Inst.* 1984;72(1):39–42.
280. Jernstrom H, Loman N, Johannsson OT, Borg A, Olsson H. Impact of teenage oral contraceptive use in a population-based series of early-onset breast cancer cases who have undergone BRCA mutation testing. *Eur J Cancer.* 2005;41:2312–20.
281. Marchbanks PA, McDonald JA, Wilson HG, Folger SG, Mandel MG, Daling JR, et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *N Engl J Med.* 2002;346:2025–32.
282. Milne RL, Knight JA, John EM, Dite GS, Balbuena R, Ziogas A, et al. Oral contraceptive use and risk of early-onset breast cancer in carriers and noncarriers of BRCA1 and BRCA2 mutations. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2005;14(2):350–6.
283. Narod S, Dube MP, Klijn J, Lubinski J, Lynch HT, Ghadirian P, et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. *J Natl Cancer Inst.* 2002;94(23):1773–9.
284. Rosenberg L, Palmer JR, Rao RS, Zauber AG, Stom BL, Warshauer ME, et al. Case-control study of oral contraceptive use and risk of breast cancer. *Am J Epidemiol.* 1996;143:25–37.
285. Silvera SAN, Miller AB, Rohan TE. Oral contraceptive use and risk of breast cancer among women with a family history of breast cancer: a prospective cohort study. *Cancer Causes Control.* 2005;16:1059–63.
286. Ursin G, Henderson BE, Haile RW, Pike MC, Zhou N, Diep A, et al. Does oral contraceptive use increase the risk of breast cancer in women with BRCA1/BRCA2 mutations more than in other women? *Cancer Res.* 1997;57:3678–81.
287. Ursin G, Ross RK, Sullivan-Halley J, Hanisch R, Henderson B, Bernstein L. Use of oral contraceptives and risk of breast cancer in young women. *Breast Cancer Res Treat.* 1998;50:175–84.
288. Gaffield ME, Culwell KR, Ravi A. Oral contraceptives and family history of breast cancer. *Contraception.* 2009;80(4):372–80.
289. The Italian MEGIC Group. Determinants of cervical *Chlamydia trachomatis* infection in Italy. *Genitourin Med.* 1993;69(2):123–5.
290. Ackers JP, Lumsden WH, Catterall RD, Coyle R. Antitrichomonal antibody in the vaginal secretions of women infected with *T. vaginalis*. *Br J Ven Dis.* 1975;51(5):319–23.
291. 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. *Sex Transm Dis.* 1996;23(4):283–8.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

292. Addiss DG, Vaughn ML, Holzhueter MA, Bakken LL, Davis JP. Selective screening for *Chlamydia trachomatis* infection in nonurban family planning clinics in Wisconsin. *Fam Plann Perspect.* 1987;19(6):252–6.
293. Arya OP, Mallinson H, Goddard AD. Epidemiological and clinical correlates of chlamydial infection of the cervix. *Br J Ven Dis.* 1981;57(2):118–24.
294. Green J, de Gonzalez A, Smith JS, Franceschi S, Appleby P, Plummer M, et al. Human papillomavirus infection and use of oral contraceptives. *Br J Cancer.* 2003;88(11):1713–20.
295. Gertig DM, Kapiga SH, Shao JF, Hunter DJ. Risk factors for sexually transmitted diseases among women attending family planning clinics in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Genitourin Med.* 1997;73(1):39–43.
296. Fraser JJ, Jr., Rettig PJ, Kaplan DW. Prevalence of cervical *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* in female adolescents. *Pediatrics.* 1983;71(3):333–6.
297. Fouts AC, Kraus SJ. *Trichomonas vaginalis*: reevaluation of its clinical presentation and laboratory diagnosis. *J Infect Dis.* 1980;141(2):137–43.
298. Fish AN, Fairweather DV, Oriol JD, Ridgway GL. *Chlamydia trachomatis* infection in a gynaecology clinic population: identification of high-risk groups and the value of contact tracing. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1989;31(1):67–74.
299. Evans DL, Demetriou E, Shalaby H, Waner JL. Detection of *Chlamydia trachomatis* in adolescent females using direct immunofluorescence. *Clin Pediatr.* 1988;27(5):223–8.
300. Evans BA, Kell PD, Bond RA, MacRae KD, Slomka MJ, Brown DW. Predictors of seropositivity to herpes simplex virus type 2 in women. *Int J STD AIDS.* 2003;14(1):30–6.
301. Edwards D, Phillips D, Stancombe S. *Chlamydia trachomatis* infection at a family planning clinic. *N Z Med J.* 1985;98(778):333–5.
302. Crowley T, Horner P, Hughes A, Berry J, Paul I, Caul O. Hormonal factors and the laboratory detection of *Chlamydia trachomatis* in women: implications for screening? *Int J STD AIDS.* 1997;8(1):25–31.
303. Cottingham J, Hunter D. *Chlamydia trachomatis* and oral contraceptive use: a quantitative review. *Genitourin Med.* 1992;68(4):209–16.
304. Chacko M, Lovchik J. *Chlamydia trachomatis* infection in sexually active adolescents: prevalence and risk factors. *Pediatrics.* 1984;73(6):836–40.
305. Ceruti M, Canestrelli M, Condemni V, Piantelli G, De Paolis P, Amone F, et al. Methods of contraception and rates of genital infections. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 1994;21(2):119–23.
306. Burns DC, Darougar S, Thin RN, Lothian L, Nicol CS. Isolation of *Chlamydia* from women attending a clinic for sexually transmitted disease. *Br J Ven Dis.* 1975;51(5):314–8.
307. Bro F, Juul S. Predictors of *Chlamydia trachomatis* infection in women in general practice. *Fam Pract.* 1990;7(2):138–43.
308. Bramley M, Kinghorn G. Do oral contraceptives inhibit *Trichomonas vaginalis*? *Sex Transm Dis.* 1979;6(4):261–3.
309. Bontis J, Vavilis D, Panidis D, Theodoridis T, Konstantinidis T, Sidiropoulou A. Detection of *Chlamydia trachomatis* in asymptomatic women: relationship to history, contraception, and cervicitis. *Adv Contracept.* 1994;10(4):309–15.
310. Blum M, Pery J, Kitai E. The link between contraceptive methods and *Chlamydia trachomatis* infection. *Adv Contracept.* 1988;4(3):233–9.
311. Bhattacharyya MN, Jephcott AE. Diagnosis of gonorrhoea in women – Influence of the contraceptive pill. *J Am Ven Dis Assoc.* 1976;2(3):21–4.
312. Berger GS, Keith L, Moss W. Prevalence of gonorrhoea among women using various methods of contraception. *Br J Ven Dis.* 1975;51(5):307–9.
313. Barnes RC, Katz BP, Rolfs RT, Batteiger B, Caine V, Jones RB. Quantitative culture of endocervical *Chlamydia trachomatis*. *J Clin Microbiol.* 1990;28(4):774–80.
314. Barbone F, Austin H, Louv WC, Alexander WJ. A follow-up study of methods of contraception, sexual activity, and rates of trichomoniasis, candidiasis, and bacterial vaginosis. *Am J Obstet Gynecol.* 1990;163(2):510–4.
315. Baeten JM, Nyange PM, Richardson BA, Lavreys L, Chohan B, Martin HL, Jr., et al. Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: results from a prospective study. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;185(2):380–5.
316. Avonts D, Sercu M, Heyerick P, Vandermeeren I, Meheus A, Piot P. Incidence of uncomplicated genital infections in women using oral contraception or an intrauterine device: a prospective study. *Sex Transm Dis.* 1990;17(1):23–9.
317. Austin H, Louv WC, Alexander WJ. A case-control study of spermicides and gonorrhoea. *JAMA.* 1984;251(21):2822–4.
318. Masse R, Laperriere H, Rousseau H, Lefebvre J, Remis RS. *Chlamydia trachomatis* cervical infection: prevalence and determinants among women presenting for routine gynecologic examination. *CMAJ.* 1991;145(8):953–61.
319. Magder LS, Klontz KC, Bush LH, Barnes RC. Effect of patient characteristics on performance of an enzyme immunoassay for detecting cervical *Chlamydia trachomatis* infection. *J Clin Microbiol.* 1990;28(4):781–4.
320. Magder LS, Harrison HR, Ehret JM, Anderson TS, Judson FN. Factors related to genital *Chlamydia trachomatis* and its diagnosis by culture in a sexually transmitted disease clinic. *Am J Epidemiol.* 1988;128(2):298–308.
321. Macaulay ME, Riordan T, James JM, Leventhall PA, Morris EM, Neal BR, et al. A prospective study of genital infections in a family-planning clinic. 2. *Chlamydia* infection – the identification of a high-risk group. *Epidemiol Infect.* 1990;104(1):55–61.
322. Lycke E, Lowhagen GB, Hallhagen G, Johannisson G, Ramstedt K. The risk of transmission of genital *Chlamydia trachomatis* infection is less than that of genital *Neisseria gonorrhoeae* infection. *Sex Transm Dis.* 1980;7(1):6–10.
323. Lowe TL, Kraus SJ. Quantitation of *Neisseria gonorrhoeae* from women with gonorrhoea. *J Infect Dis.* 1976;133(6):621–6.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

324. Louw WC, Austin H, Perlman J, Alexander WJ. Oral contraceptive use and the risk of chlamydial and gonococcal infections. *Am J Obstet Gynecol.* 1989;160(2):396–402.
325. Lefevre JC, Averous S, Bauriaud R, Blanc C, Bertrand MA, Lareng MB. Lower genital tract infections in women: comparison of clinical and epidemiologic findings with microbiology. *Sex Transm Dis.* 1988;15(2):110–3.
326. Lavreys L, Chohan B, Ashley R, Richardson BA, Corey L, Mandaliya K, et al. Human herpesvirus 8: seroprevalence and correlates in prostitutes in Mombasa, Kenya. *J Infect Dis.* 2003;187(3):359–63.
327. Kinghorn GR, Waugh MA. Oral contraceptive use and prevalence of infection with *Chlamydia trachomatis* in women. *Br J Ven Dis.* 1981;57(3):187–90.
328. Keith L, Berer GS, Moss W. Cervical gonorrhoea in women using different methods of contraception. *J Am Ven Dis Assoc.* 1976;3(1):17–9.
329. Johannisson G, Karamustafa A, Brorson J. Influence of copper salts on gonococci. *Br J Ven Dis.* 1976;52(3):176–7.
330. Jick H, Hannan MT, Stergachis A, Heidrich F, Perera DR, Rothman KJ. Vaginal spermicides and gonorrhoea. *JAMA.* 1982;248(13):1619–21.
331. Jaffe LR, Siqueira LM, Diamond SB, Diaz A, Spielsinger NA. *Chlamydia trachomatis* detection in adolescents: a comparison of direct specimen and tissue culture methods. *J Adol Health Care.* 1986;7(6):401–4.
332. Jacobson DL, Peralta L, Farmer M, Graham NM, Gaydos C, Zenilman J. Relationship of hormonal contraception and cervical ectopy as measured by computerized planimetry to chlamydial infection in adolescents. *Sex Transm Dis.* 2000;27(6):313–9.
333. Hiltunen-Back E, Haikala O, Kautiainen H, Paavonen J, Reunala T. A nationwide sentinel clinic survey of *Chlamydia trachomatis* infection in Finland. *Sex Transm Dis.* 2001;28(5):252–8.
334. Hilton AL, Richmond SJ, Milne JD, Hindley F, Clarke SK. Chlamydia A in the female genital tract. *Br J Ven Dis.* 1974;50(1):1–10.
335. Hewitt AB. Oral contraception among special clinic patients. With particular reference to the diagnosis of gonorrhoea. *Br J Ven Dis.* 1970;46(2):106–7.
336. Herrmann B, Espinoza F, Villegas RR, Smith GD, Ramos A, Egger M. Genital chlamydial infection among women in Nicaragua: validity of direct fluorescent antibody testing, prevalence, risk factors and clinical manifestations. *Genitourin Med.* 1996;72(1):20–6.
337. Hart G. Factors associated with genital chlamydial and gonococcal infection in females. *Genitourin Med.* 1992;68(4):217–20.
338. Harrison HR, Costin M, Meder JB, Bownds LM, Sim DA, Lewis M, et al. Cervical *Chlamydia trachomatis* infection in university women: relationship to history, contraception, ectopy, and cervicitis. *Am J Obstet Gynecol.* 1985;153(3):244–51.
339. Hanna NF, Taylor-Robinson D, Kalodiki-Karamanoli M, Harris JR, McFadyen IR. The relation between vaginal pH and the microbiological status in vaginitis. *Br J Obstet Gynaecol.* 1985;92(12):1267–71.
340. Handsfield HH, Jasman LL, Roberts PL, Hanson VW, Kothenbeutel RL, Stamm WE. Criteria for selective screening for *Chlamydia trachomatis* infection in women attending family planning clinics. *JAMA.* 1986;255(13):1730–4.
341. Han Y, Morse DL, Lawrence CE, Murphy D, Hipp S. Risk profile for Chlamydia infection in women from public health clinics in New York State. *J Community Health.* 1993;18(1):1–9.
342. Griffiths M, Hindley D. Gonococcal pelvic inflammatory disease, oral contraceptives, and cervical mucus. *Genitourin Med.* 1985;61(1):67.
343. Ruijs GJ, Kauer FM, van Gijssel PM, Schirm J, Schroder FP. Direct immunofluorescence for *Chlamydia trachomatis* on urogenital smears for epidemiological purposes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1988;27(4):289–97.
344. Ripa KT, Svensson L, Mardh PA, Westrom L. *Chlamydia trachomatis* cervicitis in gynecologic outpatients. *Obstet Gynecol.* 1978;52(6):698–702.
345. Reed BD, Huck W, Zazove P. Differentiation of *Gardnerella vaginalis*, *Candida albicans*, and *Trichomonas vaginalis* infections of the vagina. *J Fam Pract.* 1989;28(6):673–80.
346. Rahm VA, Odlind V, Pettersson R. *Chlamydia trachomatis* in sexually active teenage girls. Factors related to genital chlamydial infection: a prospective study. *Genitourin Med.* 1991;67(4):317–21.
347. Pereira LH, Embil JA, Haase DA, Manley KM. Cytomegalovirus infection among women attending a sexually transmitted disease clinic: association with clinical symptoms and other sexually transmitted diseases. *Am J Epidemiol.* 1990;131(4):683–92.
348. Park BJ, Stergachis A, Scholes D, Heidrich FE, Holmes KK, Stamm WE. Contraceptive methods and the risk of *Chlamydia trachomatis* infection in young women. *Am J Epidemiol.* 1995;142(7):771–8.
349. Paavonen J, Vesterinen E. *Chlamydia trachomatis* in cervicitis and urethritis in women. *Scand J Infect Dis Suppl.* 1982;32:45–54.
350. Oriel JD, Powis PA, Reeve P, Miller A, Nicol CS. Chlamydial infections of the cervix. *Br J Ven Dis.* 1974;50(1):11–6.
351. Oriel JD, Johnson AL, Barlow D, Thomas BJ, Nayyar K, Reeve P. Infection of the uterine cervix with *Chlamydia trachomatis*. *J Infect Dis.* 1978;137(4):443–51.
352. Oh MK, Feinstein RA, Soileau EJ, Cloud GA, Pass RF. *Chlamydia trachomatis* cervical infection and oral contraceptive use among adolescent girls. *J Adol Health Care.* 1989;10(5):376–81.
353. Nayyar KC, O'Neill JJ, Hambling MH, Waugh MA. Isolation of *Chlamydia trachomatis* from women attending a clinic for sexually transmitted diseases. *Br J Ven Dis.* 1976;52(6):396–8.
354. Morrison CS, Bright P, Wong EL, Kwok C, Yacobson I, Gaydos CA, et al. Hormonal contraceptive use, cervical ectopy, and the acquisition of cervical infections. *Sex Transm Dis.* 2004;31(9):561–7.
355. McCormack WM, Reynolds GH. Effect of menstrual cycle and method of contraception on recovery of *Neisseria gonorrhoeae*. *JAMA.* 1982;247(9):1292–4.
356. Woolfitt JM, Watt L. Chlamydial infection of the urogenital tract in promiscuous and non-promiscuous women. *Br J Ven Dis.* 1977;53(2):93–5.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

357. Wolinska WH, Melamed MR. Herpes genitalis in women attending Planned Parenthood of New York City. *Acta Cytol.* 1970;14(5):239–42.
358. Winter L, Goldy AS, Baer C. Prevalence and epidemiologic correlates of *Chlamydia trachomatis* in rural and urban populations. *Sex Transm Dis.* 1990;17(1):30–6.
359. Winer RL, Lee SK, Hughes JP, Adam DE, Kiviat NB, Koutsky LA. Genital human papillomavirus infection: incidence and risk factors in a cohort of female university students. *Am J Epidemiol.* 2003;157(3):218–26.
360. Willmott FE, Mair HJ. Genital herpesvirus infection in women attending a venereal diseases clinic. *Br J Vener Dis.* 1978;54(5):341–3.
361. Vaccarella S, Herrero R, Dai M, Snijders PJ, Meijer CJ, Thomas JO, et al. Reproductive factors, oral contraceptive use, and human papillomavirus infection: pooled analysis of the IARC HPV prevalence surveys. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2006;15(11):2148–53.
362. Tait IA, Rees E, Hobson D, Byng RE, Tweedie MC. Chlamydial infection of the cervix in contacts of men with nongonococcal urethritis. *Br J Ven Dis.* 1980;56(1):37–45.
363. Svensson L, Westrom L, Mardh PA. *Chlamydia trachomatis* in women attending a gynaecological outpatient clinic with lower genital tract infection. *Br J Ven Dis.* 1981;57(4):259–62.
364. Staerfelt F, Gundersen TJ, Halsos AM, Barlinn C, Johansen AG, Norregaard KM, et al. A survey of genital infections in patients attending a clinic for sexually transmitted diseases. *Scand J Infect Dis Suppl.* 1983;40:53–7.
365. Smith JS, Herrero R, Munoz N, Eluf-Neto J, Ngelangel C, Bosch FX, et al. Prevalence and risk factors for herpes simplex virus type 2 infection among middle-age women in Brazil and the Philippines. *Sex Transm Dis.* 2001;28(4):187–94.
366. Shafer MA, Beck A, Blain B, Dole P, Irwin CE, Jr., Sweet R, et al. *Chlamydia trachomatis*: important relationships to race, contraception, lower genital tract infection, and Papanicolaou smear. *J Pediatr.* 1984;104(1):141–6.
367. Sessa R, Latino MA, Magliano EM, Nicosia R, Pustorino R, Santino I, et al. Epidemiology of urogenital infections caused by *Chlamydia trachomatis* and outline of characteristic features of patients at risk. *J Med Microbiol.* 1994;41(3):168–72.
368. Sellors JW, Karwalajtys TL, Kaczorowski J, Mahony JB, Lytwyn A, Chong S, et al. Incidence, clearance and predictors of human papillomavirus infection in women. *CMAJ.* 2003;168(4):421–5.
369. Schachter J, Stoner E, Moncada J. Screening for chlamydial infections in women attending family planning clinics. *West J Med.* 1983;138(3):375–9.
370. Polis CB, Phillips SJ, Curtis KM, Westreich DJ, Steyn PS, Raymond E, et al. Hormonal contraceptive methods and risk of HIV acquisition in women: a systematic review of epidemiological evidence. *Contraception.* 2014;90(4):360–90.
371. Wand H, Ramjee G. The effects of injectable hormonal contraceptives on HIV seroconversion and on sexually transmitted infections. *AIDS.* 2012;26(3):375–80.
372. Reid SE, Dai JY, Wang J, Sicalwe BN, Akpomemie G, Cowan FM, et al. Pregnancy, contraceptive use, and HIV acquisition in HPTN 039: relevance for HIV prevention trials among African women. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2010;53(5):606–13.
373. Myer L, Denny L, Wright TC, Kuhn L. Prospective study of hormonal contraception and women's risk of HIV infection in South Africa. *Int J Epidemiol.* 2007;36(1):166–74.
374. Morrison CS, Skoler-Karppoff S, Kwok C, Chen PL, van de Wijgert J, Gehret-Plagianos M, et al. Hormonal contraception and the risk of HIV acquisition among women in South Africa. *AIDS.* 2012;26(4):497–504.
375. Morrison CS, Richardson BA, Mmiro F, Chipato T, Celentano DD, Luoto J, et al. Hormonal contraception and the risk of HIV acquisition. *AIDS.* 2007;21(1):85–95.
376. Morrison CS, Chen PL, Kwok C, Richardson BA, Chipato T, Mugerwa R, et al. Hormonal contraception and HIV acquisition: reanalysis using marginal structural modeling. *AIDS.* 2010;24(11):1778–81.
377. McCoy SI, Zheng W, Montgomery ET, Blanchard K, van der Straten A, de Bruyn G, et al. Oral and injectable contraception use and risk of HIV acquisition among women in sub-Saharan Africa. *AIDS.* 2013;27(6):1001–9.
378. Heffron R, Donnell D, Rees H, Celum C, Mugo N, Were E, et al. Use of hormonal contraceptives and risk of HIV-1 transmission: a prospective cohort study. *Lancet Infect Dis.* 2012;12(1):19–26.
379. Baeten JM, Benki S, Chohan V, Lavreys L, McClelland RS, Mandaliya K, et al. Hormonal contraceptive use, herpes simplex virus infection, and risk of HIV-1 acquisition among Kenyan women. *AIDS.* 2007;21(13):1771–7.
380. Stringer EM, Giganti M, Carter RJ, El-Sadr W, Abrams EJ, Stringer JS. Hormonal contraception and HIV disease progression: a multicountry cohort analysis of the MTCT-Plus Initiative. *AIDS.* 2009;23 Suppl 1:S69–77.
381. Polis CB, Wawer MJ, Kiwanuka N, Laeyendecker O, Kagaayi J, Lutalo T, et al. Effect of hormonal contraceptive use on HIV progression in female HIV seroconverters in Rakai, Uganda. *AIDS.* 2010;24(12):1937–44.
382. Morrison CS, Chen PL, Nankya I, Rinaldi A, Van Der Pol B, Ma YR, et al. Hormonal contraceptive use and HIV disease progression among women in Uganda and Zimbabwe. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2011;57(2):157–64.
383. Kilmarx PH, Limpakarnjanarat K, Kaewkungwal J, Srismith R, Saisorn S, Uthairavit W, et al. Disease progression and survival with human immunodeficiency virus type 1 subtype E infection among female sex workers in Thailand. *J Infect Dis.* 2000;181(5):1598–606.
384. Heffron R, Mugo N, Ngure K, Celum C, Donnell D, Were E, et al. Hormonal contraceptive use and risk of HIV-1 disease progression. *AIDS.* 2013;27(2):261–7.
385. Allen S, Stephenson R, Weiss H, Karita E, Priddy F, Fuller L, et al. Pregnancy, hormonal contraceptive use, and HIV-related death in Rwanda. *J Womens Health (Larchmt).* 2007;16(7):1017–27.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

386. Survival and progression of HIV disease in women attending GUM/HIV clinics in Britain and Ireland. Study Group for the MRC Collaborative Study of HIV Infection in Women. *Sex Transm Infect.* 1999;75(4):247–52.
387. Stringer EM, Levy J, Sinkala M, Chi BH, Matongo I, Chintu N, et al. HIV disease progression by hormonal contraceptive method: secondary analysis of a randomized trial. *AIDS.* 2009;23(11):1377–82.
388. Stringer EM, Kaseba C, Levy J, Sinkala M, Goldenberg RL, Chi BH, et al. A randomized trial of the intrauterine contraceptive device vs hormonal contraception in women who are infected with the human immunodeficiency virus. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197(2):144–8.
389. Lutalo T, Musoke R, Kong X, Makumbi F, Serwadda D, Nalugoda F, et al. Effects of hormonal contraceptive use on HIV acquisition and transmission among HIV-discordant couples. *AIDS.* 2013;27 Suppl 1:S27–34.
390. Richardson BA, Otieno PA, Mbori-Ngacha D, Overbaugh J, Farquhar C, John-Stewart GC. Hormonal contraception and HIV-1 disease progression among postpartum Kenyan women. *AIDS.* 2007;21(6):749–53.
391. Kreiss J, Willerford DM, Hensel M, Emonyi W, Plummer F, Ndinya-Achola J, et al. Association between cervical inflammation and cervical shedding of human immunodeficiency virus DNA. *J Infect Dis.* 1994;170(6):1597–601.
392. Graham SM, Masee L, Gitau R, Jalalian-Lechak Z, Richardson BA, Peshu N, et al. Antiretroviral adherence and development of drug resistance are the strongest predictors of genital HIV-1 shedding among women initiating treatment. *J Infect Dis.* 2010;202(10):1538–42.
393. Clemetson DB, Moss GB, Willerford DM, Hensel M, Emonyi W, Holmes KK, et al. Detection of HIV DNA in cervical and vaginal secretions. Prevalence and correlates among women in Nairobi, Kenya. *JAMA.* 1993;269(22):2860–4.
394. Clark RA, Theall KP, Amedee AM, Dumestre J, Wenthold L, Kissinger PJ. Lack of association between genital tract HIV-1 RNA shedding and hormonal contraceptive use in a cohort of Louisiana women. *Sex Transm Dis.* 2007;34(11):870–2.
395. Cejtin HE, Jacobson L, Springer G, Watts DH, Levine A, Greenblatt R, et al. Effect of hormonal contraceptive use on plasma HIV-1-RNA levels among HIV-infected women. *AIDS.* 2003;17(11):1702–4.
396. Kovacs A, Wasserman SS, Burns D, Wright DJ, Cohn J, Landay A, et al. Determinants of HIV-1 shedding in the genital tract of women. *Lancet.* 2001;358:1593–601.
397. Kumwenda JJ, Makanani B, Taulo F, Nkhoma C, Kafulafula G, Li Q, et al. Natural history and risk factors associated with early and established HIV type 1 infection among reproductive-age women in Malawi. *Clin Infect Dis.* 2008;46(12):1913–20.
398. Lavreys L, Baeten JM, Kreiss JK, Richardson BA, Chohan BH, Hassan W, et al. Injectable contraceptive use and genital ulcer disease during the early phase of HIV-1 infection increase plasma virus load in women. *J Infect Dis.* 2004;189(2):303–11.
399. Morrison CS, Demers K, Kwok C, Bulime S, Rinaldi A, Munjoma M, et al. Plasma and cervical viral loads among Ugandan and Zimbabwean women during acute and early HIV-1 infection. *AIDS.* 2010;24(4):573–82.
400. Mostad SB, Overbaugh J, DeVange DM, Welch MJ, Chohan B, Mandaliya K, 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.
401. Roccio M, Gardella B, Maserati R, Zara F, Iacobone D, Spinillo A. Low-dose combined oral contraceptive and cervicovaginal shedding of human immunodeficiency virus. *Contraception.* 2011;83(6):564–70.
402. Sagar M, Lavreys L, Baeten JM, Richardson BA, Mandaliya K, Ndinya-Achola JO, et al. Identification of modifiable factors that affect the genetic diversity of the transmitted HIV-1 population. *AIDS.* 2004;18(4):615–9.
403. Seck K, Samb N, Tempesta S, Mulanga-Kabeya C, Henzel D, Sow PS, et al. Prevalence and risk factors of cervicovaginal HIV shedding among HIV-1 and HIV-2 infected women in Dakar, Senegal. *Sex Transm Infect.* 2001;77(3):190–3.
404. Tanton C, Weiss HA, Le Goff J, Changalucha J, Rusizoka M, Baisley K, et al. Correlates of HIV-1 genital shedding in Tanzanian women. *PLoS One.* 2011;6(3):e17480.
405. Tagy AH, Saker ME, Moussa AA, Kolgah A. 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.
406. Sy FS, Osteria TS, Opiniano V, Gler S. Effect of oral contraceptive on liver function tests of women with schistosomiasis in the Philippines. *Contraception.* 1986;34:283–94.
407. Shaaban MM, Ghaneimah SA, Mohamed MA, Abdel-Chani S, Mostafa SA. Effective of oral contraception on serum bile acid. *Int J Gynaecol Obstet.* 1984;22:111–5.
408. Shaaban MM, Hammad WA, Falthalla MF, Ghaneimah SA, El-Sharkawy MM, Salim TH, et al. Effects of oral contraception on liver function tests and serum proteins in women with active schistosomiasis. *Contraception.* 1982;26:75–82.
409. Gad-el-Mawla N, el-Roubi O, Sabet S, Abdallah A. Plasma lipids and lipoproteins in bilharzial females during oral contraceptive therapy. *J Egypt Med Assoc.* 1972;55:137–47.
410. Gad-el-Mawla N, Abdallah A. Liver function in bilharzial females receiving contraceptive pills. *Acta Hepato-Splenol.* 1969;16:308–10.
411. el Raghy I, Back DJ, Osman F, Orme ML, Fathalla M. Contraceptive steroid concentrations in women with early active schistosomiasis: lack of effect of antischistosomal drugs. *Contraception.* 1986;33:373–7.
412. Beck P, Wells SA. Comparison of the mechanisms underlying carbohydrate intolerance in subclinical diabetic women during pregnancy and during post-partum oral contraceptive steroid treatment. *J Clin Endocrinol Metab.* 1969;29(6):807–18.
413. Kjos SL, Peters RK, Xiang A, Thomas D, Schaefer U, Buchanan TA. Contraception and the risk of type 2 diabetes mellitus in Latina women with prior gestational diabetes mellitus. *JAMA.* 1998;280(6):533–8.
414. Kung AW, Ma JT, Wong VC, Li DF, Ng MM, Wang CC, et al. Glucose and lipid metabolism with triphasic oral contraceptives in women with history of gestational diabetes. *Contraception.* 1987;35(3):257–69.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

415. Radberg T, Gustafson A, Skryten A, Karlsson K. Metabolic studies in gestational diabetic women during contraceptive treatment: effects on glucose tolerance and fatty acid composition of serum lipids. *Gynecol Obstet Invest.* 1982;13(1):17–29.
416. Skouby SO, Andersen O, Saurbrey N, Kuhl C. Oral contraception and insulin sensitivity: in vivo assessment in normal women and women with previous gestational diabetes. *J Clin Endocrinol Metab.* 1987;64(3):519–23.
417. Skouby SO, Molsted-Pedersen L, Kuhl C. Low dosage oral contraception in women with previous gestational diabetes. *Obstet Gynecol.* 1982;59(3):325–8.
418. Xiang AH, Kawakubo M, Kjos SL, Buchanan TA. Long-acting injectable progestin contraception and risk of type 2 diabetes in Latino women with prior gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care.* 2006;29(3):613–7.
419. Skouby SO, Andersen O, Kuhl C. Oral contraceptives and insulin receptor binding in normal women and those with previous gestational diabetes. *Am J Obstet Gynecol.* 1986;155(4):802–7.
420. Kjos SL, Shoupe D, Douyan S, Friedman RL, Bernstein GS, Mestman JH, et al. Effect of low-dose oral contraceptives on carbohydrate and lipid metabolism in women with recent gestational diabetes: results of a controlled, randomized, prospective study. *Am J Obstet Gynecol.* 1990;163(6 Pt 1):1822–7.
421. Radberg T, Gustafson A, Skryten A, Karlsson K. Metabolic studies in women with previous gestational diabetes during contraceptive treatment: effects on serum lipids and high density lipoproteins. *Acta Endocrinol (Copenh).* 1982;101(1):134–9.
422. Skouby SO, Kuhl C, Molsted-Pedersen L, Petersen K, Christensen MS. Triphasic oral contraception: metabolic effects in normal women and those with previous gestational diabetes. *Am J Obstet Gynecol.* 1985;153(5):495–500.
423. Beck P, Arnett DM, Alsever RN, Eaton RP. Effect of contraceptive steroids on arginine-stimulated glucagon and insulin secretion in women. II. Carbohydrate and lipid physiology in insulin-dependent diabetics. *Metabolism.* 1976;25(1):23–31.
424. Diab KM, Zaki MM. Contraception in diabetic women: comparative metabolic study of norplant, depot medroxyprogesterone acetate, low dose oral contraceptive pill and CuT380A. *J Obstet Gynecol Res.* 2000;26(1):17–26.
425. Garg SK, Chase P, Marshall G, Hoops SL, Holmes DL, Jackson WE. Oral contraceptives and renal and retinal complications in young women with insulin-dependent diabetes mellitus. *JAMA.* 1994;271(14):1099–102.
426. Grigoryan OR, Grodnitskaya EE, Andreeva EN, Shestakova MV, Melnichenko GA, Dedov II. Contraception in perimenopausal women with diabetes mellitus. *Gynecol Endocrinol.* 2006;22(4):198–206.
427. Margolis KL, Adami H-O, Luo J, Ye W, Weiderpass E. A prospective study of oral contraceptive use and risk of myocardial infarction among Swedish women. *Fertil Steril.* 2007;88(2):310–6.
428. Petersen KR, Skouby SO, Jespersen J. Balance of coagulation activity with fibrinolysis during use of oral contraceptives in women with insulin-dependent diabetes mellitus. *Int J Fertil.* 1995;40(Suppl 2):105–11.
429. Radberg T, Gustafson A, Skryten A, Karlsson K. Oral contraception in diabetic women. A cross-over study on seum and high density lipoprotein (HDL) lipids and diabetes control during progestogen and combined estrogen/progestogen contraception. *Horm Metab Res.* 1982;14:61–5.
430. Petersen KR, Skouby SO, Sidelmann J, Jespersen J. Assessment of endothelial function during oral contraception on women with insulin-dependent diabetes mellitus. *Metabolism.* 1994;43(11):1379–83.
431. Di Martino V, Lebray P, Myers RP, Pannier E, Paradis V, Charlotte F, et al. Progression of liver fibrosis in women infected with hepatitis C: long-term benefit of estrogen exposure. *Hepatology.* 2004;40(6):1426–33.
432. Libbrecht L, Craninx M, Nevens F, Desmet V, Roskams T. Predictive value of liver cell dysplasia for development of hepatocellular carcinoma in patients with non-cirrhotic and cirrhotic chronic viral hepatitis. *Histopathology.* 2001;39(1):66–73.
433. Eisalo A, Konttinen A, Hietala O. Oral contraceptives after liver disease. *Br Med J.* 1971;3(5774):561–2.
434. Wang P, Lai Z, Tang J, Xu W, Mi X, Ma F. Safety of hormonal steroid contraceptive use for hepatitis B virus carrier women. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2000;9(3):245–6.
435. Schweitzer IL, Weiner JM, McPeak CM, Thursby MW. Oral contraceptives in acute viral hepatitis. *JAMA.* 1975;233(9):979–80.
436. Kapp N, Tilley IB, Curtis KM. The effects of hormonal contraceptive use among women with viral hepatitis or cirrhosis of the liver: a systematic review. *Contraception.* 2009;80(4):381–6.
437. Mathieu D, Kobeiter H, Maison P, Rahmouni A, Cherqui D, Zafrani ES, et al. Oral contraceptive use and focal nodular hyperplasia of the liver. *Gastroenterology.* 2000;118(3):560–4.
438. Kapp N, Curtis KM. Hormonal contraceptive use among women with liver tumors: a systematic review. *Contraception.* 2009;80(4):387–90.
439. D'halluin V, Vilgrain V, Pelletier G, Rocher L, Belghiti J, Erlinger S, et al. [Natural history of focal nodular hyperplasia. A retrospective study of 44 cases]. *Gastroenterol Clin Biol.* 2001;25(11):1008–10 (in French).
440. Aweeka FT, Rosenkranz SL, Segal Y, Coombs RW, Bardeguez A, Thevanayagam L, et al. The impact of sex and contraceptive therapy on the plasma and intracellular pharmacokinetics of zidovudine. *AIDS.* 2006;20(14):1833–41.
441. Kearney BP, Mathias A. Lack of effect of tenofovir disoproxil fumarate on pharmacokinetics of hormonal contraceptives. *Pharmacotherapy.* 2009;29(8):924–9.
442. Stuart GS, Moses A, Corbett A, Phiri G, Kumwenda W, Mkandawire N, et al. Combined oral contraceptives and antiretroviral PK/PD in Malawian women: pharmacokinetics and pharmacodynamics of a combined oral contraceptive and a generic combined formulation antiretroviral in Malawi. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2011;58(2):e40–3.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

443. Nanda K, Delany-Moretlwe S, Dube K, Lendvay A, Kwok C, Molife L, et al. Nevirapine-based antiretroviral therapy does not reduce oral contraceptive effectiveness. *AIDS*. 2013;27 Suppl 1:S17–25.
444. Mildvan D, Yarrish R, Marshak A, Hutman HW, McDonough M, Lamson M, et al. Pharmacokinetic interaction between nevirapine and ethinyl estradiol/norethindrone when administered concurrently to HIV-infected women. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2002;29(5):471–7.
445. Landolt NK, Phanuphak N, Ubolyam S, Pinyakorn S, Kriengsinyot R, Ahluwalia J, et al. Efavirenz, in contrast to nevirapine, is associated with unfavorable progesterone and antiretroviral levels when coadministered with combined oral contraceptives. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2013;62(5):534–9.
446. Sevinsky H, Eley T, Persson A, Garner D, Yones C, Nettles R, et al. The effect of efavirenz on the pharmacokinetics of an oral contraceptive containing ethinyl estradiol and norgestimate in healthy HIV-negative women. *Antivir Ther*. 2011;16(2):149–56.
447. Carten ML, Kiser JJ, Kwara A, Mawhinney S, Cu-Uvin S. Pharmacokinetic interactions between the hormonal emergency contraception, levonorgestrel (Plan B), and Efavirenz. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2012;2012:137192.
448. Scholler-Gyure M, Kakuda TN, Woodfall B, Aharchi F, Peeters M, Vandermeulen K, et al. Effect of steady-state etravirine on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of ethinylestradiol and norethindrone. *Contraception*. 2009;80(1):44–52.
449. Crauwels HM, van Heeswijk RP, Buelens A, Stevens M, Hoetelmans RM. Lack of an effect of rilpivirine on the pharmacokinetics of ethinylestradiol and norethindrone in healthy volunteers. *Int J Clin Pharmacol Ther*. 2014;52(2):118–28.
450. Sekar VJ, Lefebvre E, Guzman SS, Felicione E, De Pauw M, Vangeneugden T, et al. Pharmacokinetic interaction between ethinyl estradiol, norethindrone and darunavir with low-dose ritonavir in healthy women. *Antivir Ther*. 2008;13(4):563–9.
451. Kasserra C, Li J, March B, O'Mara E. Effect of vicriviroc with or without ritonavir on oral contraceptive pharmacokinetics: a randomized, open-label, parallel-group, fixed-sequence crossover trial in healthy women. *Clin Ther*. 2011;33(10):1503–14.
452. Vogler MA, Patterson K, Kamemoto L, Park JG, Watts H, Aweeka F, et al. Contraceptive efficacy of oral and transdermal hormones when co-administered with protease inhibitors in HIV-1-infected women: pharmacokinetic results of ACTG trial A5188. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010;55(4):473–82.
453. Atrio J, Stanczyk FZ, Neely M, Cherala G, Kovacs A, Mishell DR, Jr. Effect of protease inhibitors on steady-state pharmacokinetics of oral norethindrone contraception in HIV-infected women. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014;65(1):72–7.
454. Song I, Mark S, Borland J, Chen S, Wajima T, Peppercorn A, et al. Dolutegravir has no effect on the pharmacokinetics of methadone or oral contraceptives with norgestimate and ethinyl estradiol. Atlanta (GA): 20th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; 3–6 March 2013.
455. Anderson MS, Hanley WD, Moreau AR, Jin B, Bieberdorf FA, Kost JT, et al. Effect of raltegravir on estradiol and norgestimate plasma pharmacokinetics following oral contraceptive administration in healthy women. *Br J Clin Pharmacol*. 2011;71(4):616–20.
456. Rosenfeld WE, Doose DR, Walker SA, Nayak RK. Effect of topiramate on the pharmacokinetics of an oral contraceptive containing norethindrone and ethinyl estradiol in patients with epilepsy. *Epilepsia*. 1997;38:317–23.
457. Fattore C, Cipolla G, Gatti G, Limido GL, Sturm Y, Bernasconi C, et al. Induction of ethinylestradiol and levonorgestrel metabolism by oxcarbazepine in healthy women. *Epilepsia*. 1999;40:783–7.
458. Doose DR, Wang S, Padmanabhan M, Schwabe S, Jacobs D, Bialer M. Effects of topiramate or carbamazepine on the pharmacokinetics of an oral contraceptive containing norethindrone and ethinyl estradiol in healthy obese and nonobese female subjects. *Epilepsia*. 2003;44:540–9.
459. Back DJ, Bates M, Bowden A, Breckenridge AM, Hall MJ, Jones H, et al. The interaction of Phenobarbital and other anticonvulsants with oral contraceptive steroid therapy. *Contraception*. 1980;22:495–503.
460. Sabers A, Ohman I, Christensen J, Tomson T. Oral contraceptives reduce lamotrigine plasma levels. *Neurology*. 2003;61:570–1.
461. Sabers A, Buchholt JM, Uldall P, Hansen EL. Lamotrigine plasma levels reduced by oral contraceptives. *Epilepsy Research*. 2001;47:151–4.
462. Reimers A, Helde G, Brodtkorb E. Ethinyl estradiol, not progestogens, reduces lamotrigine serum concentrations. *Epilepsia*. 2005;46(9):1414–7.
463. Contin M, Albani F, Ambrosetto G, Avoni P, Bisulli F, Riva R, et al. Variation in lamotrigine plasma concentrations with hormonal contraceptive monthly cycles in patients with epilepsy. *Epilepsia*. 2006;47(9):1573–5.
464. Christensen J, Petrenaite V, Atterman J, Sidenius P, Ohman I, Tomson T, et al. Oral contraceptives induce lamotrigine metabolism: evidence from a double-blind, placebo-controlled trial. *Epilepsia*. 2007;48(3):484–9.
465. Bainton R. Interaction between antibiotic therapy and contraceptive medication. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1986;61:453–5.
466. Bacon JF, Shenfield GM. Pregnancy attributable to interaction between tetracycline and oral contraceptives. *Br Med J*. 1980;280:293.
467. Back DJ, Tjia J, Martin C, Millar E, Mant T, Morrison P, et al. The lack of interaction between temafloxacin and combined oral contraceptive steroids. *Contraception*. 1991;43:317–23.
468. Back DJ, Grimmer SF, Orme ML, Proudlove C, Mann RD, Breckenridge AM. Evaluation of the Committee on Safety of Medicines yellow card reports on oral contraceptive-drug interactions with anticonvulsants and antibiotics. *Br J Clin Pharmacol*. 1988;25:527–32.
469. Back DJ, Breckenridge AM, MacIver M, Orme ML, Rowe PH, Staiger C, et al. The effects of ampicillin on oral contraceptive steroids in women. *Br J Clin Pharmacol*. 1982;14:43–8.
470. Bollen M. Use of antibiotics when taking the oral contraceptive pill. [comment]. *Aust Fam Physician*. 1995;24:928–9.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

471. Kakouris H, Kovacs GT. Pill failure and nonuse of secondary precautions. *Br J Fam Plann.* 1992;18:41–4.
472. Joshi JV, Joshi UM, Sankholi GM, Krishna U, Mandlekar A, Chowdhury V, et al. A study of interaction of low-dose combination oral contraceptive with ampicillin and metronidazole. *Contraception.* 1980;22:643–52.
473. Hughes BR, Cunliffe WJ. Interactions between the oral contraceptive pill and antibiotics. [comment]. *Br J Dermatol.* 1990;122:717–8.
474. Hetenyi G. Possible interactions between antibiotics and oral contraceptives. *Therapia Hungarica (English edition).* 1989;37:86–9.
475. Hempel E, Zorn C, Graf K. [Effect of chemotherapy agents and antibiotics on hormonal contraception]. *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung (Jena).* 1978;72:924–6 (in German).
476. Hempel E, Bohm W, Carol W, Klinger G. [Enzyme induction by drugs and hormonal contraception]. *Zentralblatt für Gynäkologie.* 1973;95:1451–7 (in German).
477. Helms SE, Bredle DL, Zajic J, Jarjoura D, Brodell RT, Krishnarao I. Oral contraceptive failure rates and oral antibiotics. *J Am Acad Dermatol.* 1997;36:705–10.
478. Grimmer SF, Allen WL, Back DJ, Breckenridge AM, Orme ML, Tjia J. The effect of cotrimoxazole on oral contraceptive steroids in women. *Contraception.* 1983;28:53–9.
479. Friedman CI, Huneke AL, Kim MH, Powell J. The effect of ampicillin on oral contraceptive effectiveness. *Obstet Gynecol.* 1980;55:33–7.
480. 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.
481. DeSano EA Jr, Hurley SC. Possible interactions of antihistamines and antibiotics with oral contraceptive effectiveness. *Fertil Steril.* 1982;37:853–4.
482. de Groot AC, Eshuis H, Stricker BH. [Inefficiency of oral contraception during use of minocycline]. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.* 1990;134:1227–9 (in Dutch).
483. Csemiczky G, Alvendal C, Landgren BM. Risk for ovulation in women taking a low-dose oral contraceptive (Microgynon) when receiving antibacterial treatment with a fluoroquinolone (ofloxacin). *Adv Contracept.* 1996;12:101–9.
484. Cote J. Interaction of griseofulvin and oral contraceptives. [comment]. *J Am Acad Dermatol.* 1990;22:124–5.
485. Bromham DR. Knowledge and use of secondary contraception among patients requesting termination of pregnancy. *BMJ.* 1993;306:556–7.
486. Young LK, Farquhar C, McCowan LM, Roberts HE, Taylor J. The contraceptive practices of women seeking termination of pregnancy in an Auckland clinic. *N Z Med J.* 1994;107:189–92.
487. Wermeling DP, Chandler MH, Sides GD, Collins D, Muse KN. Dirithromycin increases ethinyl estradiol clearance without allowing ovulation. *Obstet Gynecol.* 1995;86:78–84.
488. van Dijke CP, Weber JC. Interaction between oral contraceptives and griseofulvin. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1984;288:1125–6.
489. Sparrow MJ. Pill method failures in women seeking abortion – fourteen years experience. *N Z Med J.* 1998;111:386–8.
490. Sparrow MJ. Pregnancies in reliable pill takers. *N Z Med J.* 1989;102:575–7.
491. Sparrow MJ. Pill method failures. *N Z Med J.* 1987;100:102–5.
492. Silber TJ. Apparent oral contraceptive failure associated with antibiotic administration. *J Adol Health Care.* 1983;4:287–9.
493. Scholten PC, Droppert RM, Zwinkels MG, Moesker HL, Nauta JJ, Hoepelman IM. No interaction between ciprofloxacin and an oral contraceptive. *Antimicrob Agents Chemother.* 1998;42:3266–8.
494. Pillans PI, Sparrow MJ. Pregnancy associated with a combined oral contraceptive and itraconazole. [comment]. *N Z Med J.* 1993;106:436.
495. Neely JL, Abate M, Swinker M, D'Angio R. The effect of doxycycline on serum levels of ethinyl estradiol, noretindrone, and endogenous progesterone. *Obstet Gynecol.* 1991;77:416–20.
496. Murphy AA, Zacur HA, Charache P, Burkman RT. The effect of tetracycline on levels of oral contraceptives. *Am J Obstet Gynecol.* 1991;164:28–33.
497. Maggiolo F, Puricelli G, Dottorini M, Capriolo S, Bianchi W, Suter F. The effects of ciprofloxacin on oral contraceptive steroid treatments. *Drugs Exp Clin Res.* 1991;17:451–4.
498. London BM, Lookingbill DP. Frequency of pregnancy in acne patients taking oral antibiotics and oral contraceptives. *Arch Dermatol.* 1994;130:392–3.
499. Lequeux A. [Pregnancy under oral contraceptives after treatment with tetracycline]. *Louvain Medical.* 1980;99:413–4 (in French).
500. Kovacs GT, Riddoch G, Duncombe P, Welberry L, Chick P, Weisberg E, et al. Inadvertent pregnancies in oral contraceptive users. *Med J Aust.* 1989;150:549–51.
501. Kakouris H, Kovacs GT. How common are predisposing factors to pill failure among pill users? *Br J Fam Plann.* 1994;20:33–5.
502. Abrams LS, Skee D, Natarajan J, Wong FA. Pharmacokinetic overview of Ortho Evra/Evra. *Fertil Steril.* 2002;77(supplement 2):s3–s12.
503. Dogterom P, van den Heuvel MW, Thomsen T. Absence of pharmacokinetic interactions of the combined contraceptive vaginal ring NuvaRing with oral amoxicillin or doxycycline in two randomized trials. *Clin Pharmacokinet.* 2005;44:429–38.
504. van Puijenbroek EP, Feenstra J, Meyboom RH. [Pill cycle disturbance in simultaneous use of itraconazole and oral contraceptives]. *Ned Tijdschr Geneesk.* 1998;142:146–9 (in Dutch).
505. Sinofsky FE, Pasquale SA. The effect of fluconazole on circulating ethinyl estradiol levels in women taking oral contraceptives. *Am J Obstet Gynecol.* 1998;178:300–4.
506. Rieth H, Sauerbrey N. [Interaction studies with fluconazole, a new tirazole antifungal drug]. *Wiener Medizinische Wochenschrift.* 1989;139:370–4 (in German).
507. Meyboom RH, van Puijenbroek EP, Vinks MH, Lastdrager CJ. Disturbance of withdrawal bleeding during concomitant use of itraconazole and oral contraceptives. *N Z Med J.* 1997;110:300.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

508. McDaniel PA, Cladroney RD. Oral contraceptives and griseofulvin interactions. *DICP*. 1986;20:384.
509. Lunell NO, Pschera H, Zador G, Carlstrom K. Evaluation of the possible interaction of the antifungal triazole SCH 39304 with oral contraceptives in normal health women. *Gynecol Obstet Invest*. 1991;32:91–7.
510. Kovacs I, Somos P, Hamori M. Examination of the potential interaction between ketoconazole (Nizoral) and oral contraceptives with special regard to products of low hormone content (Rigevidon, anteovin). *Therapia Hungarica (English edition)*. 1986;34:167–70.
511. Hilbert J, Messig M, Kuye O. Evaluation of interaction between fluconazole and an oral contraceptive in healthy women. *Obstet Gynecol*. 2001;98:218–23.
512. Devenport MH, Crook D, Wynn V, Lees LJ. Metabolic effects of low-dose fluconazole in healthy female users and non-users of oral contraceptives. *Br J Clin Pharmacol*. 1989;27:851–9.
513. van Puijtenbroek EP, Egberts ACG, Meyboom RHB, Leufkens HGM. Signalling possible drug-drug interactions in a spontaneous reporting system: delay of withdrawal bleeding during concomitant use of oral contraceptives and itraconazole. *Br J Clin Pharmacol*. 1999;47:689–93.
514. Verhoeven CH, van den Heuvel MW, Mulders TM, Dieben TO. The contraceptive vaginal ring, NuvaRing, and antimycotic co-medication. *Contraception*. 2004;69:129–32.
515. Wanwimolruk S, Kaewwicit S, Tanthayaphinant O, Suwannarach C, Oranratnachai A. Lack of effect of oral contraceptive use on the pharmacokinetics of quinine. *Br J Clin Pharmacol*. 1991;31:179–81.
516. McGready R, Stepniewska K, Seaton E, Cho T, Cho D, Ginsberg A, et al. Pregnancy and use of oral contraceptives reduces the biotransformation of proguanil to cycloguanil. *Eur J Clin Pharmacol*. 2003;59:553–7.
517. Karbwang J, Looreesuwan S, Back DJ, Migasana S, Bunnag D. Effect of oral contraceptive steroids on the clinical course of malaria infection and on the pharmacokinetics of mefloquine in Thai women. *Bull World Health Organ*. 1988;66:763–7.
518. Croft AM, Herxheimer A. Adverse effects of the antimalaria drug, mefloquine: due to primary liver damage with secondary thyroid involvement? *BMC Public Health*. 2002;2:6.
519. Back DJ, Breckenridge AM, Grimmer SF, Orme ML, Purba HS. Pharmacokinetics of oral contraceptive steroids following the administration of the antimalarial drugs primaquine and chloroquine. *Contraception*. 1984;30:289–95.
520. Gupta KC, Ali MY. Failure of oral contraceptive with rifampicin. *Med J Zambia*. 1981;15:23.
521. Bolt HM, Bolt M, Kappus H. Interaction of rifampicin treatment with pharmacokinetics and metabolism of ethinyloestradiol in man. *Acta Endocrinol (Copenh)*. 1977;85:189–97.
522. Barditch-Crovo P, Trapnell CB, Ette E, Zacur HA, Coresh J, Rocco LE, et al. The effects of rifampicin and rifabutin on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of a combination oral contraceptive. *Clin Pharmacol Ther*. 1999;65:428–38.
523. Back DJ, Breckenridge AM, Crawford FE, Hall JM, MacIver M, Orme ML, et al. The effect of rifampicin on the pharmacokinetics of ethinyloestradiol in women. *Contraception*. 1980;21:135–43.
524. Back DJ, Breckenridge AM, Crawford FE, MacIver M, Orme ML, Park BK, et al. The effect of rifampicin on norethisterone pharmacokinetics. *Eur J Clin Pharmacol*. 1979;15:193–7.
525. Joshi JV, Joshi UM, Sankholi GM, Gupta K, Rao AP, Hazari K, et al. A study of interaction of a low-dose combination oral contraceptive with anti-tubercular drugs. *Contraception*. 1980;21:617–29.
526. Hirsch A, Tillement JP, Chretien J. *Effets contrariants de la rifampicine sur les contraceptifs oraux: a propos de trois grossesses non desiree chez trois malades*. *Revue française des maladies respiratoires*. 1975;2:174–82 (in French).
527. Hirsch A. [Letter: Sleeping pills]. *La Nouvelle presse médicale*. 1973;2:2957 (in French).
528. Kropp R. [Rifampicin and oral contraceptives (author's transl)]. *Praxis der Pneumologie vereinigt mit Der Tuberkulosearzt*. 1974;28:270–2 (in German).
529. Szoka PR, Edgren RA. Drug interactions with oral contraceptives: compilation and analysis of an adverse experience report database. *Fertil Steril*. 1988;49:s31–s8.
530. Skolnick JL, Stoler BS, Katz DB, Anderson WH. Rifampicin, oral contraceptives, and pregnancy. *JAMA*. 1976;236:1382.
531. Reimers D, Jezek A. [the simultaneous use of rifampicin and other antitubercular agents with oral contraceptives]. *Praxis der Pneumologie vereinigt mit Der Tuberkulosearzt*. 1971;25:255–62 (in German).
532. Piguet B, Muglioni JF, Chaline G. [Letter: Oral contraception and rifampicin]. *La Nouvelle presse médicale*. 1975;4:115–6 (in French).
533. Nocke-Finke L, Breuer H, Reimers D. [Effects of rifampicin on the menstrual cycle and on oestrogen excretion in patients taking oral contraceptives]. *Deutsche medizinische Wochenschrift*. 1973;98:1521–3 (in German).
534. Meyer B, Muller F, Wessels P, Maree J. A model to detect interactions between roxithromycin and oral contraceptives. *Clin Pharmacol Ther*. 1990;47:671–4.
535. LeBel M, Masson E, Guilbert E, Colborn D, Paquet F, Allard S, et al. Effects of rifabutin and rifampicin on the pharmacokinetics of ethinyloestradiol and norethindrone. *J Clin Pharmacol*. 1998;38:1042–50.

ТОЛЬКО ПРОГЕСТАГЕН-СОДЕРЖАЩИЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

2.7.2 Только прогестаген-содержащие контрацептивы**ТОЛЬКО ПРОГЕСТАГЕН-СОДЕРЖАЩИЕ ТАБЛЕТИРОВАННЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (ПСТ)**

ПСТ содержат только прогестаген, но не содержат эстрогена.

ТОЛЬКО ПРОГЕСТАГЕН-СОДЕРЖАЩИЕ ИНЪЕКЦИОННЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (ПСИК)

Эти контрацептивы включают депо медроксипрогестерона ацетата (ДМПА) и норэтистерон энантат (НЭТ-ЭН).

ПСИК подавляют созревание фолликулов и овуляцию. Дополнительный механизм действия заключается в уплотнении цервикальной слизи.

Ниже перечислены 3 инъекционных препарата:

1. ДМПА-ВМ = 150 мг ДМПА внутримышечно, вводить с интервалом в 3 месяца
2. ДМПА-ПК = 104 мг ДМПА подкожно, вводить с интервалом в 3 месяца
3. НЭТ-ЭН = 200 мг НЭТ-ЭН внутримышечно, вводить с интервалом в 2 месяца.

Выявленные доказательства, касающиеся возраста, ожирения, эндометриоза и ВИЧ-инфекции у женщин, получающих ДМПА-ПК, соответствуют существующим рекомендациям в отношении ДМПА-ВМ (1-12). Кроме того, оказалось, что ДМПА-ПК и ДМПА-ВМ являются терапевтически эквивалентными препаратами с одинаковыми профилями безопасности при их применении здоровыми женщинами (3, 5, 11). В ожидании дальнейших доказательств, Группа по разработке рекомендаций (GDG) пришла к заключению, что доказательства, представленные по ДМПА-ВМ, применимы для ДМПА-ПК, и, следовательно, применение ДМПА-ПК должно иметь те же категории, что ДМПА-ВМ; предписанные рекомендации следует рассматривать в качестве предварительных, которые будут пересматриваться после поступления новых данных.

ТОЛЬКО ПРОГЕСТАГЕН-СОДЕРЖАЩИЕ ИМПЛАНТЫ

Импланты, содержащие прогестаген, являются контрацептивами обратимого действия. Эти подкожные импланты равномерно высвобождают прогестаген и оказывают такое же действие, как другие ПСК, т.е. подавляют созревание фолликулов и овуляцию, и способствуют уплотнению цервикальной слизи. Различные типы имплантов, рассматриваемых в данном документе, следующие:

1. Левоноргестрел (ЛНГ): ЛНГ-содержащие импланты – это Норплант (Norplant®), Джаделл (Jadelle®) и Сино-имплант (II) (Sino-implant (II)®).

а) Норплант состоит из 6 капсул, каждая из которых содержит 36 мг ЛНГ, и вводится на срок 5 лет (снят с производства).

б) Джаделл состоит из 2-х капсул, каждая из которых содержит 75 мг ЛНГ, и вводится на 5 лет.

в) Сино-имплант (II) состоит из 2-х капсул, каждая из которых содержит 75 мг ЛНГ, и вводится на 5 лет.

2. Этоногестрел (ЭТГ): импланты, содержащие ЭТГ, – это Импланон (Implanon®) и Некспланон (Nexplanon®). Каждый из этих имплантов представляет собой одну капсулу, которая содержит 68 мг ЭТГ, и вводится на 3 года.

Не было обнаружено исследований с участием группы сравнения, которые могли бы представить прямые доказательства, касающиеся применения Сино-импланта (II) у женщин с заболеваниями, указанными в рекомендациях МЕС. Доказательства, полученные из 3-х исследований здоровых женщин, свидетельствуют о том, что Сино-имплант с позиции безопасности и фармакокинетики имеет такой же профиль, как и другие ЛНГ-содержащие импланты, без значительных побочных эффектов, таких как внематочная беременность или прекращение использования данного метода контрацепции в связи с возникшими медицинскими проблемами (13-15). По этой причине были использованы данные из исследований по безопасности других ЛНГ-содержащих имплантов со схожим с Сино-имплантом (II) химическим составом гормонов, профилем качества и ежедневно высвобождаемыми дозами гормонов. Группа по разработке рекомендаций (GDG) присвоила Сино-импланту (II) те же рекомендации, что и другим имплантам.

ТОЛЬКО ПРОГЕСТАГЕН-СОДЕРЖАЩИЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (ПСК)				
ПСК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск возникновения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.				
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = начало, П = продолжение			
	ПСТ	ДМПА/ НЭТ-ЭН	ЛНГ/ЭТГ	
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС: дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	ПСТ = только прогестаген-содержащие таблетки ЛНГ/ЭТГ = левоноргестрел и этногестрел (импланты) ДМПА = депо-медроксипрогестерона ацетат (инъекционный контрацептив) НЭТ-ЭН = норэтистерона энантат (инъекционный контрацептив)			
ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ				
БЕРЕМЕННОСТЬ	НП	НП	НП	НП = не применимо Пояснение: применение ПСК не требуется. При случайном применении ПСК во время беременности они не наносят никакого известного вреда женщине или плоду. Однако до сих пор остается неясным воздействие ДМПА на плод во время беременности.
ВОЗРАСТ				Доказательства: в большинстве исследований было обнаружено, что у женщин уменьшается минеральная плотность костной ткани (МПКТ) при использовании ДМПА, которая восстанавливается после прекращения его использования. Ограниченные доказательства свидетельствуют о зависимости между возникновением переломов и использованием ДМПА, однако в одном большом исследовании предполагается, что женщины, выбирающие ДМПА, могут иметь высокий риск переломов даже до начала применения данного метода контрацепции (16). Не ясно, возможно ли восстановление МПКТ до исходного уровня до наступления менопаузы у взрослых женщин, длительное время использовавших ДМПА, и возможно ли достижение пикового значения костной массы у женщин подросткового возраста после прекращения ДМПА. Взаимосвязь между этими изменениями МПКТ в течение репродуктивного возраста и последующих рисках переломов не известна. В целом, в исследованиях не обнаружено воздействия от применения ПСК (за исключением ДМПА) на МПКТ (5, 12, 16-60).
а) с менархе до < 18 лет	1	2	1	
б) с 18 до 45 лет	1	1	1	
в) > 45 лет	1	2	1	
ПАРИТЕТ				
а) нерожавшие	1	1	1	
б) рожавшие	1	1	1	

ТОЛЬКО ПРОГЕСТАГЕН-СОДЕРЖАЩИЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

ТОЛЬКО ПРОГЕСТАГЕН-СОДЕРЖАЩИЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (ПСК)				
ПСК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск возникновения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.				
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = начало, П = продолжение			
	ПСТ	ДМПА/ НЭТ-ЭН	ЛНГ/ЭТГ	
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС: дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	ПСТ = только прогестаген-содержащие таблетки ЛНГ/ЭТГ = левоноргестрел и этногестрел (импланты) ДМПА = депо-медроксипрогестерона ацетат (инъекционный контрацептив) НЭТ-ЭН = норэтистерона энантат (инъекционный контрацептив)			
ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ[†]				<p>Пояснение: есть опасения по поводу подверженности здоровья новорожденного воздействию инъекций ДМПА/НЭТ-ЭН в первые 6 недель после родов. Однако во многих медучреждениях существует высокий риск заболеваемости и смертности, связанный с беременностью, а доступ к медицинским услугам ограничен. В таких медучреждениях инъекции ДМПА/НЭТ-ЭН могут оказаться одним из немногих широкодоступных методов контрацепции для кормящих грудью женщин непосредственно после родов.</p> <p>Доказательства: прямое доказательство демонстрирует отсутствие вредного воздействия ПСК на процесс грудного вскармливания (61-109), а также в целом подтверждает отсутствие вредного воздействия на рост, здоровье и развитие новорожденного (74, 76, 89, 99); однако дизайн этих исследований нельзя считать адекватным для определения наличия риска воздействий в долгосрочной перспективе. Данные, полученные при исследованиях на животных, предполагают воздействие прогестерона на развитие мозга; однако неясно, возникает ли аналогичный эффект под воздействием прогестагенов. (110-112).</p>
а) < 6 недель после родов	2	3	2	
б) ≥ 6 недель до < 6 месяцев (преимущественно грудное вскармливание)	1	1	1	
в) ≥ 6 месяцев после родов	1	1	1	
ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД (для женщин, не кормящих грудью)				
а) < 21 дн.	1	1	1	
б) ≥ 21 дн.	1	1	1	
ПОСЛЕ АБОРТА				<p>Пояснение: применение ПСК можно начинать сразу после аборта.</p> <p>Доказательства: ограниченные доказательства предполагают отсутствие побочных эффектов при начале применения ЛНГ или НЭТ-ЭН имплантов после аборта в третьем триместре (113-116).</p>
а) в первом триместре	1	1	1	
б) во втором триместре	1	1	1	
в) сразу после септического аборта	1	1	1	
ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В АНАМНЕЗЕ*	2	1	1	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА В АНАМНЕЗЕ	1	1	1	

ТОЛЬКО ПРОГЕСТАГЕН-СОДЕРЖАЩИЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (ПСК)				
ПСК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск возникновения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.				
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = начало, П = продолжение			
	ПСТ	ДМПА/ НЭТ-ЭН	ЛНГ/ЭТГ	
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС: дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	ПСТ = только прогестаген-содержащие таблетки ЛНГ/ЭТГ = левоноргестрел и этногестрел (импланты) ДМПА = депо-медроксипрогестерона ацетат (инъекционный контрацептив) НЭТ-ЭН = норэтистерона энантат (инъекционный контрацептив)			
КУРЕНИЕ				
а) возраст < 35 лет	1	1	1	
б) возраст ≥ 35 лет				
i) < 15 сигарет в день	1	1	1	
ii) ≥ 15 сигарет в день	1	1	1	
ОЖИРЕНИЕ				
а) ИМТ 30 ≥ кг/м ²	1	1	1	Пояснение: имеются доказательства в различиях набора веса подростками с нормальным весом и с ожирением, которые применяли ДМПА, но среди тех, кто применял НЭТ-ЭН, таких различий не было. Однако инъекции НЭТ-ЭН имеют Категорию 2 из-за доказательства, касающегося потенциального воздействия НЭТ-ЭН на минеральную плотность костной ткани (МПКТ) у подростков (см. строку: Возраст). Доказательства: в большинстве случаев не обнаружено связи между весом взрослых женщин до начала исследования и весом, приобретенным ими при применении ДМПА по сравнению с женщинами, которые ДМПА не получали. Неоднозначны доказательства в отношении подростков, получавших ДМПА. В некоторых исследованиях отмечалось увеличение веса у пользователей с ожирением по сравнению с лицами с нормальным весом, а в других исследованиях эта связь не наблюдалась. Различие в методологических подходах к исследованиям может быть причиной разных результатов. Данные по другим методам ПСК и другим неблагоприятным исходам ограничены (10, 117-133).
б) менархе до < 18 лет и ИМТ ≥ 30 кг/м ²	1	2	1	
ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НЕДОСТУПНО	НП	НП	НП	НП = не применимо Пояснение: желательно измерить артериальное давление до начала применения ПСК. Однако в некоторых условиях измерение артериального давления недоступно, заболеваемость и смертность, связанные с беременностью, могут быть высоки, а ПСК могут быть наиболее доступными методами контрацепции. В этих условиях женщинам не следует отказываться от использования ПСК только по той причине, что нет возможности измерить артериальное давление.

ТОЛЬКО ПРОГЕСТАГЕН-СОДЕРЖАЩИЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

ТОЛЬКО ПРОГЕСТАГЕН-СОДЕРЖАЩИЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (ПСК)				
ПСК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск возникновения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.				
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = начало, П = продолжение			
	ПСТ	ДМПА/ НЭТ-ЭН	ЛНГ/ЭТГ	
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС: дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	ПСТ = только прогестаген-содержащие таблетки ЛНГ/ЭТГ = левоноргестрел и этоноргестрел (импланты) ДМПА = депо-медроксипрогестерона ацетат (инъекционный контрацептив) НЭТ-ЭН = норэтистерона энантат (инъекционный контрацептив)			
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ				
МНОЖЕСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (например: старший возраст, курение, диабет, гипертензия и установленная дислипидемия)	2	3	2	Пояснение: при наличии множественных факторов высокого риска может значительно увеличиться риск сердечно-сосудистых заболеваний. Некоторые ПСК могут способствовать увеличению риска тромбоза, хотя этот риск значительно меньше, чем при использовании комбинированных оральных контрацептивов (КОК). Действие ДМПА и НЭТ-ЭТ может продолжаться некоторое время после прекращения использования этих препаратов.
ГИПЕРТЕНЗИЯ* Классификация гипертензии по всем категориям в данном разделе подразумевает отсутствие каких-либо других факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. При наличии множественных факторов риск сердечно-сосудистого заболевания может существенно возрастать. Однократного измерения артериального давления недостаточно, чтобы считать женщину гипертоником.				
а) гипертензия в анамнезе, когда артериальное давление НЕВОЗМОЖНО оценить (включая гипертензию во время беременности)	2	2	2	Пояснение: желательно измерить артериальное давление до начала применения ПСК. Однако в некоторых условиях измерение артериального давления недоступно, заболеваемость и смертность, связанные с беременностью, могут быть высоки, а ПСК являются наиболее доступными методами контрацепции. В этих условиях женщинам не следует отказываться от использования ПСК только по той причине, что нет возможности измерить артериальное давление.
б) адекватно контролируемая гипертензия, при которой артериальное давление ВОЗМОЖНО оценить	1	2	1	Пояснение: женщины, которым проводилось адекватное лечение гипертензии имеют меньший риск острого инфаркта миокарда (ИМ) и инсульта по сравнению с женщинами, не получавшими лечение. Несмотря на то, что подтверждающих данных нет, предполагается, что пользователи ПСИК с адекватно контролируемой и наблюдаемой гипертензией подвержены меньшему риску острого ИМ и инсульта по сравнению с пользователями ПСИК, не получающими терапии по поводу гипертензии.
в) повышенное артериальное давление (измеренное надлежащим образом)				Доказательства: ограниченные доказательства свидетельствуют, что женщины с гипертензией, использовавшие ПСТ или ПСИК имели незначительно повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний по сравнению с женщинами, не применявшими эти методы контрацепции (134).
i) систолическое 140–159 мм рт. ст. или диастолическое 90–99 мм рт. ст.	1	2	1	
ii) систолическое ≥ 160 мм рт. ст. или диастолическое ≥ 100 мм рт. ст.	2	3	2	
г) сосудистые заболевания	2	3	2	

ТОЛЬКО ПРОГЕСТАГЕН-СОДЕРЖАЩИЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (ПСК)				
ПСК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск возникновения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.				
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = начало, П = продолжение			
	ПСТ	ДМПА/ НЭТ-ЭН	ЛНГ/ЭТГ	
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС: дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	ПСТ = только прогестаген-содержащие таблетки ЛНГ/ЭТГ = левоноргестрел и этногестрел (импланты) ДМПА = депо-медроксипрогестерона ацетат (инъекционный контрацептив) НЭТ-ЭН = норэтистерона энантат (инъекционный контрацептив)			
ВЫСОКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ В АНАМНЕЗЕ (если в настоящее время артериальное давление возможно измерить и оно нормальное)	1	1	1	
ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН (ТГВ)/ ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ (ТЭЛА)*				
а) ТГВ/ТЭЛА в анамнезе	2	2	2	Доказательство: нет прямых доказательств в отношении применения ПСК женщинами с ТГВ/ТЭЛА, получающими антикоагулянтную терапию. Несмотря на то, что доказательства риска венозного тромбоза при применении ПСК в остальном здоровыми женщинами неоднозначны, любой незначительно повышенный риск существенно ниже, чем при применении КОК (134-136). Ограниченные доказательства свидетельствуют, что применение ДМПА-ВМ женщинами, получающими постоянную антикоагулянтную терапию, не сопряжены с серьезным риском образования гематомы в месте инъекции или с риском тяжелых или нерегулярных кровотечений из половых путей (137, 138).
б) острые ТГВ/ТЭЛА	3	3	3	
в) ТГВ/ТЭЛА и антикоагулянтная терапия	2	2	2	
г) семейный анамнез (у ближайших родственников)	1	1	1	
д) большое хирургическое вмешательство				
i) с длительной иммобилизацией	2	2	2	
ii) без длительной иммобилизации	1	1	1	
е) малое хирургическое вмешательство без иммобилизации	1	1	1	
УСТАНОВЛЕННЫЕ ТРОМБОГЕННЫЕ МУТАЦИИ (например: мутации фактора V/Лейден; протромбина; дефицит протеина S, протеина C и антитромбина)	2	2	2	

ТОЛЬКО ПРОГЕСТАГЕН-СОДЕРЖАЩИЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

ТОЛЬКО ПРОГЕСТАГЕН-СОДЕРЖАЩИЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (ПСК)					
ПСК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск возникновения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.					
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ				ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = начало, П = продолжение				
	ПСТ	ДМПА/ НЭТ-ЭН	ЛНГ/ЭТГ		
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС: дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	ПСТ = только прогестаген-содержащие таблетки ЛНГ/ЭТГ = левоноргестрел и этоноргестрел (импланты) ДМПА = депо-медроксипрогестерона ацетат (инъекционный контрацептив) НЭТ-ЭН = норэтистерона энантат (инъекционный контрацептив)				
ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН					
а) варикозное расширение вен	1	1	1		
б) тромбоз поверхностных вен	1	1	1		
ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ИЛИ В АНАМНЕЗЕ*	Н	П		Н	П
	2	3	3	2	3
ИНСУЛЬТ*(острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе)	Н	П		Н	П
	2	3	3	2	3
УСТАНОВЛЕННАЯ ДИСЛИПИДЕМИЯ БЕЗ ДРУГИХ ИЗВЕСТНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	2	2	2		Пояснение: рутинный скрининг нецелесообразен ввиду редкости данных состояний и высокой стоимости скрининга.
ПОРОК СЕРДЦА					
а) неосложненный	1	1	1		
б) осложненный (легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый септический эндокардит в анамнезе)	1	1	1		
РЕВМАТИЧЕСКИЕ болезни					
СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА (СКВ)*					
У лиц, страдающих СКВ, повышен риск ишемической болезни сердца, инсульта и венозного тромбоза (ВТЭ). Если у женщины, больной СКВ, есть одно из названных заболеваний сердечно-сосудистой системы, следует руководствоваться теми же категориями, которые указаны в МЕС для данных заболеваний. Классификация СКВ по всем категориям в данном разделе подразумевает отсутствие каких-либо других факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний; при наличии факторов риска классификация должна быть соответствующим образом изменена. Имеющиеся доказательства указывают на то, что многие женщины с СКВ могут применять большинство методов контрацепции, включая методы гормональной контрацепции (139-156).					
а) наличие антифосфолипидных антител (или их наличие не определялось)	3	Н	П	3	Доказательство: наличие антифосфолипидных тел связано с повышенным риском как артериального, так и венозного тромбоза (157-159).
		3	3		
б) тяжелая тромбоцитопения	2	3	2	2	
в) иммуносупрессивная терапия	2	2	2	2	
г) ничего из вышеперечисленного	2	2	2	2	

ТОЛЬКО ПРОГЕСТАГЕН-СОДЕРЖАЩИЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (ПСК)							
ПСК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск возникновения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.							
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА			
	Н = начало, П = продолжение						
	ПСТ	ДМПА/ НЭТ-ЭН	ЛНГ/ЭТГ				
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС: дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	ПСТ = только прогестаген-содержащие таблетки ЛНГ/ЭТГ = левоноргестрел и этоноргестрел (импланты) ДМПА = депо-медроксипрогестерона ацетат (инъекционный контрацептив) НЭТ-ЭН = норэтистерона энантат (инъекционный контрацептив)						
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ							
ГОЛОВНЫЕ БОЛИ*	Н	П	Н	П	Н	П	Пояснение: классификация по категориям зависит от точности дифференциальной диагностики тяжелых мигренозных и немигренозных головных болей. При появлении новой головной боли или любом заметном изменении характера головной боли необходимо обследование. Классификация предполагает отсутствие каких-либо других факторов риска инсульта. Риск инсульта увеличивается с возрастом, при гипертензии и курении.
а) немигренозные (умеренные или тяжелые)	1	1	1	1	1	1	
б) мигрень							
i) без ауры							
возраст < 35 лет	1	2	2	2	2	2	
возраст ≥ 35 лет	1	2	2	2	2	2	
ii) с аурой, в любом возрасте	2	3	2	3	2	3	
ЭПИЛЕПСИЯ	1		1		1		Пояснение: Если женщина принимает противосудорожные препараты, см. последний раздел данной таблицы о лекарственных взаимодействиях. Некоторые антиконвульсанты снижают эффективность ПСК.
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА							
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА	1		1		1		Пояснение: классификация основана на данных о женщинах с отдельными депрессивными расстройствами. Нет данных о биполярных расстройствах или послеродовой депрессии. Существует потенциальная возможность лекарственного взаимодействия между некоторыми антидепрессантами и гормональными контрацептивами. Доказательства: использование ПСК не усугубляет симптомы депрессивного состояния у женщин с депрессивными расстройствами (160-163).
ИНФЕКЦИИ И ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ							
КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ*							Пояснение: необычно обильное кровотечение должно вызывать подозрение о наличии серьезного заболевания.
а) нерегулярные, умеренные	2		2		2		
б) обильные или продолжительные кровотечения (регулярные и нерегулярные)	2		2		2		

ТОЛЬКО ПРОГЕСТАГЕН-СОДЕРЖАЩИЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

ТОЛЬКО ПРОГЕСТАГЕН-СОДЕРЖАЩИЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (ПСК)				
ПСК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск возникновения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.				
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = начало, П = продолжение			
	ПСТ	ДМПА/ НЭТ-ЭН	ЛНГ/ЭТГ	
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС: дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	ПСТ = только прогестаген-содержащие таблетки ЛНГ/ЭТГ = левоноргестрел и этногестрел (импланты) ДМПА = депо-медроксипрогестерона ацетат (инъекционный контрацептив) НЭТ-ЭН = норэтистерона энантат (инъекционный контрацептив)			
КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА* (подозрение на серьезное заболевание)				Пояснение: при подозрении на беременность или патологическое состояние (например, злокачественную опухоль), необходимо провести обследование, а затем уточнить категорию.
До обследования	2	3	3	
ЭНДОМЕТРИОЗ	1	1	1	
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯЧИННИКОВ (а также кисты)	1	1	1	
ТЯЖЕЛАЯ ДИСМЕНОРЕЯ	1	1	1	
ГЕСТАЦИОННАЯ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ				
а) снижающийся или неопределяемый уровень бета-ХГЧ	1	1	1	
б) постоянно повышенный уровень бета-ХГЧ или злокачественное заболевание	1	1	1	
ЭКТРОПИОН ШЕЙКИ МАТКИ	1	1	1	
ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ (CIN)	1	2	2	Доказательство: У женщин с персистирующим вирусом папилломы человека (ВПЧ) длительное применение ДМПА (≥ 5 лет) может увеличить риск развития неинвазивной и инвазивной карциномы (164).
РАК ШЕЙКИ МАТКИ* (предстоящая терапия)	1	2	2	
ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ*				Пояснение: Следует незамедлительно провести обследование.
а) опухолевидное образование неустановленного характера	2	2	2	
б) доброкачественное заболевание молочной железы	1	1	1	
в) семейный анамнез рака	1	1	1	
г) рак молочной железы				
i) в настоящий момент	4	4	4	
ii) в анамнезе, без признаков рецидива в течение 5 лет наблюдения	3	3	3	

ТОЛЬКО ПРОГЕСТАГЕН-СОДЕРЖАЩИЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (ПСК)				
ПСК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск возникновения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.				
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = начало, П = продолжение			
	ПСТ	ДМПА/ НЭТ-ЭН	ЛНГ/ЭТГ	
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС: дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	ПСТ = только прогестаген-содержащие таблетки ЛНГ/ЭТГ = левоноргестрел и этоноргестрел (импланты) ДМПА = депо-медроксипрогестерона ацетат (инъекционный контрацептив) НЭТ-ЭН = норэтистерона энантат (инъекционный контрацептив)			
РАК ЭНДОМЕТРИЯ*	1	1	1	
РАК ЯИЧНИКА*	1	1	1	
МИОМА МАТКИ*				
а) без деформации полости матки	1	1	1	
б) с деформацией полости матки	1	1	1	
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ)*				
а) ВЗОМТ в анамнезе (при условии отсутствия рисков ИППП в настоящее время)				
i) с последующей беременностью	1	1	1	
ii) без последующей беременности	1	1	1	
б) ВЗОМТ в настоящее время	1	1	1	
ИППП				
а) гнойный цервицит, хламидийная инфекция или гонорея в настоящее время	1	1	1	Доказательство: доказательство предполагает, что может увеличиться риск хламидийного цервицита у женщин с высоким риском ИППП, применяющих ДМПА. В отношении других ИППП либо имеются доказательства, свидетельствующие об отсутствии связи между использованием ДМПА и заражением ИППП, либо доказательств недостаточно для того, чтобы сделать какие-либо заключения. Нет доказательств по использованию других ПСК (165-172).
б) другие ИППП (за исключением ВИЧ и гепатита)	1	1	1	
в) вагинит (включая трихомонадный вагинит и бактериальный вагиноз)	1	1	1	
г) повышенный риск ИППП	1	1	1	

ТОЛЬКО ПРОГЕСТАГЕН-СОДЕРЖАЩИЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

ТОЛЬКО ПРОГЕСТАГЕН-СОДЕРЖАЩИЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (ПСК)				
ПСК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск возникновения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.				
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = начало, П = продолжение			
	ПСТ	ДМПА/ НЭТ-ЭН	ЛНГ/ЭТГ	
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС: дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	ПСТ = только прогестаген-содержащие таблетки ЛНГ/ЭТГ = левоноргестрел и этоноргестрел (импланты) ДМПА = депо-медроксипрогестерона ацетат (инъекционный контрацептив) НЭТ-ЭН = норэтистерона энантат (инъекционный контрацептив)			
ВИЧ/СПИД				
ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	1	1	1	Пояснения/доказательства см. ниже
<p>Пояснение для высокого риска ВИЧ-инфекции: Доступные исследования о связи между использованием ПСИК и заражением ВИЧ имеют серьезные методологические ограничения, препятствующие их интерпретации. Некоторые исследования предполагают, что женщины, использующие ПСИК, имеют повышенный риск заражения ВИЧ; в других исследованиях этой связи не обнаружено. Влияние на общественное здоровье любой подобной взаимосвязи будет зависеть от местного контекста, включая частоту использования инъекционных контрацептивов, материнскую смертность и распространенность ВИЧ. Это следует учитывать при адаптации содержания руководств к местному контексту. Экспертные группы ВОЗ продолжают активно отслеживать появление новых доказательств. На совещании Группы по разработке рекомендаций в марте 2014 года, а также во время технической консультации в январе-феврале 2012 года с целью пересмотра рекомендаций МЕС, касающихся применения гормональных контрацептивов женщинами с высоким риском ВИЧ или инфицированными ВИЧ (см. часть 1, раздел 1.2), на основе имеющихся эпидемиологических данных было согласовано решение об отсутствии необходимости внести изменения в рекомендации МЕС. Учитывая важность этого вопроса, женщины с высоким риском ВИЧ-инфекции должны быть информированы о том, что применение ПСИК могут как увеличить риск приобретения ВИЧ, так и не влиять на него. Женщины и пары с высоким риском инфицирования ВИЧ, рассматривающие возможность использования ПСИК, также должны быть информированы об этом и иметь доступ к мерам профилактики ВИЧ-инфекции, включая использование мужских и женских презервативов.</p> <p>Доказательства для высокого риска ВИЧ-инфекции: в 5 исследованиях, которые считаются «информативными, но с серьезными ограничениями», дана оценка применению инъекционных контрацептивов НЭТ-ЭТ (173). Четыре из этих исследований не обнаружили статистически значимой связи между их использованием и инфицированием ВИЧ (174-177); в то же время одно из них выявило такую связь (178). В девяти исследованиях проводилась оценка ДМПА (или, при отсутствии результатов исследований для ДМПА, была дана оценка неуточненных инъекционных контрацептивов). Эти исследования считались «информативными, но с серьезными ограничениями» (173). Были получены смешанные результаты: 3 исследования показали значительное увеличение риска (178-180); одно из них продемонстрировало увеличение риска при использовании одной статистической модели, но эта связь оказалась статистически незначимой при использовании другой статистической модели (181, 182); и 5 исследований не показали значительного увеличения риска (174-177, 183). В двух исследованиях оценивались импланты, одно из них было классифицировано как исследование с «низкой вероятностью получения ответа на главный вопрос исследования (173, 184). Ни в одном из этих исследований не сообщалось о статистически значимом увеличении риска заражения ВИЧ, однако доверительные интервалы были широкими (184, 185).</p>				

ТОЛЬКО ПРОГЕСТАГЕН-СОДЕРЖАЩИЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (ПСК)

ПСК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск возникновения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.

СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = начало, П = продолжение			
	ПСТ	ДМПА/ НЭТ-ЭН	ЛНГ/ЭТГ	
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС: дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	ПСТ = только прогестаген-содержащие таблетки ЛНГ/ЭТГ = левоноргестрел и этоноргестрел (импланты) ДМПА = депо-медроксипрогестерона ацетат (инъекционный контрацептив) НЭТ-ЭН = норэтистерона энантат (инъекционный контрацептив)			
БЕССИМПТОМНОЕ ИЛИ ЛЕГКОЕ ТЕЧЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ (1-я или 2-я СТАДИЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ)	1	1	1	Пояснения/доказательства см. ниже
ТЯЖЕЛАЯ ИЛИ ПОЗДНЯЯ СТАДИЯ СПИД (3-я или 4-я СТАДИЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ)	1	1	1	

Пояснение для бессимптомного или легкого течения ВИЧ-инфекции (1-я или 2-я стадия по классификации ВОЗ) и тяжелой или поздней стадии СПИД (3-я или 4-я стадия по классификации ВОЗ): в связи с тем, что может возникнуть лекарственное взаимодействие между гормональными контрацептивами и антиретровирусной терапией (АРТ), см. последний раздел данной таблицы о лекарственных взаимодействиях.

Доказательства для бессимптомного или легкого течения ВИЧ-инфекции (1-я или 2-я стадия по классификации ВОЗ) и тяжелой или поздней стадии СПИД (3-я или 4-я стадия по классификации ВОЗ): из 6 доступных исследований 5 не предполагают связи между использованием ПСИК и прогрессированием ВИЧ на основе оценки таких показателей как CD4 < 200 клеток/мм³, время начала антиретровирусной терапии (АРВ) или смертность (186-190). Одно рандомизированное исследование обнаружило увеличение риска комбинированного исхода (снижение CD4 и смерть) у лиц, применявших оральные контрацептивы (КОК и ПСТ) по сравнению с теми, кто использовал медь-содержащие ВМК. Однако это исследование было проведено со значительными потерями пациенток из-под наблюдения и с переходом от данного метода контрацепции к другому, что ограничивало интерпретацию результатов (188, 191). В одном исследовании не было обнаружено разницы в инициации АРТ или в показателях CD4 между теми, кто использовал, и кто не использовал ЛНГ-ВМК (192). Два проспективных наблюдательных исследования проводили прямую оценку воздействия различных методов контрацепции на передачу ВИЧ от женщины к мужчине путем определения сероконверсии у мужчин-партнеров ВИЧ-инфицированных женщин, использующих гормональные контрацептивы. В одном исследовании сообщалось о статистически значимой связи между использованием ПСИК и передачей ВИЧ от женщины к мужчине (180), в то время как другое исследование не обнаружило статистически значимой связи между использованием ДМПА и передачей ВИЧ от женщины к мужчине (184). В ходе исследований, которые косвенно оценивали воздействие различных методов гормональной контрацепции на передачу ВИЧ от женщины к мужчине посредством оценки выделения вируса в половых путях как критерия вероятности ВИЧ-инфицирования, были получены смешанные результаты. Большинство исследований, косвенно изучавших влияние различных методов гормональной контрацепции на вирусную нагрузку ВИЧ, не обнаружили никакого влияния (189, 193-207).

ТОЛЬКО ПРОГЕСТАГЕН-СОДЕРЖАЩИЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

ТОЛЬКО ПРОГЕСТАГЕН-СОДЕРЖАЩИЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (ПСК)				
ПСК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск возникновения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.				
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = начало, П = продолжение			
	ПСТ	ДМПА/ НЭТ-ЭН	ЛНГ/ЭТГ	
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС: дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	ПСТ = только прогестаген-содержащие таблетки ЛНГ/ЭТГ = левоноргестрел и этногестрел (импланты) ДМПА = депо-медроксипрогестерона ацетат (инъекционный контрацептив) НЭТ-ЭН = норэтистерона энантат (инъекционный контрацептив)			
ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ				
ШИСТОСОМОЗ				
а) неосложненный	1	1	1	Доказательства: у женщин с неосложненным шистосомозом ограниченные доказательства свидетельствуют, что использование метода ДМПА не оказывает отрицательного действия на функцию печени (208).
б) фиброз печени (при тяжелой форме см. цирроз)	1	1	1	
ТУБЕРКУЛЕЗ				
а) экстрагенитальный	1	1	1	Пояснение: если женщина принимает рифампицин, см. последний раздел данной таблицы о лекарственных взаимодействиях. По-видимому, рифампицин снижает эффективность некоторых ПК.
б) внутренних половых органов	1	1	1	
МАЛЯРИЯ	1	1	1	
ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ				
САХАРНЫЙ ДИАБЕТ*				
а) гестационный диабет в анамнезе	1	1	1	Доказательства: согласно данным двух небольших исследований, ПСК не оказывают негативного воздействия на уровень липидов в сыворотке крови у женщин с гестационным диабетом в анамнезе (209, 210). Имеются лишь ограниченные и противоречивые доказательства развития инсулинонезависимого диабета у женщин с гестационным диабетом в анамнезе, использующих ПСК (211-214).
б) без поражения сосудов				
i) инсулинонезависимый	2	2	2	Доказательства: ограниченные доказательства использования женщинами с инсулинонезависимым или инсулинозависимым диабетом методов контрацепции, содержащих только прогестаген (ПСТ, инъекционных контрацептивов ДМПА, имплантов ЛНГ), предполагает, что эти методы имеют незначительное воздействие на контроль диабета в краткосрочной или долгосрочной перспективе (например, на уровень гликированного гемоглобина HbA1c), гемостатические маркеры или липидный профиль (215-218).
ii) инсулинозависимый	2	2	2	
в) нефропатия/ретинопатия/нейропатия)	2	3	2	
г) другие сосудистые заболевания или длительность диабета > 20 лет	2	3	2	

ТОЛЬКО ПРОГЕСТАГЕН-СОДЕРЖАЩИЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (ПСК)				
ПСК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск возникновения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.				
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = начало, П = продолжение			
	ПСТ	ДМПА/ НЭТ-ЭН	ЛНГ/ЭТГ	
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС: дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	ПСТ = только прогестаген-содержащие таблетки ЛНГ/ЭТГ = левоноргестрел и этоноргестрел (импланты) ДМПА = депо-медроксипрогестерона ацетат (инъекционный контрацептив) НЭТ-ЭН = норэтистерона энантат (инъекционный контрацептив)			
БОЛЕЗНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ				
а) простой зоб	1	1	1	
б) гипертиреоз	1	1	1	
в) гипотиреоз	1	1	1	
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА				
ЗАБОЛЕВАНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ				
а) симптомное				
i) хирургическое лечение (холецистэктомия)	2	2	2	
ii) лекарственная терапия	2	2	2	
iii) в настоящее время	2	2	2	
б) бессимптомное	2	2	2	
ХОЛЕСТАЗ В АНАМНЕЗЕ*				
а) связанный с беременностью	1	1	1	
б) связанный с приемом КОК в прошлом	2	2	2	
ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ				
а) острый или с обострениями заболевания	1	1	1	
б) носительство	1	1	1	
в) хронический	1	1	1	
ЦИРРОЗ				
а) легкий (компенсированный)	1	1	1	
б) тяжелый (декомпенсированный)	3	3	3	

ТОЛЬКО ПРОГЕСТАГЕН-СОДЕРЖАЩИЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

ТОЛЬКО ПРОГЕСТАГЕН-СОДЕРЖАЩИЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (ПСК)				
ПСК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск возникновения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.				
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = начало, П = продолжение			
	ПСТ	ДМПА/ НЭТ-ЭН	ЛНГ/ЭТГ	
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС: дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	ПСТ = только прогестаген-содержащие таблетки ЛНГ/ЭТГ = левоноргестрел и этногестрел (импланты) ДМПА = депо-медроксипрогестерона ацетат (инъекционный контрацептив) НЭТ-ЭН = норэтистерона энантат (инъекционный контрацептив)			
ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ*				
а) доброкачественные				
i) очаговая узловая гиперплазия	2	2	2	Доказательства: ограниченные прямые доказательства свидетельствуют о том, что использование гормональных контрацептивов не влияет ни на прогрессию, ни на регрессию очагов у женщин с очаговой узловой гиперплазией печени (219-221).
ii) гепатоцеллюлярная аденома	3	3	3	
б) злокачественная (гепатома)	3	3	3	
АНЕМИИ				
ТАЛАССЕМИЯ	1	1	1	
СЕРПОВИДНО-КЛЕТОЧНАЯ АНЕМИЯ	1	1	1	Доказательства: использование ПК женщинами с серповидно-клеточной анемией не оказывало неблагоприятного воздействия на гематологические параметры, а в некоторых исследованиях благоприятно влияло на клинические симптомы (222-229).
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ*	1	1	1	

ТОЛЬКО ПРОГЕСТАГЕН-СОДЕРЖАЩИЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (ПСК)

ПСК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск возникновения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.

СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = начало, П = продолжение			
	ПСТ	ДМПА/ НЭТ-ЭН	ЛНГ/ЭТГ	
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС: дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	ПСТ = только прогестаген-содержащие таблетки ЛНГ/ЭТГ = левоноргестрел и этоноргестрел (импланты) ДМПА = депо-медроксипрогестерона ацетат (инъекционный контрацептив) НЭТ-ЭН = норэтистерона энантат (инъекционный контрацептив)			

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ (АРТ)				
а) нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ)				
абакавир (АВС)	1	1	1	Доказательства: по-видимому, нет значительного риска взаимодействия НИОТ с гормональными методами контрацепции (230, 231).
тенофовир (ТДФ)	1	1	1	
зидовудин (АЗТ)	1	1	1	
ламивудин (ЗТС)	1	1	1	
диданозин (ДДИ)	1	1	1	
эмтрицитабин (ЕТС)	1	1	1	
ставудин (Д4Т)	1	1	1	
б) ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ)				
эфапиренз (ЕФВ)	2	ДМПА=1 НЭТ-ЭН=2	2	Пояснение: антиретровирусные препараты обладают потенциалом либо уменьшать, либо увеличивать уровни стероидных гормонов у женщин, использующих гормональные контрацептивы. Фармакокинетические данные предполагают потенциальное лекарственное взаимодействие некоторых антиретровирусных препаратов (особенно некоторых ННИОТ и усиленных ритонавиром ингибиторов протеазы) с некоторыми гормональными контрацептивами. Эти взаимодействия могут уменьшить эффективность гормональных контрацептивов. Доказательства: одно ретроспективное исследование карт женщин, получающих эфапиренз-содержащую АРТ, выявило высокие показатели неэффективности имплантов ЛНГ (232). Основываясь в основном на фармакокинетических данных, можно предположить, что ННИОТ не влияют на эффективность ДМПА, и наоборот (233, 234).
этравирин (ЕТР)	1	1	1	
невирапин (НВП)	2	ДМПА=1 НЭТ-ЭН=2	2	
рилпивириин (РПВ)	1	1	1	

ПСК

ТОЛЬКО ПРОГЕСТАГЕН-СОДЕРЖАЩИЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

ТОЛЬКО ПРОГЕСТАГЕН-СОДЕРЖАЩИЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (ПСК)				
ПСК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск возникновения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.				
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = начало, П = продолжение			
	ПСТ	ДМПА/ НЭТ-ЭН	ЛНГ/ЭТГ	
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС: дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	ПСТ = только прогестаген-содержащие таблетки ЛНГ/ЭТГ = левоноргестрел и этногестрел (импланты) ДМПА = депо-медроксипрогестерона ацетат (инъекционный контрацептив) НЭТ-ЭН = норэтистерона энантат (инъекционный контрацептив)			
в) ингибиторы протеазы (ИП) Атазанавир, усиленный ритонавиром (atv/r) Лопинавир, усиленный ритонавиром (lpv/r) Дарунавир, усиленный ритонавиром (drv/r) Ритонавир (rtv)	2 2 2 2	ДМПА=1 НЭТ-ЭН=2 ДМПА=1 НЭТ-ЭН=2 ДМПА=1 НЭТ-ЭН=2 ДМПА=1 НЭТ-ЭН=2	2 2 2 2	Пояснение: антиретровирусные препараты обладают потенциалом либо уменьшать, либо увеличивать уровни стероидных гормонов у женщин, использующих гормональные контрацептивы. Фармакокинетические данные предполагают потенциальное лекарственное взаимодействие некоторых антиретровирусных препаратов (особенно некоторых ННИОТ и усиленных ритонавиром ингибиторов протеазы) с некоторыми гормональными контрацептивами. Эти взаимодействия могут уменьшить эффективность гормонального контрацептива. Доказательства: фармакокинетические данные предполагают уменьшение уровня прогестагена при использовании КОК в сочетании с ритонавиром и усиленными ритонавиром ингибиторами протеазы (235, 236). Применение комбинированного контрацептивного пластыря в сочетании с упомянутыми препаратами приводило к увеличению уровня прогестагена (237). Одно исследование обнаружило более высокий уровень прогестагена при применении ингибитора протеазы женщинами, использующими ПСК (238). Основываясь в основном на фармакокинетических данных, вероятно, что ННИОТ не влияют на эффективность ДМПА, и наоборот (233, 234).
г) ингибиторы интегразы ралтегравир (RAL)	1		1	Доказательства: судя по всему, ингибитор интегразы ралтегравир не взаимодействует с норэргестромином-содержащими КОК (239, 240).

ТОЛЬКО ПРОГЕСТАГЕН-СОДЕРЖАЩИЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (ПСК)				
ПСК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск возникновения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.				
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = начало, П = продолжение			
	ПСТ	ДМПА/ НЭТ-ЭН	ЛНГ/ЭТГ	
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС: дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	ПСТ = только прогестаген-содержащие таблетки ЛНГ/ЭТГ = левоноргестрел и этногестрел (импланты) ДМПА = депо-медроксипрогестерона ацетат (инъекционный контрацептив) НЭТ-ЭН = норэтистерона энантат (инъекционный контрацептив)			
ПРОТИВОСУДОРОЖНАЯ ТЕРАПИЯ а) некоторые противосудорожные препараты (фенитоин, карбамазепин, барбитураты, примидон, топирамат, окскарбазепин)	3	ДМПА=1 НЭТ-ЭН=2	2	Пояснение: Несмотря на то, что взаимодействие определенных противосудорожных препаратов с ПСТ, НЭТ-ЭН и имплантами ЛНГ/ЭТГ не приносит вреда женщинам, оно может снижать эффективность перечисленных контрацептивов. Остается неизвестным, устраняет ли эту проблему увеличение дозы гормона в ПСТ. Следует рекомендовать использование других контрацептивов женщинам, которые длительно применяют какой-либо из этих противосудорожных препаратов. Использованию ДМПА присвоена Категория 1, т.к. его эффективность не снижается при применении определенных противосудорожных препаратов. Доказательства: применение определенных противосудорожных препаратов может уменьшить эффективность ПСК (241-243).
б) ламотригин	1	1	1	Доказательства: не было сообщений о лекарственном взаимодействии у женщин с эпилепсией, которые принимали ламотригин и использовали ПСК (244).

ТОЛЬКО ПРОГЕСТАГЕН-СОДЕРЖАЩИЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

ТОЛЬКО ПРОГЕСТАГЕН-СОДЕРЖАЩИЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ (ПСК)				
ПСК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск возникновения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.				
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = начало, П = продолжение			
	ПСТ	ДМПА/ НЭТ-ЭН	ЛНГ/ЭТГ	
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС: дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	ПСТ = только прогестаген-содержащие таблетки ЛНГ/ЭТГ = левоноргестрел и этоноргестрел (импланты) ДМПА = депо-медроксипрогестерона ацетат (инъекционный контрацептив) НЭТ-ЭН = норэтистерона энантат (инъекционный контрацептив)			
АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ				
а) антибиотики широкого спектра действия	1	1	1	
б) противогрибковые препараты	1	1	1	
в) антипаразитарные препараты	1	1	1	
г) терапия рифампицином или рифабутином	3	ДМПА=1 НЭТ-ЭН=2	2	Пояснение: Несмотря на то, что взаимодействие рифампицина или рифабутина с ПСТ, инъекционными контрацептивами НЭТ-ЭН и имплантами ЛНГ/ЭТГ не приносит вреда женщинам, можно предположить снижение эффективности перечисленных контрацептивных средств. Остается неизвестным, снимает ли эту проблему увеличение дозы гормона в ПСТ. Следует рекомендовать использование других контрацептивов женщинам, которые длительно применяют какой-либо из этих препаратов. Использованию ДМПА присвоена Категория 1, т.к. его эффективность не уменьшается при применении рифампицина или рифабутина.

РЕКОМЕНДАЦИИ, ПЕРЕСМОТРЕННЫЕ ДЛЯ 5-ГО ИЗДАНИЯ

Эти рекомендации были пересмотрены в соответствии с требованиями ВОЗ по разработке рекомендаций в рамках подготовки 5-го издания «Медицинских критериев приемлемости для использования методов контрацепции» (МЕС). Вопросы, связанные с популяцией, вмешательством, контролем исходами (PICO), разработанные Группой по разработке рекомендаций (GDG), а также базы данных, изученные с целью поиска доказательств и подготовки систематических обзоров, описаны более подробно в 1-й части данного документа. Кроме того, профайлы доказательств GRADE, общая оценка качества доказательств GRADE, резюме доказательств, поддерживающих рекомендации, а также другие дополнительные замечания Группы по разработке рекомендаций, касающиеся рекомендаций, изложены в 1-й части.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОММЕНТАРИИ**ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В АНАМНЕЗЕ**

При использовании ПСТ отмечается более высокая частота возникновения внематочной беременности по сравнению с использованием других ПСК, тем не менее она ниже, чем при неприменении любого метода контрацепции. Таблетки, содержащие 75 мкг десогестрела подавляют овуляцию в большинстве циклов, что предполагает низкий риск внематочной беременности.

ГИПЕРТЕНЗИЯ

Сосудистое заболевание: есть опасения по поводу гипоэстрогенных эффектов и уменьшения уровня липопротеинов высокой плотности (ЛВП), особенно у тех женщин, которые используют ДМПА и НЭТ-ЭН. Однако в отношении ПСК или имплантов ЛНГ/ЭТГ эти опасения наименьшие. Действие ДМПА и НЭТ-ЭН может сохраняться в течение некоторого времени после прекращения применения этих препаратов.

ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН/ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Женщинам с кистами яичника с кровоизлияниями (апоплексией) в анамнезе, получающим антикоагулянтную терапию, использование ДМПА может оказаться полезным.

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ИЛИ В АНАМНЕЗЕ

Есть опасения по поводу гипоэстрогенных эффектов и уменьшения уровня липопротеинов высокой плотности, особенно среди женщин, использующих ДМПА и НЭТ-ЭН. Однако в отношении ПСТ и имплантов ЛНГ/ЭТГ эти опасения незначительны. Действие ДМПА и НЭТ-ЭН может сохраняться в течение некоторого времени после прекращения их применения.

ИНСУЛЬТ

Есть опасения по поводу гипоэстрогенных эффектов и уменьшения уровня липопротеинов высокой плотности, особенно у женщин, использующих ДМПА и НЭТ-ЭН. Однако в отношении ПСТ и имплантов ЛНГ/ЭТГ эти опасения незначительны. Действие ДМПА и НЭТ-ЭН может сохраняться в течение некоторого времени после прекращения их применения.

СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА (СКВ)

Тяжелая тромбоцитопения увеличивает риск кровотечения. ПСК могут оказаться полезными в лечении меноррагии у женщин с тяжелой тромбоцитопенией. Однако учитывая более обильное и неравномерное кровотечение, которое может наблюдаться в начале применения ДМПА, и необратимость его действия в течение 11-13 недель после введения, инициация использования этого метода у женщин с острой тромбоцитопенией должна проводиться с осторожностью.

ГОЛОВНЫЕ БОЛИ

Аура является специфичным очаговым неврологическим симптомом. Более подробно об этом и других диагностических критериях см.: Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd edition. Cephalalgia. 2004;24(Suppl 1):1-150.¹⁰

Есть опасения по поводу того, что сильные головные боли могут усугубляться на фоне использования НЭТ-ЭН, ДМПА и имплантов. Действие НЭТ-ЭН и ДМПА может сохраняться в течение некоторого времени после прекращения их применения.

КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ

Нерегулярные менструальные кровотечения нередки у здоровых женщин. Использование ПСК часто вызывает нерегулярные кровотечения. Использование имплантов может вызывать нерегулярные кровотечения, особенно во время первых 3-х – 6-ти месяцев и дольше. У женщин, использующих импланты ЭТГ, больше вероятность развития аменореи, чем у использующих импланты ЛНГ.

КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА

ПСК могут вызвать нерегулярные кровотечения, которые могут маскировать симптомы скрытого патологического процесса. Действие ДМПА и НЭТ-ЭН может сохраняться в течение некоторого времени после прекращения их применения.

¹⁰ Доступно на: http://ihs-classification.org/en/02_klassifikation

ТОЛЬКО ПРОГЕСТАГЕН-СОДЕРЖАЩИЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

РАК ШЕЙКИ МАТКИ (ПРЕДСТОЯЩАЯ ТЕРАПИЯ)

Есть опасения по поводу влияния применения ПСК на прогноз существующего заболевания. В период ожидания терапии женщины могут использовать ПСК. В большинстве случаев лечение этого заболевания приводит к бесплодию.

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Рак молочной железы - это опухоль, чувствительная к гормонам, и прогноз текущего или перенесенного заболевания может ухудшиться при использовании ПСК.

РАК ЭНДОМЕТРИЯ

В ожидании предстоящей терапии женщины могут использовать ПСК. В большинстве случаев лечение этого заболевания приводит к бесплодию.

РАК ЯИЧНИКА

В ожидании предстоящей терапии женщины могут использовать ПСК. В большинстве случаев лечение этого заболевания приводит к бесплодию.

МИОМА МАТКИ

Использование ПСК, по-видимому, не вызывает рост миомы.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ)

Не известно, уменьшают ли ПСК, как КОК, риск ВЗОМТ у женщин с ИППП, но их использование не защищает от ВИЧ или инфекций нижних половых путей.

ДИАБЕТ

Нефропатия/ретинопатия/нейропатия, другие сосудистые заболевания или диабет продолжительностью > 20 лет: есть опасения по поводу гипоэстрогенного эффекта и уменьшения содержания липопротеинов высокой плотности у женщин, использующих ДМПА и НЭТ-ЭН. Действие ДМПА и НЭТ-ЭН может продолжаться в течение некоторого времени после прекращения их применения. Некоторые ПСК могут способствовать увеличению риска тромбоза, хотя этот риск значительно меньше, чем при использовании КОК.

ХОЛЕСТАЗ В АНАМНЕЗЕ

С теоретической точки зрения холестаз в анамнезе, связанный с приемом КОК, может быть предиктором развития холестаза при использовании ПСК. Однако этому нет документального подтверждения.

ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ

Нет доказательств относительно применения гормональных контрацептивов женщинами с гепатоцеллюлярной аденомой.

Хотя использование КОК здоровыми женщинами связано с развитием и ростом гепатоцеллюлярной аденомы, неизвестно, действуют ли другие гормональные контрацептивы аналогичным образом.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ

Изменения в характере менструальных кровотечений, связанных с использованием ПСК, влияют на уровень гемоглобина в незначительной степени.

1. Ссылки Arias RD, Jain JK, Brucker C, Ross D, Ray A. Changes in bleeding patterns with depot medroxyprogesterone acetate subcutaneous injection 104 mg. *Contraception*. 2006;74(3):234–8.
2. Crosignani PG, Luciano A, Ray A, Bergqvist A. Subcutaneous depot medroxyprogesterone acetate versus leuprolide acetate in the treatment of endometriosis-associated pain. *Hum Reprod*. 2006;21(1):248–56.
3. Goldstein J, Cushman M, Badger GJ, Johnson JV. Effect of depot medroxyprogesterone acetate on coagulation parameter: a pilot study. *Fertil Steril*. 2007;87(6):1267–70.
4. Jain J, Jakimiuk AJ, Bode FR, Ross D, Kaunitz AM. Contraceptive efficacy and safety of DMPA-SC. *Contraception*. 2004;70(4):269–75.
5. Kaunitz AM, Darney PD, Ross D, Wolter KD, Speroff L. Subcutaneous DMPA vs. intramuscular DMPA: a 2-year randomized study of contraceptive efficacy and bone mineral density. *Contraception*. 2009;80(1):7–17.
6. Polis CB, Nakigozi GF, Nakawooya H, Mondo G, Makumbi F, Gray RH, et al. Preference for Sayana(R) Press versus intramuscular Depo-Provera among HIV-positive women in Rakai, Uganda: a randomized crossover trial. *Contraception*. 2013;89(5) 385–95.
7. Schlaff WD, Carson SA, Luciano A, Ross D, Bergqvist A. Subcutaneous injection of depot medroxyprogesterone acetate compared with leuprolide acetate in the treatment of endometriosis-associated pain. *Fertil Steril*. 2006;85(2):314–25.
8. Segall-Gutierrez P, Du J, Niu C, Ge M, Tilley I, Mizraji K, et al. Effect of subcutaneous depo-medroxyprogesterone acetate (DMPA-SC) on serum androgen markers in normal-weight, obese, and extremely obese women. *Contraception*. 2012;86(6):739–45.
9. Segall-Gutierrez P, Taylor D, Liu X, Stanczyk F, Azen S, Mishell DR, Jr. Follicular development and ovulation in extremely obese women receiving depo-medroxyprogesterone acetate subcutaneously. *Contraception*. 2010;81(6):487–95.
10. Segall-Gutierrez P, Xiang AH, Watanabe RM, Trigo E, Stanczyk FZ, Liu X, et al. Deterioration in cardiometabolic risk markers in obese women during depot medroxyprogesterone acetate use. *Contraception*. 2012;85(1):36–41.
11. Westhoff C, Jain JK, Milsom I, Ray A. Changes in weight with depot medroxyprogesterone acetate subcutaneous injection 104 mg/0.65 mL. *Contraception*. 2007;75(4):261–7.
12. Segall-Gutierrez P, Agarwal R, Ge M, Lopez C, Hernandez G, Stanczyk FZ. A pilot study examining short-term changes in bone mineral density among class 3 obese users of depot-medroxyprogesterone acetate. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2013;18(3):199–205.
13. Fan H, Han L, Jiang J, Wu M, Chen B, Meng F, et al. A Multicenter Comparative Clinical Study of Sino-Levonorgestrel-Releasing Implants – No. I and No. II with Norplant. *J Reprod Contracept*. 2004;15(2):101–7.
14. Fang K, Guan Y, Fan H, Gao E, Yang D, Xue L, et al. A multicentre study of CLa implant and Sino-implant: expanded application (two-year follow-up). *Reprod Contracept*. 1997;8(2):101–10.
15. Qi L, Liu J, Yu L, Ye L, Sun L, Liu K. Multicenter clinical study of two Sino-subdermal implants. *Chinese J Fam Plann*. 2002;5(79).
16. Lanza LL, McQuay LJ, Rothman KJ, Bone HG, Kaunitz AM, Harel Z, et al. Use of depot medroxyprogesterone acetate contraception and incidence of bone fracture. *Obstet Gynecol*. 2013;121(3):593–600.
17. Bahamondes L, Monteiro-Dantas C, Espejo-Arce X, Dos Santos Fernandes AM, Lui-Filho JF, Perrotti M, et al. A prospective study of the forearm bone density of users of etonorgestrel- and levonorgestrel-releasing contraceptive implants. *Hum Reprod*. 2006;21(2):466–70.
18. Bahamondes MV, Monteiro I, Castro S, Espejo-Arce X, Bahamondes L. Prospective study of the forearm bone mineral density of long-term users of the levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Hum Reprod*. 2010;25(5):1158–64.
19. Banks E, Berrington A, Casabonne D. Overview of the relationship between use of progestogen-only contraceptives and bone mineral density. *BJOG*. 2001;108(12):1214–21.
20. Beerthuizen R, van Beek A, Massai R, Makarainen L, Hout J, Bennink HC. Bone mineral density during long-term use of the progestagen contraceptive implant Implanon compared to a non-hormonal method of contraception. *Hum Reprod*. 2000;15(1):118–22.
21. Beksinska ME, Kleinschmidt I, Smit JA, Farley TM. Bone mineral density in adolescents using norethisterone enanthate, depot-medroxyprogesterone acetate or combined oral contraceptives for contraception. *Contraception*. 2007;75(6):438–43.
22. Beksinska ME, Kleinschmidt I, Smit JA, Farley TM. Bone mineral density in a cohort of adolescents during use of norethisterone enanthate, depot-medroxyprogesterone acetate or combined oral contraceptives and after discontinuation of norethisterone enanthate. *Contraception*. 2009;79(5):345–9.
23. Berenson AB, Breitkopf CR, Grady JJ. Effects of hormonal contraception on bone mineral density after 24 months of use. *Obstet Gynecol*. 2004;103:899–906.
24. Berenson AB, Rahman M, Breitkopf CR, Bi LX. Effects of depot medroxyprogesterone acetate and 20-microgram oral contraceptives on bone mineral density. *Obstet Gynecol*. 2008;112(4):788–99.
25. Busen NH, Britt RB, Rianon N. Bone mineral density in a cohort of adolescent women using depot medroxyprogesterone acetate for one to two years. *J Adolesc Health*. 2003;32(4):257–9.
26. Caird LE, Reid-Thomas V, Hannan WJ. Oral progestogen-only contraception may protect against loss of bone mass in breast-feeding women. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 1994;41:739–45.
27. Clark MK, Sowers M, Levy B, Nichols S. Bone mineral density loss and recovery during 48 months in first-time users of depot medroxyprogesterone acetate. *Fertil Steril*. 2006;86(5):1466–74.
28. Cromer BA, Lazebnik R, Rome E. Double-blinded randomized controlled trial of estrogen supplementation in adolescent girls who receive depot medroxyprogesterone acetate for contraception. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192:42–7.
29. Cromer BA, Blair JM, Mahan JD, Zibners L, Naumovski Z. A prospective comparison of bone density in adolescent girls receiving depot medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), levonorgestrel (Norplant), or oral contraceptives. *J Pediatr*. 1996;129(5):671–6.

ТОЛЬКО ПРОГЕСТАГЕН-СОДЕРЖАЩИЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

30. Cromer BA, Bonny AE, Stager M, Lazebnik R, Rome E, Ziegler J, et al. Bone mineral density in adolescent females using injectable or oral contraceptives: a 24-month prospective study. *Fertil Steril*. 2008;90(6):2060–7.
31. Cromer BA, Stager M, Bonny A, Lazebnik R, Rome E, Ziegler J, et al. Depot medroxyprogesterone acetate, oral contraceptives and bone mineral density in a cohort of adolescent girls. *J Adolesc Health*. 2004;35(6):434–41.
32. Cundy T, Cornish J, Evans MC. Recovery of bone density in women who stop using medroxyprogesterone acetate. *BMJ Case Rep*. 1994;308:247–8.
33. Cundy T, Ames R, Horne A, Clearwater J, Roberts H, Gamble G, et al. A randomized controlled trial of estrogen replacement therapy in long-term users of depot medroxyprogesterone acetate. *J Clin Endocrinol Metab*. 2003;88(1):78–81.
34. Cundy T, Cornish J, Roberts H, Reid IR. Menopausal bone loss in long-term users of depot medroxyprogesterone acetate contraception. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186(5):978–83.
35. Di X, Li Y, Zhang C, Jiang J, Gu S. Effects of levonorgestrel-releasing subdermal contraceptive implants on bone density and bone metabolism. *Contraception*. 1999;60(3):161–6.
36. Diaz S, Reyes MV, Zepeda A. Norplant((R)) implants and progesterone vaginal rings do not affect maternal bone turnover and density during lactation and after weaning. *Hum Reprod*. 1999;14:2499–505.
37. Gai L, Zhang J, Zhang H, Gai P, Zhou L, Liu Y. The effect of depot medroxyprogesterone acetate (DMPA) on bone mineral density (BMD) and evaluating changes in BMD after discontinuation of DMPA in Chinese women of reproductive age. *Contraception*. 2011;83(3):218–22.
38. Harel Z, Johnson CC, Gold MA, Cromer B, Peterson E, Burkman R, et al. Recovery of bone mineral density in adolescents following the use of depot medroxyprogesterone acetate contraceptive injections. *Contraception*. 2010;81(4):281–91.
39. Kaunitz AM, Miller PD, Rice VM. Bone mineral density in women aged 25–35 years receiving depot medroxyprogesterone acetate: recovery following discontinuation. *Contraception*. 2006;74:90–9.
40. Kaunitz AM, Arias R, McClung M. Bone density recovery after depot medroxyprogesterone acetate injectable contraception use. *Contraception*. 2008;77(2):67–76.
41. Lappe JM, Stegman MR, Recker RR. The impact of lifestyle factors on stress fractures in female Army recruits. *Osteoporos Int*. 2001;12:35–42.
42. Lara-Torre E, Edwards CP, Perlman S. Bone mineral density in adolescent females using depot medroxyprogesterone acetate. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2004;17:17–21.
43. Lopez LM, Chen M, Mullins S, Curtis KM, Helmerhorst FM. Steroidal contraceptives and bone fractures in women: evidence from observational studies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;8:CD009849.
44. Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF, Curtis KM. Steroidal contraceptives: effect on bone fractures in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(7):CD006033.
45. Meier C, Brauchli YB, Jick SS, Kraenzlin ME, Meier CR. Use of depot medroxyprogesterone acetate and fracture risk. *J Clin Endocrinol Metab*. 2010;95(11):4909–16.
46. Merki-Feld GS, Neff M, Keller PJ. A 2-year prospective study on the effects of depot medroxyprogesterone acetate on bone mass-response to estrogen and calcium therapy in individual users. *Contraception*. 2003;67(2):79–86.
47. Monteiro-Dantas C, Espejo-Arce X, Lui-Filho JF, Fernandes AM, Monteiro I, Bahamondes L. A three-year longitudinal evaluation of the forearm bone density of users of etonogestrel- and levonorgestrel-releasing contraceptive implants. *Reprod Health*. 2007;4:11.
48. Naessen T, Olsson SE, Gudmundson J. Differential effects on bone density of progestogen-only methods for contraception in premenopausal women. *Contraception*. 1995;52:35–9.
49. Pitts SA, Feldman HA, Dorale A, Gordon CM. Bone mineral density, fracture, and vitamin D in adolescents and young women using depot medroxyprogesterone acetate. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2012;25(1):23–6.
50. Sanches L, Marchi NM, Castro S, Juliato CT, Villarroel M, Bahamondes L. Forearm bone mineral density in postmenopausal former users of depot medroxyprogesterone acetate. *Contraception*. 2008;78(5):365–9.
51. Scholes D, LaCroix AZ, Ichikawa LE, Barlow WE, Ott SM. Injectable hormone contraception and bone density: results from a prospective study. *Epidemiology*. 2002;13(5):581–7.
52. Scholes D, LaCroix AZ, Ichikawa LE, Barlow WE, Ott SM. Change in bone mineral density among adolescent women using and discontinuing depot medroxyprogesterone acetate contraception. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005;159(2):139–44.
53. Tang OS, Tang G, Yip PS, Li B. Further evaluation on long-term depot-medroxyprogesterone acetate use and bone mineral density: a longitudinal cohort study. *Contraception*. 2000;62(4):161–4.
54. Vestergaard P, Rejnmark L, Mosekilde L. The effects of depot medroxyprogesterone acetate and intrauterine device use on fracture risk in Danish women. *Contraception*. 2008;78(6):459–64.
55. Viola AS, Castro S, Marchi NM, Bahamondes MV, Viola CF, Bahamondes L. Long-term assessment of forearm bone mineral density in postmenopausal former users of depot medroxyprogesterone acetate. *Contraception*. 2011;84(2):122–7.
56. Walsh JS, Eastell R, Peel NF. Depot medroxyprogesterone acetate use after peak bone mass is associated with increased bone turnover but no decrease in bone mineral density. *Fertil Steril*. 2010;93(3):697–701.
57. Wetmore CM, Ichikawa L, LaCroix AZ, Ott SM, Scholes D. Association between caffeine intake and bone mass among young women: potential effect modification by depot medroxyprogesterone acetate use. *Osteoporos Int*. 2008;19(4):519–27.

58. Wong AY, Tang LC, Chin RK. Levonorgestrel-releasing intrauterine system (Mirena) and Depot medroxyprogesterone acetate (Depoprovera) as long-term maintenance therapy for patients with moderate and severe endometriosis: a randomised controlled trial. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2010;50(3):273–9.
59. Yang KY, Kim YS, Ji YI, Jung MH. Changes in bone mineral density of users of the levonorgestrel-releasing intrauterine system. *J Nippon Med Sch.* 2012;79(3):190–4.
60. Zhang MH, Zhang W, Zhang AD, Yang Y, Gai L. Effect of depot medroxyprogesterone acetate on bone mineral density in adolescent women. *Chin Med J (Engl).* 2013;126(21):4043–7.
61. Progestogen-only contraceptives during lactation: I. Infant growth. World Health Organization Task force for Epidemiological Research on Reproductive Health; Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. *Contraception.* 1994;50(1):35–53.
62. Abdel-Aleem H, Abol-Oyoun el SM, Shaaban MM, el-Saeed M, Shoukry M, Makhlof A, et al. The use of nomegestrol acetate subdermal contraceptive implant, uniplant, during lactation. *Contraception.* 1996;54(5):281–6.
63. Abdulla KA, Elwan SI, Salem HS, Shaaban MM. 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(3):261–6.
64. Affandi B, Karmadibrata S, Prihartono J, Lubis F, Samil RS. Effect of Norplant on mothers and infants in the postpartum period. *Adv Contracept.* 1986;2(4):371–80.
65. Bahamondes L, Bahamondes MV, Modesto W, Tilley IB, Magalhaes A, Pinto e Silva JL, et al. Effect of hormonal contraceptives during breastfeeding on infant's milk ingestion and growth. *Fertil Steril.* 2013;100(2):445–50.
66. Baheiraei A, Ardsetani N, Ghazizadeh S. Effects of progestogen-only contraceptives on breast-feeding and infant growth. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001;74(2):203–5.
67. Bjarnadottir RI, Gottfredsdottir H, Sigurdardottir K, Geirsson RT, Dieben TO. Comparative study of the effects of a progestogen-only pill containing desogestrel and an intrauterine contraceptive device in lactating women. *BJOG.* 2001;108(11):1174–80.
68. Brito MB, Ferriani RA, Quintana SM, Yazlle ME, Silva de S. MF, Vieira CS. Safety of the etonogestrel-releasing implant during the immediate postpartum period: a pilot study. *Contraception.* 2009;80(6):519–26.
69. Brownell EA, Fernandez ID, Fisher SG, Howard CR, Ternullo SR, Lawrence RA, et al. The effect of immediate postpartum depot medroxyprogesterone on early breastfeeding cessation. *Contraception.* 2013;87(6):836–43.
70. Chen BA, Reeves MF, Creinin MD, Schwarz EB. Postplacental or delayed levonorgestrel intrauterine device insertion and breast-feeding duration. *Contraception.* 2011;84(5):499–504.
71. Costa ML, Cecatti JG, Krupa FG, Rehder PM, Sousa MH, Costa-Paiva L. Progestin-only contraception prevents bone loss in postpartum breastfeeding women. *Contraception.* 2012;85(4):374–80.
72. Coutinho EM, Athayde C, Dantas C, Hirsch C, Barbosa I. Use of a single implant of elcometrine (ST-1435), a nonorally active progestin, as a long acting contraceptive for postpartum nursing women. *Contraception.* 1999;59(2):115–22.
73. Croxatto HB, Díaz S, Peralta O, Juez G, Casado ME, Salvatierra AM, et al. Fertility regulation in nursing women. II. Comparative performance of progesterone implants versus placebo and copper T. *Am J Obstet Gynecol.* 1982;144(2):201–8.
74. Dahlberg K. Some effects of depo-medroxyprogesterone acetate (DMPA): observations in the nursing infant and in the long-term user. *Int J Gynaecol Obstet.* 1982;20(1):43–8.
75. Diaz S, Herreros C, Juez G, Casado ME, Salvatierra AM, Miranda P, et al. Fertility regulation in nursing women: VII. Influence of NORPLANT levonorgestrel implants upon lactation and infant growth. *Contraception.* 1985;32(1):53–74.
76. Díaz S, Peralta O, Juez G, Herreros C, Casado ME, Salvatierra AM, et al. Fertility regulation in nursing women. VI. Contraceptive effectiveness of a subdermal progesterone implant. *Contraception.* 1984;30(4):311–25.
77. Diaz S, Reyes MV, Zepeda A, Gonzalez GB, Lopez JM, Campino C, et al. Norplant((R)) implants and progesterone vaginal rings do not affect maternal bone turnover and density during lactation and after weaning. *Hum Reprod.* 1999;14(10):2499–505.
78. Diaz S, Zepeda A, Maturana X, Reyes MV, Miranda P, Casado ME, et al. Fertility regulation in nursing women. IX. Contraceptive performance, duration of lactation, infant growth, and bleeding patterns during use of progesterone vaginal rings, progestin-only pills, Norplant implants, and Copper T 380-A intrauterine devices. *Contraception.* 1997;56(4):223–32.
79. Espey E, Ogburn T, Leeman L, Singh R, Ostrom K, Schrader R. Effect of progestin compared with combined oral contraceptive pills on lactation: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2012;119(1):5–13.
80. Giner Velazquez J, Cortes Gallegos V, Sotelo Lopez A, Bondani G. [Effect of daily oral administration of 0.350 mg of norethindrone on lactation and on the composition of milk]. *Ginecol Obstet Mex.* 1976;40(237):31–9.
81. Guiloff E, Ibarra-Polo A, Zaõartu J, Toscanini C, Mischler TW, Gûmez-Rogers C. Effect of contraception on lactation. *Am J Obstet Gynecol.* 1974;118(1):42–5.
82. Gurtcheff SE, Turok DK, Stoddard G, Murphy PA, Gibson M, Jones KP. Lactogenesis after early postpartum use of the contraceptive implant: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2011;117(5):1114–21.
83. Halderman LD, Nelson AL. Impact of early postpartum administration of progestin-only hormonal contraceptives compared with nonhormonal contraceptives on short-term breast-feeding patterns. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186(6):1250–8.
84. Hannon PR, Duggan AK, Serwint JR, Vogelhut JW, Witter F, DeAngelis C. The influence of medroxyprogesterone on the duration of breast-feeding in mothers in an urban community. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1997;151(5):490–6.

ТОЛЬКО ПРОГЕСТАГЕН-СОДЕРЖАЩИЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

85. Heikkila M, Luukkainen T. Duration of breast-feeding and development of children after insertion of a levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive device. *Contraception*. 1982;25(3):279–92.
86. Jimenez J, Ochoa M, Soler MP, Portales P. Long-term follow-up of children breast-fed by mothers receiving depot-medroxyprogesterone acetate. *Contraception*. 1984;30(6):523–33.
87. Kamal I, Hefnawi F, Ghoneim M, Abdallah M, Abdel Razek S. Clinical, biochemical, and experimental studies on lactation. V. Clinical effects of steroids on the initiation of lactation. *Am J Obstet Gynecol*. 1970;108(4):655–8.
88. Kamal I, Hefnawi F, Ghoneim M, Talaat M, Younis N, Tagui A, et al. Clinical, biochemical, and experimental studies on lactation. II. Clinical effects of gestagens on lactation. *Am J Obstet Gynecol*. 1969;105(3):324–34.
89. Karim M, Ammar R, el-Mahgoub S, el-Ganzoury B, Fikri F, Abdou I. Injected progestogen and lactation. *Br Med J*. 1971;1(5742):200–3.
90. Massai MR, Diaz S, Quinteros E, Reyes MV, Herreros C, Zepeda A, et al. Contraceptive efficacy and clinical performance of Nestorone implants in postpartum women. *Contraception*. 2001;64(6):369–76.
91. Matias SL. In: Phillips SJ, editor. 2014.
92. Matias SL, Nommsen-Rivers LA, Dewey KG. Determinants of exclusive breastfeeding in a cohort of primiparous periurban peruvian mothers. *J Hum Lact*. 2012;28(1):45–54.
93. McCann MF, Moggia AV, Higgins JE, Potts M, Becker C. The effects of a progestin-only oral contraceptive (levonorgestrel 0.03 mg) on breast-feeding. *Contraception*. 1989;40(6):635–48.
94. McEwan JA, Joyce DN, Tohill AU, Hawkins DF. Early experience in contraception with a new progestogen. *Contraception*. 1977;16(4):339–50.
95. Moggia AV, Harris GS, Dunson TR, Diaz R, Moggia MS, Ferrer MA, et al. A comparative study of a progestin-only oral contraceptive versus non-hormonal methods in lactating women in Buenos Aires, Argentina. *Contraception*. 1991;44(1):31–43.
96. Pardthaisong T, Yencht C, Gray R. The long-term growth and development of children exposed to Depo-Provera during pregnancy or lactation. *Contraception*. 1992;45:313–24.
97. Reinprayoon D, Taneepanichskul S, Bunyavejchevin S, Thaithumyanon P, Punnahitananda S, Tosukhowong P, 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.
98. Schiappacasse V, Diaz S, Zepeda A, Alvarado R, Herreros C. Health and growth of infants breastfed by Norplant contraceptive implants users: a six-year follow-up study. *Contraception*. 2002;66(1):57–65.
99. Seth U, Yadava HS, Agarwal N, Laumas KR, Hingorani V. Effect of a subdermal silastic implant containing norethindrone acetate on human lactation. *Contraception*. 1977;16(4):383–98.
100. Shaaban MM. Contraception with progestogens and progesterone during lactation. *J Steroid Biochem Mol Biol*. 1991;40(4–6):705–10.
101. Shaaban MM, Salem HT, Abdullah KA. Influence of levonorgestrel contraceptive implants, NORPLANT, initiated early postpartum upon lactation and infant growth. *Contraception*. 1985;32(6):623–35.
102. Shaamash AH, Sayed GH, Hussien MM, Shaaban MM. A comparative study of the levonorgestrel-releasing intrauterine system Mirena versus the Copper T380A intrauterine device during lactation: breast-feeding performance, infant growth and infant development. *Contraception*. 2005;72:346–51.
103. Shikary ZK, Betrabet SS, Toddywala WS, Patel DM, Datey S, Saxena BN. 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(4):403–12.
104. Taneepanichskul S, Reinprayoon D, Thaithumyanon P, Praisuwan P, Tosukhowong P, Dieben T. Effects of the etonogestrel-releasing implant Implanon and a nonmedicated intrauterine device on the growth of breast-fed infants. *Contraception*. 2006;73(4):368–71.
105. Tankeyoon M, Dusitsin N, Chalapati S, Koetsawang S, Saibiang S, Sas M, et al. Effects of hormonal contraceptives on milk volume and infant growth. WHO Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction Task force on oral contraceptives. *Contraception*. 1984;30(6):505–22.
106. West CP. The acceptability of a progestagen-only contraceptive during breast-feeding. *Contraception*. 1983;27(6):563–9.
107. Zacharias S, Aguilera E, Assenzo JR, Zanartu J. Effects of hormonal and nonhormonal contraceptives on lactation and incidence of pregnancy. *Contraception*. 1986;33(3):203–13.
108. Zanartu J, Aguilera E, Munoz G, Peliowsky H. Effect of a long-acting contraceptive progestogen on lactation. *Obstet Gynecol*. 1976;47(2):174–6.
109. 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(3):313–8.
110. Quadros PS, Pfau JL, Wagner CK. Distribution of progesterone receptor immunoreactivity in the fetal and neonatal rat forebrain. *J Comp Neurol*. 2007;504(1):42–56.
111. Wagner CK. The many faces of progesterone: a role in adult and developing male brain. *Front Neuroendocrinol*. 2006;27(3):340–59.
112. Wagner CK. Progesterone receptors and neural development: a gap between bench and bedside? *Endocrinology*. 2008;149(6):2743–9.
113. Kurunmaki H. Contraception with levonorgestrel-releasing subdermal capsules, Norplant, after pregnancy termination. *Contraception*. 1983;27:473–82.
114. Kurunmaki H, Toivonen J, Lähteenmäki PL, Luukkainen T. 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.
115. Lahteenmake P, Toivonen J, Lahteenmaki PL. Postabortal contraception with norethisterone enanthate injections. *Contraception*. 1983;27:553–62.

116. Ortayli N, Bulut A, Sahin T, Sivini I. Immediate postabortal contraception with the levonorgestrel intrauterine device, Norplant, and traditional methods. *Contraception*. 2001;63:309–14.
117. Beksinska ME, Smit JA, Kleinschmidt I, Milford C, Farley TM. Prospective study of weight change in new adolescent users of DMPA, NET-EN, COCs, nonusers and discontinuers of hormonal contraception. *Contraception*. 2010;81(1):30–4.
118. Bender NM, Segall-Gutierrez P, Najera SO, Stanczyk FZ, Montoro M, Mishell DR, Jr. Effects of progestin-only long-acting contraception on metabolic markers in obese women. *Contraception*. 2013;88(3):418–25.
119. Berenson AB, Rahman M. Changes in weight, total fat, percent body fat, and central-to-peripheral fat ratio associated with injectable and oral contraceptive use. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;200(3):329–8.
120. Bonny AE, Secic M, Cromer B. Early weight gain related to later weight gain in adolescents on depot medroxyprogesterone acetate. *Obstet Gynecol*. 2011;117(4):793–7.
121. Bonny AE, Ziegler J, Harvey R, Debanne SM, Secic M, Cromer BA. Weight gain in obese and nonobese adolescent girls initiating depot medroxyprogesterone, oral contraceptive pills, or no hormonal contraceptive method. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160(1):40–5.
122. Clark MK, Dillon JS, Sowers M, Nichols S. Weight, fat mass, and central distribution of fat increase when women use depot-medroxyprogesterone acetate for contraception. *Int J Obes (Lond)*. 2005;29(10):1252–8.
123. Gerlach LS, Saldana SN, Wang Y, Nick TG, Spigarelli MG. Retrospective review of the relationship between weight change and demographic factors following initial depot medroxyprogesterone acetate injection in adolescents. *Clin Ther*. 2011;33(2):182–7.
124. Jain J, Jakimiuk AJ, Bode FR, Ross D, Kaunitz AM. Contraceptive efficacy and safety of DMPA-SC. *Contraception*. 2004;70(4):269–75.
125. Kozlowski KJ, Rickert VI, Hendon A, Davis P. Adolescents and Norplant: preliminary findings of side effects. *J Adolesc Health*. 1995;16(5):373–8.
126. Le YC, Rahman M, Berenson AB. Early weight gain predicting later weight gain among depot medroxyprogesterone acetate users. *Obstet Gynecol*. 2009;114(2 Pt 1):279–84.
127. Leiman G. Depo-medroxyprogesterone acetate as a contraceptive agent: its effect on weight and blood pressure. *Am J Obstet Gynecol*. 1972;114(1):97–102.
128. Lopez LM, Grimes DA, Chen M, Otterness C, Westhoff C, Edelman A, et al. Hormonal contraceptives for contraception in overweight or obese women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;4:CD008452.
129. Mangan SA, Larsen PG, Hudson S. Overweight teens at increased risk for weight gain while using depot medroxyprogesterone acetate. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2002;15(2):79–82.
130. Nyirati CM, Habash DL, Shaffer LE. Weight and body fat changes in postpartum depot-medroxyprogesterone acetate users. *Contraception*. 2013;88(1):169–76.
131. Pantoja M, Medeiros T, Baccarin MC, Morais SS, Bahamondes L, Fernandes AM. Variations in body mass index of users of depot-medroxyprogesterone acetate as a contraceptive. *Contraception*. 2010;81(2):107–11.
132. Risser WL, Geffter LR, Barratt MS, Risser JM. Weight change in adolescents who used hormonal contraception. *J Adolesc Health*. 1999;24(6):433–6.
133. Westhoff C, Jain JK, Milsom I, Ray A. Changes in weight with depot medroxyprogesterone acetate subcutaneous injection 104 mg/0.65 mL. *Contraception*. 2007;75(4):261–7.
134. World Health Organization. Cardiovascular disease and use of oral and injectable progestogen-only contraceptives and combined injectable contraceptives. Results of an international, multicenter, case-control study. *Contraception*. 1998;57:315–24.
135. Heinemann LA, Assmann A, DoMinh T, Garbe E. Oral progestogen-only contraceptives and cardiovascular risk: results from the Transnational Study on Oral Contraceptives and the health of Young Women. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 1999;4:67–73.
136. Vasilakis C, Jick H, Mar Melero-Montes M. Risk of idiopathic venous thromboembolism in users of progestogens alone. *Lancet*. 1999;354:1610–1.
137. Sonmezer M, Atabekoglu C, Cengiz B, Dökmeci F, Cengiz SD. Depot-medroxyprogesterone acetate in anticoagulated patients with previous hemorrhagic corpus luteum. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2005;10:9–14.
138. Culwell KR, Curtis KM. Use of contraceptive methods by women with current venous thrombosis on anticoagulant therapy: a systematic review. *Contraception*. 2009;80(4):337–45.
139. Somers E, Magder LS, Petri M. Antiphospholipid antibodies and incidence of venous thrombosis in a cohort of patients with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol*. 2002;29:2531–6.
140. Schaedel ZE, Dolan G, Powell MC. The use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in the management of menorrhagia in women with hemostatic disorders. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193:1361–3.
141. Sarabi ZS, Chang E, Bobba R, Ibanez D, Gladman D, Urowitz M, et al. Incidence rates of arterial and venous thrombosis after diagnosis of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 2005;53:609–12.
142. Sanchez-Guerrero J, Uribe AG, Jimenez-Santana L, Mestanza-Peralta M, Lara-Reyes P, Seuc AH, et al. A trial of contraceptive methods in women with systemic lupus erythematosus. *N Engl J Med*. 2005;353:2539–49.
143. Petri M, Kim MY, Kalunian KC, et al. Combined oral contraceptives in women with systemic lupus erythematosus. *N Engl J Med*. 2005;353:2550–8.
144. Petri M. Lupus in Baltimore: evidence-based ‘clinical pearls’ from the Hopkins Lupus Cohort. *Lupus*. 2005;14:970–3.
145. Petri M. Musculoskeletal complications of systemic lupus erythematosus in the Hopkins Lupus Cohort: an update. *Arthritis Care Res*. 1995;8:137–45.

ТОЛЬКО ПРОГЕСТАГЕН-СОДЕРЖАЩИЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

146. Mintz G, Gutierrez G, Delezé M, Rodríguez E. Contraception with progestogens in systemic lupus erythematosus. *Contraception*. 1984;30:29–38.
147. McDonald J, Stewart J, Urowitz MB, Gladman DD. Peripheral vascular disease in patients with systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 1992;51:56–60.
148. McAlindon T, Giannotta L, Taub N, D’Cruz D, Hughes G. Environmental factors predicting nephritis in systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 1993;52:720–4.
149. Manzi S, Meilahn EN, Rairie JE, Conte CG, Medsger TA Jr, Jansen-McWilliams L, et al. Age-specific incidence rates of myocardial infarction and angina in women with systemic lupus erythematosus: comparison with the Framingham Study. *Am J Epidemiol*. 1997;145:408–15.
150. Jungers P, Dougados M, Pelissier C, Kuttann F, Tron F, Lesavre P, et al. Influence of oral contraceptive therapy on the activity of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 1982;25:618–23.
151. Julkunen HA, Kaaja R, Friman C. Contraceptive practice in women with systemic lupus erythematosus. *Br J Rheumatol*. 1993;32:227–30.
152. Julkunen HA. Oral contraceptives in systemic lupus erythematosus: side-effects and influence on the activity of SLE. *Scand J Rheumatol*. 1991;20:427–33.
153. Esdaile JM, Abrahamowicz M, Grodzicky T, Li Y, Panaritis C, du Berger R, et al. Traditional Framingham risk factors fail to fully account for accelerated atherosclerosis in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 2001;44:2331–7.
154. Chopra N, Koren S, Greer WL, et al. Factor V Leiden, prothrombin gene mutation, and thrombosis risk in patients with antiphospholipid antibodies. *J Rheumatol*. 2002;29:1683–8.
155. Bernatsky S, Ramsey-Goldman R, Gordon C, et al. Factors associated with abnormal Pap results in systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*. 2004;43:1386–9.
156. Bernatsky S, Clarke A, Ramsey-Goldman R, Joseph L, Boivin JF, Rajan R, et al. Hormonal exposures and breast cancer in a sample of women with systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*. 2004;43:1178–81.
157. Choojitarom K, Verasertniyom O, Totemchokchayakarn K, Nantiruj K, Sumethkul V, Janwityanujit S. Lupus nephritis and Raynaud’s phenomenon are significant risk factors for vascular thrombosis in SLE patients with positive antiphospholipid antibodies. *Clin Rheumatol*. 2008;27(3):345–51.
158. Wahl DG, Guillemin F, de Maistre E, Perret C, Lecompte T, Thibaut G. Risk for venous thrombosis related to antiphospholipid antibodies in systemic lupus erythematosus – a meta-analysis. *Lupus*. 1997;6:467–73.
159. Culwell KR, Curtis KM, del Carmen Cravioto M. Safety of contraceptive method use among women with systemic lupus erythematosus: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2009;114(2 Pt 1):341–53.
160. Cromer BA, Blair JM, Mahan JD, Zibners L, Naumovski Z. A prospective comparison of bone density in adolescent girls receiving depot medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), levonorgestrel (Norplant), or oral contraceptives. *J Pediatr*. 1996;129(5):671–6.
161. Gupta N, O’Brien R, Jacobsen LJ, Davis A, Zuckerman A, Supran S, et al. Mood changes in adolescents using depo-medroxyprogesterone acetate for contraception: a prospective study. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;14(2):71–6.
162. Westoff C, Truman C. Depressive symptoms and Depo-Provera. *Contraception*. 1998;57(4):237–40.
163. Westoff C, Truman C, Kalmuss D, Cushman L, Rulin M, Heartwell S, et al. Depressive symptoms and Norplant contraceptive implants. *Contraception*. 1998;57(4):241–5.
164. Smith JS. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet*. 2003;361:1159–67.
165. Baeten JM, Nyange PM, Richardson BA, Lavreys L, Chohan B, Martin HL, Jr, et al. Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: results from a prospective study. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;185(2):380–5.
166. Giuliano AR, Papenfuss M, Abrahamsen M, Denman C, de Zapien JG, Henze JL, et al. Human papillomavirus infection at the United States-Mexico border: implications for cervical cancer prevention and control. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2001;10(11):1129–36.
167. Jacobson DL, Peralta L, Farmer M, Graham NM, Gaydos C, Zenilman J. Relationship of hormonal contraception and cervical ectopy as measured by computerized planimetry to chlamydial infection in adolescents. *Sex Transm Dis*. 2000;27(6):313–9.
168. Lavreys L, Chohan B, Ashley R, Richardson BA, Corey L, Mandaliya K, et al. Human herpesvirus 8: seroprevalence and correlates in prostitutes in Mombasa, Kenya. *J Infect Dis*. 2003;187(3):359–63.
169. Morrison CS, Bright P, Wong EL, Kwok C, Yacobson I, Gaydos CA, et al. Hormonal contraceptive use, cervical ectopy, and the acquisition of cervical infections. *Sex Transm Dis*. 2004;31(9):561–7.
170. Moscicki AB, Hills N, Shiboski S, Powell K, Jay N, Hanson E, et al. Risks for incident human papillomavirus infection and low-grade squamous intraepithelial lesion development in young females. *JAMA*. 2001;285(23):2995–3002.
171. Nsofor BI, Bello CS, Ekwempu CC. Sexually transmitted disease among women attending a family planning clinic in Zaria, Nigeria. *Int J Gynaecol Obstet*. 1989;28(4):365–7.
172. Ruijs GJ, Kauer FM, van Gijssel PM, Schirm J, Schroder FP. Direct immunofluorescence for Chlamydia trachomatis on urogenital smears for epidemiological purposes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1988;27(4):289–97.
173. Polis CB, Phillips SJ, Curtis KM, Westreich DJ, Steyn PS, Raymond E, et al. Hormonal contraceptive methods and risk of HIV acquisition in women: a systematic review of epidemiological evidence. *Contraception*. 2014;90(4):360–90.

174. Kleinschmidt I, Rees H, Delany S, Smith D, Dinat N, Nkala B, et al. Injectable progestin contraceptive use and risk of HIV infection in a South African family planning cohort. *Contraception*. 2007;75(6):461–7.
175. McCoy SI, Zheng W, Montgomery ET, Blanchard K, van der Straten A, de Bruyn G, et al. Oral and injectable contraception use and risk of HIV acquisition among women in sub-Saharan Africa. *AIDS*. 2013;27(6):1001–9.
176. Morrison CS, Skoler-Karppoff S, Kwok C, Chen PL, van de Wijgert J, Gehret-Plagianos M, et al. Hormonal contraception and the risk of HIV acquisition among women in South Africa. *AIDS*. 2012;26(4):497–504.
177. Myer L, Denny L, Wright TC, Kuhn L. Prospective study of hormonal contraception and women's risk of HIV infection in South Africa. *Int J Epidemiol*. 2007;36(1):166–74.
178. Wand H, Ramjee G. The effects of injectable hormonal contraceptives on HIV seroconversion and on sexually transmitted infections. *AIDS*. 2012;26(3):375–80.
179. Baeten JM, Benki S, Chohan V, Lavreys L, McClelland RS, Mandaliya K, et al. Hormonal contraceptive use, herpes simplex virus infection, and risk of HIV-1 acquisition among Kenyan women. *AIDS*. 2007;21(13):1771–7.
180. Heffron R, Donnell D, Rees H, Celum C, Mugo N, Were E, et al. Use of hormonal contraceptives and risk of HIV-1 transmission: a prospective cohort study. *Lancet Infect Dis*. 2012;12(1):19–26.
181. Morrison CS, Chen PL, Kwok C, Richardson BA, Chipato T, Mugerwa R, et al. Hormonal contraception and HIV acquisition: reanalysis using marginal structural modeling. *AIDS*. 2010;24(11):1778–81.
182. Morrison CS, Richardson BA, Mmiro F, Chipato T, Celentano DD, Luoto J, et al. Hormonal contraception and the risk of HIV acquisition. *AIDS*. 2007;21(1):85–95.
183. Reid SE, Dai JY, Wang J, Sicalwe BN, Akpomiemie G, Cowan FM, et al. Pregnancy, contraceptive use, and HIV acquisition in HPTN 039: relevance for HIV prevention trials among African women. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010;53(5):606–13.
184. Lutalo T, Musoke R, Kong X, Makumbi F, Serwadda D, Nalugoda F, et al. Effects of hormonal contraceptive use on HIV acquisition and transmission among HIV-discordant couples. *AIDS*. 2013;27 Suppl 1:S27–34.
185. Lavreys L, Baeten JM, Martin HL, Jr., Overbaugh J, Mandaliya K, Ndinya-Achola J, et al. Hormonal contraception and risk of HIV-1 acquisition: results of a 10-year prospective study. *AIDS*. 2004;18(4):695–7.
186. Kilmarx PH, Limpakarnjanarat K, Kaewkungwal J, Srismith R, Saisorn S, Uthairavavit W, et al. Disease progression and survival with human immunodeficiency virus type 1 subtype E infection among female sex workers in Thailand. *J Infect Dis*. 2000;181(5):1598–606.
187. Allen S, Stephenson R, Weiss H, Karita E, Priddy F, Fuller L, et al. Pregnancy, hormonal contraceptive use, and HIV-related death in Rwanda. *J Womens Health (Larchmt)*. 2007;16(7):1017–27.
188. Stringer EM, Kaseba C, Levy J, Sinkala M, Goldenberg RL, Chi BH, et al. A randomized trial of the intrauterine contraceptive device vs hormonal contraception in women who are infected with the human immunodeficiency virus. *Am J Obstet Gynecol*. 2007;197(2):144–8.
189. Polis CB, Wawer MJ, Kiwanuka N, Laeyendecker O, Kagaayi J, Lutalo T, et al. Effect of hormonal contraceptive use on HIV progression in female HIV seroconverters in Rakai, Uganda. *AIDS*. 2010;24(12):1937–44.
190. Morrison CS, Chen PL, Nankya I, Rinaldi A, Van Der Pol B, Ma YR, et al. Hormonal contraceptive use and HIV disease progression among women in Uganda and Zimbabwe. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011;57(2):157–64.
191. Stringer EM, Giganti M, Carter RJ, El-Sadr W, Abrams EJ, Stringer JS. Hormonal contraception and HIV disease progression: a multicountry cohort analysis of the MTCT-Plus Initiative. *AIDS*. 2009;23 Suppl 1:S69–77.
192. Heikinheimo O, Lehtovirta P, Suni J, Paavonen J. The levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in HIV-infected women – effects on bleeding patterns, ovarian function and genital shedding of HIV. *Human Reproduction*. 2006;21:2857–61.
193. Clemetson DB, Moss GB, Willerford DM, Hensel M, Emonyi W, Holmes KK, et al. Detection of HIV DNA in cervical and vaginal secretions. Prevalence and correlates among women in Nairobi, Kenya. *JAMA*. 1993;269(22):2860–4.
194. Cejtin HE, Jacobson L, Springer G, Watts DH, Levine A, Greenblatt R, et al. Effect of hormonal contraceptive use on plasma HIV-1-RNA levels among HIV-infected women. *AIDS*. 2003;17(11):1702–4.
195. Clark RA, Theall KP, Amedee AM, Dumestre J, Wenthold L, Kissinger PJ. Lack of association between genital tract HIV-1 RNA shedding and hormonal contraceptive use in a cohort of Louisiana women. *Sex Transm Dis*. 2007;34(11):870–2.
196. Richardson BA, Otieno PA, Mbori-Ngacha D, Overbaugh J, Farquhar C, John-Stewart GC. Hormonal contraception and HIV-1 disease progression among postpartum Kenyan women. *AIDS*. 2007;21(6):749–53.
197. Graham SM, Masese L, Gitau R, Jalalian-Lechak Z, Richardson BA, Peshu N, et al. Antiretroviral adherence and development of drug resistance are the strongest predictors of genital HIV-1 shedding among women initiating treatment. *J Infect Dis*. 2010;202(10):1538–42.
198. Kovacs A, Wasserman SS, Burns D, Wright DJ, Cohn J, Landay A, et al. Determinants of HIV-1 shedding in the genital tract of women. *Lancet*. 2001;358:1593–601.
199. Kreiss J, Willerford DM, Hensel M, Emonyi W, Plummer F, Ndinya-Achola J, et al. Association between cervical inflammation and cervical shedding of human immunodeficiency virus DNA. *J Infect Dis*. 1994;170(6):1597–601.
200. Kumwenda JJ, Makanani B, Taulo F, Nkhoma C, Kafulafula G, Li Q, et al. Natural history and risk factors associated with early and established HIV type 1 infection among reproductive-age women in Malawi. *Clin Infect Dis*. 2008;46(12):1913–20.

ТОЛЬКО ПРОГЕСТАГЕН-СОДЕРЖАЩИЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

201. Lavreys L, Baeten JM, Kreiss JK, Richardson BA, Chohan BH, Hassan W, et al. Injectable contraceptive use and genital ulcer disease during the early phase of HIV-1 infection increase plasma virus load in women. *J Infect Dis.* 2004;189(2):303–11.
202. Morrison CS, Demers K, Kwok C, Bulime S, Rinaldi A, Munjoma M, et al. Plasma and cervical viral loads among Ugandan and Zimbabwean women during acute and early HIV-1 infection. *AIDS.* 2010;24(4):573–82.
203. Mostad SB, Overbaugh J, DeVange DM, Welch MJ, Chohan B, Mandaliya K, 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. Rocco M, Gardella B, Maserati R, Zara F, Iacobone D, Spinillo A. Low-dose combined oral contraceptive and cervicovaginal shedding of human immunodeficiency virus. *Contraception.* 2011;83(6):564–70.
205. Sagar M, Lavreys L, Baeten JM, Richardson BA, Mandaliya K, Ndinya-Achola JO, et al. Identification of modifiable factors that affect the genetic diversity of the transmitted HIV-1 population. *AIDS.* 2004;18(4):615–9.
206. Seck K, Samb N, Tempesta S, Mulanga-Kabeya C, Henzel D, Sow PS, et al. Prevalence and risk factors of cervicovaginal HIV shedding among HIV-1 and HIV-2 infected women in Dakar, Senegal. *Sex Transm Infect.* 2001;77(3):190–3.
207. Tanton C, Weiss HA, Le Goff J, Chagalucha J, Rusizoka M, Baisley K, et al. Correlates of HIV-1 genital shedding in Tanzanian women. *PLoS One.* 2011;6(3):e17480.
208. Tagy AH, Saker ME, Moussa AA, Kolgah A. 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.
209. Pyorala T, Vahapassi J, Huhtala M. The effect of lynestrenol and norethindrone on the carbohydrate and lipid metabolism in subjects with gestational diabetes. *Ann Chir Gynaecol.* 1979;68(2):69–74.
210. Radberg T, Gustafson A, Skryten A, Karlsson K. Metabolic studies in women with previous gestational diabetes during contraceptive treatment: effects on serum lipids and high density lipoproteins. *Acta Endocrinol (Copenh).* 1982;101(1):134–9.
211. Kjos SL, Peters RK, Xiang A, Thomas D, Schaefer U, Buchanan TA. Contraception and the risk of type 2 diabetes mellitus in Latina women with prior gestational diabetes mellitus. *JAMA.* 1998;280(6):533–8.
212. Nelson AL, Le MH, Musherraf Z, Vanberckelaer A. Intermediate-term glucose tolerance in women with a history of gestational diabetes: natural history and potential associations with breastfeeding and contraception. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;198:699.e1–e8.
213. Xiang AH, Kawakubo M, Buchanan TA, Kjos SL. A longitudinal study of lipids and blood pressure in relation to method of contraception in Latino women with prior gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care.* 2007;30(8):1952–8.
214. Xiang AH, Kawakubo M, Kjos SL, Buchanan TA. Long-acting injectable progestin contraception and risk of type 2 diabetes in Latino women with prior gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care.* 2006;29(3):613–7.
215. Diab KM, Zaki MM. Contraception in diabetic women: comparative metabolic study of norplant, depot medroxyprogesterone acetate, low dose oral contraceptive pill and CuT380A. *J Obstet Gynecol Res.* 2000;26(1):17–26.
216. Lunt H, Brown LJ. Self-reported changes in capillary glucose and insulin requirements during the menstrual cycle. *Diabet Med.* 1995;13:525–30.
217. Radberg T, Gustafson A, Skryten A, Karlsson K. Oral contraception in diabetic women. A cross-over study on seum and high density lipoprotein (HDL) lipids and diabetes control during progesterone and combined estrogen/progesterone contraception. *Horm Metab Res.* 1982;14:61–5.
218. Skouby SO, Molsted-Petersen L, Kuhl C, Bennet P. Oral contraceptives in diabetic women: metabolic effects of four compounds with different estrogen/progesterone profiles. *Fertil Steril.* 1986;46:858–64.
219. D'halluin V, Vilgrain V, Pelletier G, Rocher L, Belghiti J, Erlinger S, et al. [Natural history of focal nodular hyperplasia. A retrospective study of 44 cases]. *Gastroenterol Clin Biol.* 2001;25(11):1008–10.
220. Mathieu D, Kobeiter H, Maison P, Rahmouni A, Cherqui D, Zafrani ES, et al. Oral contraceptive use and focal nodular hyperplasia of the liver. *Gastroenterology.* 2000;118(3):560–4.
221. Kapp N, Curtis KM. Hormonal contraceptive use among women with liver tumors: a systematic review. *Contraception.* 2009;80(4):387–90.
222. Adadevoh BK, Isaacs WA. The effect of megestrol acetate on sickling. *Am J Med Sci.* 1973;265:367–70.
223. Barbosa IC, Ladipo OA, Nascimento ML, Athayde C, Hirsch C, Lopes R, et al. Carbohydrate metabolism in sickle cell patients using subdermal implant containing norgestrel acetate (Uniplant). *Contraception.* 2001;63:263–5.
224. de Abood M, de Castillo Z, Guerrero F, Espino M, Austin KL. Effects of Depo-Provera or Microgynon on the painful crises of sickle cell anemia patients. *Contraception.* 1997;56:313–6.
225. De Ceulaer K, Gruber C, Hayes R, Serjeant GR. Medroxyprogesterone acetate and homozygous sickle-cell disease. *Lancet.* 1982;2:229–31.
226. Howard RJ, Lillis C, Tuck SM. Contraceptives, counseling, and pregnancy in women with sickle cell disease. *BMJ.* 1993;306:1735–7.
227. Ladipo OA, Falusi AG, Feldblum PJ, Osotimehin BO, Otolorin EO, Ojengbode OA. Norplant use by women with sickle cell disease. *Int J Gynaecol Obstet.* 1993;41:85–7.
228. Nascimento ML, Ladipo OA, Coutinho E. Norgestrel acetate contraceptive implant use by women with sickle cell disease. *Clin Pharmacol Ther.* 1998;64:433–8.
229. Yoong WC, Tuck SM, Yardumian A. Red cell deformability in oral contraceptive pill users with sickle cell anaemia. *Br J Haematol.* 1999;104:868–70.

230. Aweeka FT, Rosenkranz SL, Segal Y, Coombs RW, Bardequez A, Thevanayagam L, et al. The impact of sex and contraceptive therapy on the plasma and intracellular pharmacokinetics of zidovudine. *AIDS*. 2006;20(14):1833–41.
231. Kearney BP, Mathias A. Lack of effect of tenofovir disoproxil fumarate on pharmacokinetics of hormonal contraceptives. *Pharmacotherapy*. 2009;29(8):924–9.
232. Perry SH, Swamy P, Preidis GA, Mwanyumba A, Motsa N, Sarero HN. Implementing the Jadelle implant for women living with HIV in a resource-limited setting: concerns for drug interactions leading to unintended pregnancies. *AIDS*. 2014;28(5):791–3.
233. Cohn SE, Park JG, Watts DH, Stek A, Hitti J, Clax PA, et al. Depo-medroxyprogesterone in women on antiretroviral therapy: effective contraception and lack of clinically significant interactions. *Clin Pharmacol Ther*. 2007;81(2):222–7.
234. Nanda K, Amaral E, Hays M, Viscola MA, Mehta N, Bahamondes L. Pharmacokinetic interactions between depot medroxyprogesterone acetate and combination antiretroviral therapy. *Fertil Steril*. 2008;90(4):965–71.
235. Sekar VJ, Lefebvre E, Guzman SS, Felicione E, De Pauw M, Vangeneugden T, et al. Pharmacokinetic interaction between ethinyl estradiol, norethindrone and darunavir with low-dose ritonavir in healthy women. *Antivir Ther*. 2008;13(4):563–9.
236. Kasserra C, Li J, March B, O'Mara E. Effect of vicriviroc with or without ritonavir on oral contraceptive pharmacokinetics: a randomized, open-label, parallel-group, fixed-sequence crossover trial in healthy women. *Clin Ther*. 2011;33(10):1503–14.
237. Vogler MA, Patterson K, Kamemoto L, Park JG, Watts H, Aweeka F, et al. Contraceptive efficacy of oral and transdermal hormones when co-administered with protease inhibitors in HIV-1-infected women: pharmacokinetic results of ACTG trial A5188. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010;55(4):473–82.
238. Atrio J, Stanczyk FZ, Neely M, Cherala G, Kovacs A, Mishell DR, Jr. Effect of protease inhibitors on steady-state pharmacokinetics of oral norethindrone contraception in HIV-infected women. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014;65(1):72–7.
239. Anderson MS, Hanley WD, Moreau AR, Jin B, Bieberdorf FA, Kost JT, et al. Effect of raltegravir on estradiol and norgestimate plasma pharmacokinetics following oral contraceptive administration in healthy women. *Br J Clin Pharmacol*. 2011;71(4):616–20.
240. Song I, Mark S, Borland J, Chen S, Wajima T, Peppercorn A, et al. Dolutegravir has no effect on the pharmacokinetics of methadone or oral contraceptives with norgestimate and ethinyl estradiol. Atlanta (GA): 20th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; 3–6 March 2013.
241. Odland V, Olsson SE. Enhanced metabolism of levonorgestrel during phenytoin treatment in a woman with Norplant implants. *Contraception*. 1986;33:257–61.
242. Schindlbeck C, Janni W, Friese K. Failure of Implanon contraception in a patient taking carbamazepine for epilepsy. *Arch Gynecol Obstet*. 2006;273(4):255–6.
243. Shane-McWhorter L, Cerven JD, MacFarlane LL, Osborn C. Enhanced metabolism of levonorgestrel during phenobarbital treatment and resultant pregnancy. *Pharmacotherapy*. 1998;18:1360–4.
244. Reimers A, Helde G, Brodtkorb E. Ethinyl estradiol, not progestogens, reduces lamotrigine serum concentrations. *Epilepsia*. 2005;46(9):1414–7.

ТАБЛЕТКИ ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

2.7.3 Таблетки для экстренной контрацепции (ТЭК)

ТАБЛЕТКИ ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ (ТЭК)				
ТЭК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск возникновения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.				
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ			ПОЯСНЕНИЯ/ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	КОК	ЛНГ	УПА [†]	
[†] рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС; дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КОК = комбинированные оральные контрацептивы ЛНГ = контрацептив, содержащий ЛНГ УПА = улипристала ацетат			
БЕРЕМЕННОСТЬ	НП	НП	НП	НП = не применимо Пояснение: несмотря на то, что этот метод не показан женщинам с наличием или подозрением на беременность, нет сведений о его вредном воздействии на женщину или плод при случайном использовании во время беременности.
ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ	1	1	2	Пояснение: не рекомендуется грудное вскармливание в течение 1 недели после приема улипристала ацетата, т.к. он выделяется в грудное молоко. В это время грудное молоко должно быть сцежено и отбраковано (1).
ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В АНАМНЕЗЕ	1	1	1	
ОЖИРЕНИЕ[†]	1	1	1	Пояснение: ТЭК могут оказаться менее эффективными для женщин с ИМТ ≥ 30 кг/м ² , чем для женщин с ИМТ < 25 кг/м ² . Несмотря на это, нет опасений в отношении безопасности. Доказательства: данные ограничиваются одним исследованием, которое предполагает, что женщины с ожирением и ИМТ ≥ 30 кг/м ² имеют повышенный риск забеременеть после применения контрацептива с левоноргестрелом по сравнению с женщинами с ИМТ < 25 кг/м ² (2). Два других исследования предполагают, что женщины с ожирением также имеют повышенный риск беременности после применения улипристала ацетата по сравнению с женщинами, не имеющими ожирения, хотя это увеличение риска было незначительным в 1-м исследовании (2, 3).
ТЯЖЕЛОЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ* в анамнезе (Ишемическая болезнь сердца, нарушение мозгового кровообращения или другие тромбоемболические состояния)	2	2	2	
МИГРЕНЬ*	2	2	2	

ТАБЛЕТКИ ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

ТАБЛЕТКИ ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ (ТЭК)				
ТЭК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск возникновения ИППП/ВИЧ-инфекции, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.				
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ			ПОЯСНЕНИЯ/ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	КОК	ЛНГ	УПА [†]	
[†] рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС; дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КОК = комбинированные оральные контрацептивы ЛНГ = контрацептив, содержащий ЛНГ УПА = улипристала ацетат			
ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПЕЧЕНИ* (включая желтуху)	2	2	2	
СТИМУЛЯТОРЫ СУРЗА4[†] (Например: рифампицин, фенитоин, фенобарбитал, карбамазепин, эфавиренз, фосфенитоин, невирапин, окскарбазепин, примидон, рифабутин, зверобой продырявленный (St John's wort/hypericum perforatum))	1	1	1	Пояснение: сильно действующие стимуляторы СУРЗА4 могут уменьшить эффективность средств экстренной контрацепции. Доказательства: согласно инструкции по медицинскому применению рифампицин снижает уровень улипристала ацетата на 90% или более, что может уменьшить его эффективность (1, 4). Следовательно, теоретически предполагается, что данная закономерность может распространяться на другие стимуляторы СУРЗА4, а также на КОК или ЛНГ-ТЭК, имеющих сходный метаболизм с улипристала ацетатом. Небольшое фармакокинетическое исследование выявило, что сопутствующее применение эфавиренза снижало уровень ЛНГ у женщин, использующих его в качестве средства экстренной контрацепции (0.75 мг) на 56% по сравнению с теми, кто использовали только ЛНГ (5).
МНОГОКРАТНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТАБЛЕТОК ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ	1	1	1	Пояснение: неоднократное применение ТЭК указывает на то, что женщине требуется дополнительное консультирование, касающееся выбора других способов контрацепции. Частое применение ТЭК может нанести вред женщинам, состояние которых классифицируется по Категориям 2, 3 или 4 для комбинированной гормональной контрацепции (КГК) или только прогестаген-содержащих контрацептивов (ПСК).
ИЗНАСИЛОВАНИЕ*	1	1	1	

ТЭК

ТАБЛЕТКИ ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

РЕКОМЕНДАЦИИ, ПЕРЕСМОТРЕННЫЕ ДЛЯ 5-ГО ИЗДАНИЯ

Эти рекомендации были пересмотрены в соответствии с требованиями ВОЗ по разработке рекомендаций в рамках подготовки 5-го издания «Медицинских критериев приемлемости для использования методов контрацепции» (МЕС). Вопросы, связанные с популяцией, вмешательством, контролем, исходами (PICO), разработанные Группой по разработке рекомендаций (GDG), а также базы данных, изученные с целью поиска доказательств и подготовки систематических обзоров, описаны более подробно в 1-й части данного документа. Кроме того, профайлы доказательств GRADE, общая оценка качества доказательств GRADE, резюме доказательств, поддерживающих рекомендации, а также другие дополнительные замечания Группы по разработке рекомендаций, касающиеся рекомендаций, изложены в 1-й части.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОММЕНТАРИИ

Тяжелые сердечно-сосудистые заболевания, мигрень и тяжелое заболевание печени (включая желтуху) в анамнезе

Продолжительность применения средств экстренной контрацепции меньше, чем КОК и только прогестаген-содержащих таблеток (ПСТ), и, следовательно, первые имеют меньший риск неблагоприятных исходов для здоровья.

ИЗНАСИЛОВАНИЕ

Нет ограничений в использовании ТЭК в случаях изнасилования.

Ссылки

1. ellaOne® ulipristal acetate. Abbreviated prescribing information (UK). London: HRA Pharma UK & Ireland Ltd; 2013 (<http://www.ellaone.co.uk/hcp/abbreviated-prescribing-information-uk>, accessed 23 October 2014).
2. Glasier A, Cameron ST, Blithe D, Scherrer B, Mathe H, Levy D, et al. Can we identify women at risk of pregnancy despite using emergency contraception? Data from randomized trials of ulipristal acetate and levonorgestrel. *Contraception*. 2011;84(4):363–7.
3. Moreau C, Trussell J. Results from pooled Phase III studies of ulipristal acetate for emergency contraception. *Contraception*. 2012;86(6):673–80.
4. Full prescribing information: ELLA (ulipristal acetate) tablet. Charleston (SC): Afaxys, Inc.; updated June 2014 (http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2014/022474s004lbl.pdf, accessed 9 March 2015).
5. Carten ML, Kiser JJ, Kwara A, Mawhinney S, Cu-Uvin S. Pharmacokinetic interactions between the hormonal emergency contraception, levonorgestrel (Plan B), and Efavirenz. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2012;2012:137192.

2.7.4 Внутриматочные средства контрацепции (ВМК)

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА КОНТРАЦЕПЦИИ (ВМК)			
ВМК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.			
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ		ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = начало, П = продолжение		
	Сu-ВМК	ЛНГ-ВМК	
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС; дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	Сu- ВМК = медь-содержащие ВМК ЛНГ-ВМК = левоноргестрел-содержащие ВМК (20 мкг/сутки)		
ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ			
БЕРЕМЕННОСТЬ	4	4	Пояснение: применение ВМК не показано во время беременности из-за риска серьезных воспалительных заболеваний тазовых органов и септического выкидыша.
ВОЗРАСТ			Доказательства: риск беременности, инфекции и перфорации матки низок среди лиц, применяющих ВМК в любом возрасте. Тяжелое кровотечение или удаление ВМК по этим причинам, по-видимому, не связаны с возрастом. Молодые женщины, использующие Сu-ВМК, имеют больший риск экспульсии по сравнению с женщинами старшего возраста (1-15).
а) с менархе до < 20 лет	2	2	
б) ≥20 лет	1	1	
ПАРИТЕТ			Доказательства: риск беременности, инфекции, перфорации и экспульсии низок у всех лиц, применяющих ВМК, и различия в количестве родов не являются клинически значимыми. Имеющиеся данные не предполагают задержки восстановления фертильности для нерожавших женщин, применявших ВМК (1, 3, 7-10).
а) нерожавшие	2	2	
б) рожавшие	1	1	

ВМК

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА КОНТРАЦЕПЦИИ

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА КОНТРАЦЕПЦИИ (ВМК)			
ВМК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.			
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ		ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = начало, П = продолжение		
	Cu-ВМК	ЛНГ-ВМК	
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС; дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	Cu- ВМК = медь-содержащие ВМК ЛНГ-ВМК = левоноргестрел-содержащие ВМК (20 мкг/сутки)		
ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД † (для женщин, кормящих или не кормящих грудью (в том числе после кесарева сечения)) а) < 48 часов, включая введение ВМК сразу после рождения последа i) грудное вскармливание ii) отсутствие грудного вскармливания б) ≥ 48 часов до < 4 недель в) ≥ 4 недель г) послеродовой сепсис			Доказательства: введение Cu-ВМК непосредственно после родов, особенно когда введение происходит сразу после рождения последа сопряжено с меньшей частотой экспульсии, чем при отсроченном введении после родов. Кроме того, введение ВМК после отделения плаценты во время кесарева сечения сопряжено с более низкой частотой экспульсии в сравнении с вагинальным введением. Частота перфораций и инфекций, возникших при введении ВМК не увеличивается в связи с введением ВМК в какой-либо момент послеродового периода (16-29). Одно рандомизированное контролируемое исследование выявило, что немедленное введение ЛНГ-ВМК было сопряжено с уменьшением продолжительности грудного вскармливания по сравнению с отсроченным введением (30). Два других рандомизированных контролируемых исследования, давших сравнительную оценку раннего и отсроченного начала применения прогестагеновых контрацептивов не показало различий в параметрах грудного вскармливания (31, 32). В других исследованиях введение ЛНГ-ВМК на 4-й неделе после родов или позже не оказывало вредного воздействия на грудное вскармливание (33-35).

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА КОНТРАЦЕПЦИИ (ВМК)			
ВМК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.			
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ		ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = начало, П = продолжение		
	Сu-ВМК	ЛНГ-ВМК	
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС; дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	Сu- ВМК = медь-содержащие ВМК ЛНГ-ВМК = левоноргестрел-содержащие ВМК (20 мкг/сутки)		
ПОСЛЕ АБОРТА*			
а) в первом триместре	1	1	<p>Пояснение: ВМК могут быть введены сразу же после самопроизвольного или индуцированного аборта в первом триместре.</p> <p>Доказательства: Не наблюдалось значимых различий в рисках осложнений при немедленном или отсроченном введении ВМК после аборта. Введение ВМК после аборта во втором триместре сопровождалось более высокой частотой экспульсий, чем после аборта в первом триместре. Не наблюдалось различий в безопасности или частоте экспульсий при введении ЛНГ-ВМК после аборта по сравнению с Сu-ВМК (36-48).</p>
б) во втором триместре	2	2	
в) сразу после септического аборта	4	4	
ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В АНАМНЕЗЕ*	1	1	
ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА ОРГАНАХ ТАЗА В АНАМНЕЗЕ (см. раздел «Послеродовый период, в том числе после кесарева сечения»)	1	1	
КУРЕНИЕ			
а) Возраст < 35 лет	1	1	
б) Возраст ≥ 35 лет			
i) < 15 сигарет/день	1	1	
ii) ≥ 15 сигарет /день	1	1	
ОЖИРЕНИЕ			
а) ИМТ ≥ 30 кг/м ²	1	1	
б) с менархе < 18 лет и ИМТ ≥ 30 кг/м ²	1	1	

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА КОНТРАЦЕПЦИИ

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА КОНТРАЦЕПЦИИ (ВМК)			
ВМК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.			
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ		ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = начало, П = продолжение		
	Cu-ВМК	ЛНГ-ВМК	
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС; дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	Cu- ВМК = медь-содержащие ВМК ЛНГ-ВМК = левоноргестрел-содержащие ВМК (20 мкг/сутки)		
ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НЕДОСТУПНО	НП	НП	НП = не применимо Пояснение: хотя измерение артериального давления может быть целесообразным с позиций профилактического здравоохранения, в действительности оно не имеет отношения к безопасности и эффективности применения ВМК. Женщинам не следует отказываться от применения ВМК только по причине того, что им недоступно измерение кровяного давления.
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ			
МНОЖЕСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (например: старший возраст, курение, диабет, гипертензия и установленная дислипидемия)	1	2	
ГИПЕРТЕНЗИЯ* Классификация гипертензии по всем категориям в данном разделе подразумевает отсутствие каких-либо других факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. При наличии множественных факторов риск сердечно-сосудистого заболевания может значительно возрастать. Однократного измерения артериального давления недостаточно, чтобы считать женщину гипертоником.			
а) гипертензия в анамнезе, когда артериальное давление НЕВОЗМОЖНО оценить (включая гипертензию во время беременности)	1	2	
б) адекватно контролируемая гипертензия, при которой артериальное давление ВОЗМОЖНО оценить	1	1	
в) повышенное артериальное давление (измеренное надлежащим образом)			
i) систолическое 140–159 мм рт. ст. или диастолическое 90–99 мм рт. ст.	1	1	
ii) систолическое ≥ 160 мм рт.ст. или диастолическое ≥ 100 мм рт. ст.	1	2	
г) сосудистые заболевания	1	2	

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА КОНТРАЦЕПЦИИ (ВМК)			
ВМК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.			
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ		ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = начало, П = продолжение		
	Сu-ВМК	ЛНГ-ВМК	
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС; дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	Сu- ВМК = медь-содержащие ВМК ЛНГ-ВМК = левоноргестрел-содержащие ВМК (20 мкг/сутки)		
ВЫСОКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ В АНАМНЕЗЕ (если в настоящее время артериальное давление возможно измерить, и оно нормальное)	1	1	
ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН (ТГВ)/ ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ (ТЭЛА)*			
а) ТГВ/ТЭЛА в анамнезе	1	2	Доказательства: несмотря на то, что доказательства риска венозного тромбоза при применении только прогестаген-содержащих контрацептивов (ПК) неоднозначны, любое незначительное увеличение риска существенно меньше, чем при применении КОК (49-51).
б) острые ТГВ/ТЭЛА	1	3	
в) ТГВ/ТЭЛА и антикоагулянтная терапия	1	2	Доказательства: несмотря на то, что доказательства риска венозного тромбоза при применении только прогестаген-содержащих контрацептивов (ПСК) неоднозначны, любое незначительное увеличение степени риска существенно меньше, чем при применении КОК (49-51). Ограниченные доказательства свидетельствуют, что введение ЛНГ-ВМК не сопряжено с высоким риском кровотечения у женщин, постоянно получающих антикоагулянтную терапию (52-54).
г) семейный анамнез (у ближайших родственников)	1	1	
д) большое хирургическое вмешательство			
i) с длительной иммобилизацией	1	2	
ii) без длительной иммобилизации	1	1	
ж) малое хирургическое вмешательство без иммобилизации	1	1	

ВМК

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА КОНТРАЦЕПЦИИ

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА КОНТРАЦЕПЦИИ (ВМК)			
ВМК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.			
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ		ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = начало, П = продолжение		
	Сu-ВМК	ЛНГ-ВМК	
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС; дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	Сu- ВМК = медь-содержащие ВМК ЛНГ-ВМК = левоноргестрел-содержащие ВМК (20 мкг/сутки)		
УСТАНОВЛЕННЫЕ ТРОМБОГЕННЫЕ МУТАЦИИ (например: фактора V /Лейден; протромбина; дефицит протеина S, протеина С и антитромбина)	1	2	
ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН			
а) варикозное расширение вен	1	1	
б) тромбоз поверхности вен	1	1	
ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ИЛИ В АНАМНЕЗЕ*	1	Н	П
		2	3
ИНСУЛЬТ* (острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе)	1	2	
УСТАНОВЛЕННАЯ ДИСЛИПИДЕМИЯ БЕЗ ДРУГИХ ИЗВЕСТНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	1	2	
ПОРОК СЕРДЦА			
а) неосложненный	1	1	
б) осложненный (легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый септический эндокардит в анамнезе)	2	2	

Пояснение: рутинный скрининг нецелесообразен ввиду редкости данных состояний и высокой стоимости скрининга.

Пояснение: рутинный скрининг нецелесообразен ввиду редкости данных состояний и высокой стоимости скрининга.

Пояснение: при введении ВМК рекомендуется провести антибиотикопрофилактику эндокардита.

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА КОНТРАЦЕПЦИИ (ВМК)

ВМК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.

СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ		ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = начало, П = продолжение		
	Сu-ВМК	ЛНГ-ВМК	
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС; дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	Сu- ВМК = медь-содержащие ВМК ЛНГ-ВМК = левоноргестрел-содержащие ВМК (20 мкг/сутки)		

РЕВМАТИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА (СКВ)
 У лиц, страдающих СКВ, повышен риск ишемической болезни сердца, инсульта и венозного тромбоза (ВТЭ). Если у женщины, больной СКВ, есть одно из названных заболеваний сердечно-сосудистой системы, следует руководствоваться теми же категориями приемлемости, которые указаны в МЕС для данных заболеваний. Классификация СКВ по всем категориям в данном разделе подразумевает отсутствие каких-либо других факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний; при наличии факторов риска классификация должна быть соответствующим образом изменена. Имеющиеся доказательства указывают на то, что многие женщины с СКВ могут применять большинство методов контрацепции, включая методы гормональной контрацепции (54-71).

	Н	П		Доказательства:
а) наличие антифосфолипидных антител (или их наличие не определялось)	1	1	3	наличие антифосфолипидных тел связано с высоким риском как артериального, так и венозного тромбоза (72, 73).
б) тяжелая тромбоцитопения	3	2	2	Пояснение: тяжелая тромбоцитопения увеличивает риск кровотечения. Категорию следует определять в зависимости от тяжести тромбоцитопении и её клинических проявлений. Женщинам с крайне тяжелой тромбоцитопенией, имеющим риск спонтанных кровотечений, должна быть обеспечена консультация специалиста, и предоставлено соответствующее профилактическое лечение. Доказательства: ЛНГ-ВМК может быть полезным для лечения меноррагии у женщин с тяжелой тромбоцитопенией (54).
в) иммуносупрессивная терапия	2	1	2	
г) ничего из вышеперечисленного	1	1	2	

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ

ГОЛОВНЫЕ БОЛИ*		Н	П	Пояснение: следует оценивать любые новые головные боли или заметные изменения в характере головной боли.
а) немигренозные (умеренные или тяжелые)	1	1	1	
б) мигрень				
i) без ауры				
возраст < 35 лет	1	2	2	
возраст ≥ 35 лет	1	2	2	
ii) с аурой, в любом возрасте	1	2	3	
ЭПИЛЕПСИЯ	1		1	

ВМК

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА КОНТРАЦЕПЦИИ

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА КОНТРАЦЕПЦИИ (ВМК)					
ВМК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.					
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ		ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА		
	Н = начало, П = продолжение				
	Cu-ВМК		ЛНГ-ВМК		
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС; дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	Cu- ВМК = медь-содержащие ВМК ЛНГ-ВМК = левоноргестрел-содержащие ВМК (20 мкг/сутки)				
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА					
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА	1		1		Пояснение: классификация основана на данных, касающихся женщин с некоторыми видами депрессивных расстройств. Нет данных о биполярных расстройствах или послеродовой депрессии. Возможны лекарственные взаимодействия между некоторыми антидепрессантами и гормональными контрацептивами.
ИНФЕКЦИИ И ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ					
КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ			Н	П	Пояснение: необычно обильное кровотечение должно вызывать подозрение о наличии серьезного заболевания. Доказательства: доказательства, полученные в результате исследований, изучавших терапевтический эффект ЛНГ-ВМК при тяжелых или продолжительных кровотечениях, не свидетельствуют о повышении частоты побочных эффектов и говорят о целесообразности применения ЛНГ-ВМК при лечении меноррагии (74-81).
а) нерегулярные, умеренные	1		1	1	
б) обильные или продолжительные (регулярные и нерегулярные)	2		1	2	
КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА (подозрение на серьезное заболевание)	Н	П	Н	П	Пояснение: при подозрении на беременность или патологическое состояние (например, злокачественная опухоль), необходимо провести обследование и уточнить категорию после установления диагноза. Нет необходимости в удалении ВМК перед обследованием.
до обследования	4	2	4	2	
ЭНДОМЕТРИОЗ	2		1		Доказательства: у женщин с эндометриозом, применявших ЛНГ-ВМК, отмечалось уменьшение дисменореи, тазовой боли и диспареунии (82-86).
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯЧИННИКОВ (а также кисты)	1		1		
ТЯЖЕЛАЯ ДИСМЕНОРЕЯ*	2		1		

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА КОНТРАЦЕПЦИИ (ВМК)					
ВМК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.					
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ				ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = начало, П = продолжение				
	Cu-ВМК		ЛНГ-ВМК		
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС; дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	Cu- ВМК = медь-содержащие ВМК ЛНГ-ВМК = левоноргестрел-содержащие ВМК (20 мкг/сутки)				
ГЕСТАЦИОННАЯ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ					Доказательства: ограниченные доказательства свидетельствуют о том, что при применении ВМК после удаления пузырного заноса риск развития трофобластической болезни не выше, чем при использовании других методов контрацепции (87-90).
а) снижающийся или неопределяемый уровень бета- ХГЧ	3		3		
б) постоянно повышенный уровень бета-ХГЧ или злокачественное заболевание	4		4		
ЭКТРОПИОН ШЕЙКИ МАТКИ	1		1		
ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ (CIN)*	1		2		
РАК ШЕЙКИ МАТКИ* (предстоящая терапия)	Н	П	Н	П	
	4	2	4	2	
ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ*					
а) опухолевидное образование неустановленного характера	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 анамнезе, без признаков рецидива в течение 5 лет наблюдения	1		3		
РАК ЭНДОМЕТРИЯ*	Н	П	Н	П	
	4	2	4	2	
РАК ЯИЧНИКА*	Н	П	Н	П	
	3	2	3	2	
МИОМА МАТКИ*					Доказательства: у женщин с миомой матки не отмечено неблагоприятного воздействия на здоровье применения ЛНГ-ВМК, а у некоторых женщин наблюдалось уменьшение симптомов и размеров узлов миомы (91-97).
а) без деформации полости матки	1		1		
б) с деформацией полости матки	4		4		

ВМК

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА КОНТРАЦЕПЦИИ

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА КОНТРАЦЕПЦИИ (ВМК)					
ВМК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.					
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ				ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = начало, П = продолжение				
	Cu-ВМК		ЛНГ-ВМК		
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС; дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	Cu- ВМК = медь-содержащие ВМК ЛНГ-ВМК = левоноргестрел-содержащие ВМК (20 мкг/сутки)				
АНАТОМИЧЕСКИЕ АНОМАЛИИ*					
а) деформированная полость матки (любая врожденная или приобретенная патология матки, деформирующая полость матки таким образом, что это не позволяет ввести ВМК	4		4		
б) другая патология (включая стеноз или повреждения цервикального канала) не деформирующая полость матки, но влияющие на введение ВМК	2		2		
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ)*					
а) ВЗОМТ в анамнезе (при условии отсутствия рисков ИППП в настоящее время)					
i) с последующей беременностью	Н	П	Н	П	
ii) без последующей беременности	1	1	1	1	
ii) без последующей беременности	2	2	2	2	
б) ВЗОМТ в настоящее время	4	2	4	2	
					Пояснение для продолжения использования ВМК: ВЗОМТ следует лечить антибиотиками. Обычно нет необходимости в удалении ВМК, если пациентка желает продолжить его применение (см. публикации ВОЗ по применению контрацептивов). Продолжительность применения ВМК зависит от информированного выбора женщины и имеющихся у нее факторов риска ИППП и ВЗОМТ. Доказательства: у женщин, применяющих ВМК, которым назначено лечение ВЗОМТ, клиническое течение заболевания одинаково как при удалении ВМК, так и при оставлении его на месте (98-100).

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА КОНТРАЦЕПЦИИ (ВМК)					
ВМК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.					
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ				ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = начало, П = продолжение				
	Cu-ВМК		ЛНГ-ВМК		
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС; дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	Cu- ВМК = медь-содержащие ВМК ЛНГ-ВМК = левоноргестрел-содержащие ВМК (20 мкг/сутки)				
ИППП†	Н	П	Н	П	
а) гнойный цервицит, хламидийная инфекция или гонорея в настоящее время	4	2	4	2	Пояснения для продолжения использования ВМК: ИППП следует лечить антибиотиками. Обычно нет необходимости в удалении ВМК, если пациентка желает продолжить его применение. Продолжительность применения ВМК зависит от информированного выбора женщины и имеющихся у нее факторов риска ИППП и ВЗОМТ. Доказательства: нет доказательств относительно увеличения риска ВЗОМТ при введении ВМК женщинами с ИППП. Абсолютный риск последующего ВЗОМТ был низким у женщин с ИППП на момент введения ВМК, но он был выше, чем у женщин, не имеющих ИППП на момент введения ВМК (101-108).
б) другие ИППП (за исключением ВИЧ и гепатита)	2	2	2	2	
в) вагинит (включая трихомонадный вагинит и бактериальный вагиноз)	2	2	2	2	
г) повышенный риск ИППП	2/3	2	2/3	2	Пояснение: введение ВМК в дальнейшем может увеличить риск ВЗОМТ у женщин с повышенным риском ИППП, хотя ограниченные доказательства предполагают, что этот риск - низкий. Современные алгоритмы определения увеличения риска ИППП имеют низкое прогностическое значение. Риск ИППП зависит от индивидуального поведения и распространенности ИППП на местном уровне. Следовательно, наряду с тем, что многим женщинам с повышенным риском ИППП, как правило, может быть введен ВМК, не следует его вводить некоторым женщинам с повышенным риском ИППП (с очень высокой индивидуальной вероятностью) до проведения диагностического обследования и лечения. Доказательства: на основании применения алгоритма для классификации рисков ИППП среди женщин, использующих ВМК, в одном исследовании отмечалось, что 11% женщин с высоким риском ИППП имели осложнения, связанные с ВМК, по сравнению с 5% женщин, которые не относились к группе высокого риска ИППП (104). В другом небольшом исследовании частота ВЗОМТ после введения ВМК была низкой (2.2%) в группе женщин, которых относили к группе высокого риска на основе высокой исходной частоты ИППП в общей популяции (109).

ВМК

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА КОНТРАЦЕПЦИИ

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА КОНТРАЦЕПЦИИ (ВМК)					
ВМК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.					
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ				ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = начало, П = продолжение				
	Cu-ВМК		ЛНГ-ВМК		
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС; дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	Cu- ВМК = медь-содержащие ВМК ЛНГ-ВМК = левоноргестрел-содержащие ВМК (20 мкг/сутки)				
ВИЧ/СПИД †					
ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	Н	П	Н	П	Доказательства: у женщин с риском ВИЧ-инфекции применение медь-содержащих ВМК не увеличивает риск приобретения ВИЧ-инфекции (110-120).
	2	2	2	2	
БЕССИМПТОМНОЕ ИЛИ ЛЕГКОЕ ТЕЧЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ (1-Я ИЛИ 2-Я СТАДИЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ)	2	2	2	2	Доказательства: ограниченные доказательства свидетельствуют, что у ВИЧ-инфицированных женщин, применяющих ВМК, не повышен риск инфекционных осложнений или осложнений в целом по сравнению с женщинами, не имеющими ВИЧ. Применение ВМК не оказывает более негативного влияния на течение ВИЧ в сравнении с применением гормональных контрацептивов. Кроме того, применение ВМК ВИЧ-инфицированными женщинами не было связано с увеличением риска передачи инфекции партнерам половым путем (121-128). Одно исследование показало отсутствие различий в инициации антиретровирусной терапии (АРТ) и в показателях CD4 у женщин, применявших и не применявших ЛНГ-ВМК (129).
ТЯЖЕЛАЯ ИЛИ ПОЗДНЯЯ СТАДИЯ СПИД (3-Я ИЛИ 4-Я СТАДИЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ)	3	2	3	2	Пояснение для продолжения использования ВМК: женщины с тяжелой или поздней стадией СПИД, применяющие ВМК, должны находиться под тщательным наблюдением на предмет развития ВЗОМТ. Доказательства: по данным одного исследования не было обнаружено различий в инициации АРТ или в показателях CD4 у женщин, применявших и не применявших ЛНГ-ВМК (129).
ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ					
ШИСТОСОМОЗ					
а) неосложненный	1		1		
б) фиброз печени (при тяжелой форме см. цирроз)	1		1		
ТУБЕРКУЛЕЗ*	Н	П	Н	П	
а) экстрагенитальный	1	1	1	1	
б) внутренних половых органов	4	3	4	3	
МАЛЯРИЯ	1		1		

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА КОНТРАЦЕПЦИИ (ВМК)

ВМК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.

СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ		ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = начало, П = продолжение		
	Сu-ВМК	ЛНГ-ВМК	

† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС; дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	Сu- ВМК = медь-содержащие ВМК ЛНГ-ВМК = левоноргестрел-содержащие ВМК (20 мкг/сутки)	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	--

ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ			
а) гестационный диабет в анамнезе	1	1	Доказательства: Ограниченные доказательства об использовании ЛНГ-ВМК женщинами с инсулинонезависимым или инсулинозависимым сахарным диабетом предполагают, что этот метод оказывает незначительное влияние на краткосрочный или долгосрочный контроль диабета (например, уровень гликированного гемоглобина HbA1c), маркеры гемостаза или липидный профиль (130, 131).
б) без поражения сосудов			
i) инсулинонезависимый	1	2	
ii) инсулинозависимый	1	2	
в) нефропатия/ретинопатия/нейропатия	1	2	
г) другие сосудистые заболевания или длительность диабета > 20 лет	1	2	

БОЛЕЗНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ			
а) простой зоб	1	1	
б) гипертириоз	1	1	
в) гипотериоз	1	1	

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

ЗАБОЛЕВАНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ			
а) симптомное			
i) хирургическое лечение (холецистэктомия)	1	2	
ii) лекарственная терапия	1	2	
iii) в настоящее время	1	2	
б) бессимптомное	1	2	

ВМК

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА КОНТРАЦЕПЦИИ

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА КОНТРАЦЕПЦИИ (ВМК)			
ВМК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.			
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ		ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = начало, П = продолжение		
	Си-ВМК	ЛНГ-ВМК	
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС; дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	Си- ВМК = медь-содержащие ВМК ЛНГ-ВМК = левоноргестрел-содержащие ВМК (20 мкг/сутки)		
ХОЛЕСТАЗ В АНАМНЕЗЕ*			
а) связанный с беременностью	1	1	
б) связанные с приемом КОК в прошлом	1	2	
ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ			
а) острый или обострение хронического	1	1	
б) носительство	1	1	
в) хронический	1	1	
ЦИРРОЗ			
а) легкий (компенсированный)	1	1	
б) тяжелый (декомпенсированный)	1	3	
ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ*			
а) доброкачественные			
i) очаговая узловая гиперплазия	1	2	
ii) гепатоцеллюлярная аденома	1	3	
б) злокачественная (гепатома)	1	3	
АНЕМИИ			
ТАЛАССЕМИЯ*	2	1	
СЕРПОВИДНО-КЛЕТОЧНАЯ АНЕМИЯ*	2	1	
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ*	2	1	

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА КОНТРАЦЕПЦИИ (ВМК)

ВМК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.

СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ		ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = начало, П = продолжение		
	Сu-ВМК	ЛНГ-ВМК	

† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС; дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	Сu- ВМК = медь-содержащие ВМК ЛНГ-ВМК = левоноргестрел-содержащие ВМК (20 мкг/сутки)		
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	--	--

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ (АРТ)	А		Б		ПОЯСНЕНИЕ: неизвестно взаимодействие между АРТ и применением ВМК. Однако тяжелая или поздняя стадия СПИД (3-я или 4-я стадия по классификации ВОЗ) классифицируется как Категория 3 для начала применения ВМК, и как Категория 2 для продолжения применения. Бессимптомное или легкое течение ВИЧ-инфекции (1-я или 2-я стадия по классификации ВОЗ) классифицируется как Категория 2 как для начала, так и для продолжения применения ВМК.
	Н	П	Н	П	
а) нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ)					
абакавир (ABC)	2/3	2	2/3	2	
тенофовир (TDF)	2/3	2	2/3	2	
зидовудин (AZT)	2/3	2	2/3	2	
ламивудин (ZTC)	2/3	2	2/3	2	
диданозин (DDI)	2/3	2	2/3	2	
эмтрицитабин (FTC)	2/3	2	2/3	2	
ставудин (D4T)	2/3	2	2/3	2	
б) ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ)					
эфаверенз (EFV)	2/3	2	2/3	2	
этравирин (ETR)	2/3	2	2/3	2	
невирапин (NVP)	2/3	2	2/3	2	
рилпивирин (RPV)	2/3	2	2/3	2	
в) ингибиторы протеазы (ИП)					
атазанавир, усиленный ритонавиром (ATV/r)	2/3	2	2/3	2	
лопинавир, усиленный ритонавиром (LPV/r)	2/3	2	2/3	2	
дарунавир, усиленный ритонавиром (DRV/r)	2/3	2	2/3	2	
ритонавир (RTV)	2/3	2	2/3	2	
г) ингибиторы интегразы					
ралтегравир (RAL)	2/3	2	2/3	2	

ВМК

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА КОНТРАЦЕПЦИИ

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА КОНТРАЦЕПЦИИ (ВМК)			
ВМК не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презервативы являются одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.			
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ		ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Н = начало, П = продолжение		
	Сu-ВМК	ЛНГ-ВМК	
† рекомендации, пересмотренные для 5-го издания МЕС; дальнейшие детали см. после данной таблицы * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	Сu- ВМК = медь-содержащие ВМК ЛНГ-ВМК = левоноргестрел-содержащие ВМК (20 мкг/сутки)		
ПРОТИВОСУДОРОЖНАЯ ТЕРАПИЯ			
а) некоторые противосудорожные препараты (фенитоин, карбамазепин, барбитураты, примидон, топирамат, окскарбазепин)	1	1	Доказательства: ограниченные доказательства предполагают, что применение определенных противосудорожных препаратов не влияет на контрацептивную эффективность ЛНГ-ВМК (132).
б) ламотригин	1	1	Доказательства: не сообщалось о лекарственных взаимодействиях у женщин с эпилепсией, принимающих ламотригин и использующих ЛНГ-ВМК (133).
АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ			
а) антибиотики широкого спектра действия	1	1	Доказательства: одно перекрестное исследование обнаружило, что рифабутин не влияет на эффективность ЛНГ-ВМК (132).
б) противогрибковые средства	1	1	
в) антипаразитарные средства	1	1	
г) терапия рифампицином или рифабутином	1	1	

РЕКОМЕНДАЦИИ, ПЕРЕСМОТРЕННЫЕ ДЛЯ 5-ГО ИЗДАНИЯ

Эти рекомендации были пересмотрены в соответствии с требованиями ВОЗ по разработке рекомендаций в рамках подготовки 5-го издания «Медицинских критериев приемлемости для использования методов контрацепции» (МЕС). Вопросы, связанные с популяцией, вмешательством, контролем, исходами (PICO), разработанные Группой по разработке рекомендаций (GDG), а также базы данных, изученные с целью поиска доказательств и подготовки систематических обзоров, описаны более подробно в 1-й части данного документа. Кроме того, профайлы доказательств GRADE, общая оценка качества доказательств GRADE, резюме доказательств, поддерживающих рекомендации, а также другие дополнительные замечания Группы по разработке рекомендаций, касающиеся рекомендаций, изложены в 1-й части.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОММЕНТАРИИ

Послеродовый сепсис

Введение ВМК может значительно усугубить данное состояние.

Введение вМК после аборта

Непосредственно после септического аборта: введение ВМК может значительно усугубить данное состояние.

Внематочная беременность в анамнезе

Абсолютный риск внематочной беременности чрезвычайно низок из-за высокой эффективности ВМК. Однако, при наступлении беременности во время применения ВМК значительно возрастает относительная вероятность её эктопической локализации.

Гипертензия

Теоретическое беспокойство вызывает воздействие ЛНГ на липиды. Ограничений по применению Cu-ВМК нет.

Тромбоз глубоких вен/тромбоэмболия легочных артерий

ЛНГ-ВМК могут оказаться полезными для лечения меноррагий у женщин, получающих длительную антикоагулянтную терапию.

Ишемическая болезнь сердца в настоящее время или в анамнезе

Теоретическое беспокойство вызывает действие ЛНГ на липиды. Ограничений по применению Cu-ВМК нет.

Инсульт

Теоретическое беспокойство вызывает действие ЛНГ на липиды. Ограничений по применению Cu-ВМК нет.

Головные боли

Аура – это специфичный очаговый неврологический симптом. 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):1-150.¹¹

Тяжелая дисменорея

Дисменорея может усилиться при применении Cu- ВМК. Применение ЛНГ-ВМК ассоциируется с уменьшением дисменореи.

Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN)

Есть некоторые теоретические опасения, что ЛНГ-ВМК может ускорить прогрессирование CIN.

Рак шейки матки (предстоящая терапия)

Есть опасения по поводу повышенного риска инфекций и кровотечения при введении ВМК. Вероятно, потребуется удаление ВМК на время лечения, но тогда женщина рискует забеременеть.

Заболевания молочных желез

Рак молочной железы: рак молочной железы является гормонально-чувствительной опухолью. При применении ЛНГ-ВМК меньше опасений в отношении прогрессирования заболевания, чем при использовании комбинированных оральных контрацептивов (КОК) или только прогестаген- содержащих контрацептивов с более высоким содержанием прогестагена (ПСТ).

Рак эндометрия

Есть опасения по поводу увеличения риска инфекций, перфорации и кровотечения при введении ВМК. Вероятно, потребуется удаление ВМК на время лечения, но тогда женщина рискует забеременеть.

Рак яичника

Вероятно, потребуется удалить ВМК на время лечения, но тогда женщина рискует забеременеть.

Миома матки

Без деформации полости матки: женщинам с тяжелыми или продолжительными кровотечениями присваивается категория, соответствующая этому состоянию.

11 Доступно на: http://ihs-classification.org/en/02_klassifikation

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА КОНТРАЦЕПЦИИ

С деформацией полости матки: миома матки, деформирующая полость матки, может быть несовместима с введением или надлежащим расположением ВМК.

Анатомические аномалии

Деформированная полость матки: при наличии анатомической аномалии, деформирующей полость матки, надлежащее расположение ВМК не представляется возможным.

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ)

ВМК не защищают от ИППП/ВИЧ/ВЗОМТ. Введение ВМК женщинам с низким риском ИППП не создает значительного риска ВЗОМТ. Риск ИППП в настоящее время и желание забеременеть в будущем имеют важнейшее значение.

Туберкулез

Туберкулез внутренних половых органов: введение ВМК может значительно усугубить данное состояние.

Холестаз в анамнезе

Есть опасения, что холестаз в анамнезе, связанный с приемом комбинированных гормональных контрацептивов, может быть предиктором последующего холестаза при применении ЛНГ. Неясно, есть ли риск холестаза при применении ЛНГ-ВМК.

Опухоли печени

Нет доказательств, касающихся применения гормональных контрацептивов женщинами с гепатоцеллюлярной аденомой. Хотя применение КОК здоровыми женщинами связано с развитием и ростом гепатоцеллюлярной аденомы, о наличии аналогичного эффекта при приеме других контрацептивов не известно.

Талассемия, серповидно-клеточная анемия, железодефицитная анемия

Вызывает беспокойство риск повышенной кровопотери при применении Cu-ВМК.

Ссылки

- Albert A, Carrasco F, Duenas JL, Navarro J. Analisis de las complicaciones menores surgidas durante el uso de DIU con cobre [Analysis of minor complications in copper IUD wearers]. *Clin Invest Ginecol Obstet*. 1983;10(1):16–22 (in Spanish).
- Allonen H, Luukkainen T, Nielsen NC, Nygren KG, Pyorala T. Two-year rates for Nova T and Copper T in a comparative study. *Contraception*. 1980;21(4):321–34.
- Allonen H, Luukkainen T, Nielsen NC, Nygren KG, Pyorala T. Factors affecting the clinical performance of Nova T and Copper T 200. *Obstet Gynecol*. 1984;64(4):524–9.
- Alton TM, Brock GN, Yang D, Wilking DA, Hertweck SP, Loveless MB. Retrospective review of intrauterine device in adolescent and young women. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2012;25(3):195–200.
- Behringer T, Reeves MF, Rossiter B, Chen BA, Schwarz EB. Duration of use of a levonorgestrel IUS amongst nulliparous and adolescent women. *Contraception*. 2011;84(5):e5–e10.
- Berenson AB, Tan A, Hirth JM, Wilkinson GS. Complications and continuation of intrauterine device use among commercially insured teenagers. *Obstet Gynecol*. 2013;121(5):951–8.
- Luukkainen T, Allonen H, Nielsen NC, Nygren KG, Pyorala T. Five years' experience of intrauterine contraception with the Nova-T and the Copper-T-200. *Am J Obstet Gynecol*. 1983;147(8):885–92.
- Luukkainen T, Nielsen NC, Nygren KG, Pyorala T. Nulliparous women, IUD and pelvic infection. *Ann Clin Res*. 1979;11(4):121–4.
- Luukkainen T, Nielsen NC, Nygren KG, Pyorala T, Allonen H. Combined and national experience of postmenstrual IUD insertions of Nova-T and Copper-T in a randomized study. *Contraception*. 1979;19(1):11–20.
- Nygren KG, Nielsen NC, Pyorala T, Allonen H, Luukkainen T. Intrauterine contraception with Nova-T and copper-T-200 during three years. *Contraception*. 1981;24(5):529–42.
- Osser S, Gullberg B, Liedholm P, Sjoberg NO. Risk of pelvic inflammatory disease among intrauterine-device users irrespective of previous pregnancy. *Lancet*. 1980;1(8165):386–8.
- Rasheed SM, Abdelmonem AM. Complications among adolescents using copper intrauterine contraceptive devices. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011;115(3):269–72.
- Skajaa K, Dorup I, Skajaa T. [Complications caused by intrauterine contraceptive devices]. *Ugeskr Laeger*. 1990;152(41):3002–6 (in Danish).
- Suhonen S, Haukkamaa M, Jakobsson T, Rauramo I. Clinical performance of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and oral contraceptives in young nulliparous women: a comparative study. *Contraception*. 2004;69(5):407–12.
- Zhang J, Feldblum PJ, Chi IC, Farr MG. Risk factors for copper T IUD expulsion: an epidemiologic analysis. *Contraception*. 1992;46(5):427–33.
- Bonilla Rosales F, Aguilar Zamudio ME, Cazares Montero Mde L, Hernandez Ortiz ME, Luna Ruiz MA. [Factors for expulsion of intrauterine device Tcu380A applied immediately postpartum and after a delayed period]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2005;43(1):5–10 (in Spanish).
- Brenner PF. A clinical trial of the Delta-T intrauterine device: immediate postpartum insertion. *Contraception*. 1983;28(2):135–47.
- Celen S, Moroy P, Sucak A, Aktulay A, Danisman N. Clinical outcomes of early postplacental insertion of intrauterine contraceptive devices. *Contraception*. 2004;69(4):279–82.
- 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(2):119–34.
- Eroglu K, Akkuzu G, Vural G, Dilbaz B, Akin A, Taskin L, et al. Comparison of efficacy and complications of IUD insertion in immediate postplacental/early postpartum period with interval period: 1 year follow-up. *Contraception*. 2006;74(5):376–81.
- Kapp N, Curtis KM. Intrauterine device insertion during the postpartum period: a systematic review. *Contraception*. 2009;80(4):327–36.
- Lara R, Sanchez RA, Aznar R. Aplicacion del dispositivo intrauterino a traves de la incision de la cesarea [Application of intrauterine device through the incision of the cesarean section]. *Ginecol Obstet Mex*. 1989;57:23–7 (in Spanish).
- Letti Muller AL, Lopes Ramos JG, Martins-Costa SH, Palma Dias RS, Valerio EG, Hammes LS, et al. Transvaginal ultrasonographic assessment of the expulsion rate of intrauterine devices inserted in the immediate postpartum period: a pilot study. *Contraception*. 2005;72(3):192–5.
- Mishell DR, Jr., Roy S. Copper intrauterine contraceptive device event rates following insertion 4 to 8 weeks post partum. *Am J Obstet Gynecol*. 1982;143(1):29–35.
- Morrison C, Waszak C, Katz K, Diabate F, Mate EM. Clinical outcomes of two early postpartum IUD insertion programs in Africa. *Contraception*. 1996;53(1):17–21.
- Thiery M, van Kets H, van der Pas H, van Os W, Dombrowicz N. The ML Cu250; clinical experience in Belgium and The Netherlands. *Br J Obstet Gynaecol*. 1982;89(Suppl 4):51–3.
- Van Der Pas MT, Delbeke L, Van Dets H. Comparative performance of two copper-wired IUDs (ML Cu 250 and T Cu 200: immediate postpartum and interval insertion. *Contracept Deliv Syst*. 1980;1(1):27–35.
- Welkovic S, Costa LO, Faundes A, de Alencar Ximenes R, Costa CF. Postpartum bleeding and infection after post-placental IUD insertion. *Contraception*. 2001;63(3):155–8.
- Zhou SW, Chi IC. Immediate postpartum IUD insertions in a Chinese hospital – a two year follow-up. *Int J Gynaecol Obstet*. 1991;35(2):157–64.
- Chen BA, Reeves MF, Creinin MD, Schwarz EB. Postplacental or delayed levonorgestrel intrauterine device insertion and breast-feeding duration. *Contraception*. 2011;84(5):499–504.

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА КОНТРАЦЕПЦИИ

31. Brito MB, Ferriani RA, Quintana SM, Yazlle ME, Silva de Sá MF, Vieira CS. Safety of the etonogestrel-releasing implant during the immediate postpartum period: a pilot study. *Contraception*. 2009;80(6):519–26.
32. Gurtcheff SE, Turok DK, Stoddard G, Murphy PA, Gibson M, Jones KP. Lactogenesis after early postpartum use of the contraceptive implant: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2011;117(5):1114–21.
33. Bahamondes L, Bahamondes MV, Modesto W, Tilley IB, Magalhaes A, Pinto e Silva JL, et al. Effect of hormonal contraceptives during breastfeeding on infant's milk ingestion and growth. *Fertil Steril*. 2013;100(2):445–50.
34. Costa ML, Cecatti JG, Krupa FG, Rehder PM, Sousa MH, Costa-Paiva L. Progestin-only contraception prevents bone loss in postpartum breastfeeding women. *Contraception*. 2012;85(4):374–80.
35. Shaamash AH, Sayed GH, Hussien MM, Shaaban MM. A comparative study of the levonorgestrel-releasing intrauterine system Mirena versus the Copper T380A intrauterine device during lactation: breast-feeding performance, infant growth and infant development. *Contraception*. 2005;72(5):346–51.
36. Zhang PZ. Five years experience with the copper T 200 in Shanghai - 856 cases. *Contraception*. 1980;22:561–71.
37. Timonen H, Luukkainen T. Immediate postabortion insertion of the copper-T (TCu-200) with eighteen months follow-up. *Contraception*. 1974;9:153–60.
38. 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. *Clin Reprod Fertil*. 1983;2:113–28.
39. 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. *Stud Fam Plann*. 1983;14:99–108.
40. 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. *Stud Fam Plann*. 1983;14:109–14.
41. 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.
42. Stanwood NL, Grimes DA, Schulz KF. Insertion of an intrauterine contraceptive device after induced or spontaneous abortion: a review of the evidence. *BJOG*. 2001;108:1168–73.
43. 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.
44. Moussa A. Evaluation of postabortion IUD insertion in Egyptian women. *Contraception*. 2001;63:315–7.
45. Gupta I, Devi PK. Studies on immediate post-abortion copper 'T' device. *Indian J Med Res*. 1975;63:736–9.
46. Grimes D, Schulz K, Stanwood N. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. [update of Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD001777]. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;CD001777.
47. Gillett PG, Lee NH, Yuzpe AA, Cerskus I. A comparison of the efficacy and acceptability of the Copper-7 intrauterine device following immediate or delayed insertion after first-trimester therapeutic abortion. *Fertil Steril*. 1980;34:121–4.
48. El Tagy A, Sakr E, Sokal DC, Issa AH. Safety and acceptability of post-abortal IUD insertion and the importance of counseling. *Contraception*. 2003;67:229–34.
49. Vasilakis C, Jick H, Mar Melero-Montes M. Risk of idiopathic venous thromboembolism in users of progestogens alone. *Lancet*. 1999;354:1610–1.
50. Heinemann L, Assmann A, DoMinh T, Garbe E. Oral progestogen-only contraceptives and cardiovascular risk: results from the Transnational Study on Oral Contraceptives and the health of Young Women. *Eur J Contracep Repr*. 1999;4:67–73.
51. World Health Organization. Cardiovascular disease and use of oral and injectable progestogen-only contraceptives and combined injectable contraceptives. Results of an international, multicenter, case-control study. *Contraception*. 1998;57:315–24.
52. Kingman CE, Kadir RA, Lee CA, Economides DL. The use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system for treatment of menorrhagia in women with inherited bleeding disorders. *BJOG*. 2004;111:1425–8.
53. Pisoni CN, Cuadrado MJ, Khamashta MA, Hunt BJ. Treatment of menorrhagia associated with oral anticoagulation: efficacy and safety of the levonorgestrel releasing intrauterine device (Mirena coil). *Lupus*. 2006;15:877–80.
54. Schaedel ZE, Dolan G, Powell MC. The use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in the management of menorrhagia in women with hemostatic disorders. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193:1361–3.
55. Somers E, Magder LS, Petri M. Antiphospholipid antibodies and incidence of venous thrombosis in a cohort of patients with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol*. 2002;29:2531–6.
56. Sarabi ZS, Chang E, Bobba R, al e. Incidence rates of arterial and venous thrombosis after diagnosis of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 2005;53:609–12.
57. Sanchez-Guerrero J, Uribe AG, Jimenez-Santana L, Mestanza-Peralta M, Lara-Reyes P, Seuc AH, et al. A trial of contraceptive methods in women with systemic lupus erythematosus. *N Engl J Med*. 2005;353:2539–49.
58. Petri M, Kim MY, Kalunian KC, et al. Combined oral contraceptives in women with systemic lupus erythematosus. *N Engl J Med*. 2005;353:2550–8.

59. Petri M. Lupus in Baltimore: evidence-based 'clinical pearls' from the Hopkins Lupus Cohort. *Lupus*. 2005;14:970–3.
60. Petri M. Musculoskeletal complications of systemic lupus erythematosus in the Hopkins Lupus Cohort: an update. *Arthritis Care Res*. 1995;8:137–45.
61. Mintz G, Gutierrez G, Delezé M, Rodríguez E. Contraception with progestogens in systemic lupus erythematosus. *Contraception*. 1984;30:29–38.
62. McDonald J, Stewart J, Urowitz MB, Gladman DD. Peripheral vascular disease in patients with systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 1992;51:56–60.
63. McAlindon T, Giannotta L, Taub N, D'Cruz D, Hughes G. Environmental factors predicting nephritis in systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 1993;52:720–4.
64. Manzi S, Meilahn EN, Rairie JE, Conte CG, Medsger TA Jr, Jansen-McWilliams L, et al. Age-specific incidence rates of myocardial infarction and angina in women with systemic lupus erythematosus: comparison with the Framingham Study. *Am J Epidemiol*. 1997;145:408–15.
65. Jungers P, Dougados M, Pelissier C, et al. Influence of oral contraceptive therapy on the activity of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 1982;25:618–23.
66. Julkunen HA, Kaaja R, Friman C. Contraceptive practice in women with systemic lupus erythematosus. *Br J Rheumatol*. 1993;32:227–30.
67. Julkunen HA. Oral contraceptives in systemic lupus erythematosus: side-effects and influence on the activity of SLE. *Scand J Rheumatol*. 1991;20:427–33.
68. Esdaile JM, Abrahamowicz M, Grodzicky T, Li Y, Panaritis C, du Berger R, et al. Traditional Framingham risk factors fail to fully account for accelerated atherosclerosis in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 2001;44:2331–7.
69. Chopra N, Koren S, Greer WL, et al. Factor V Leiden, prothrombin gene mutation, and thrombosis risk in patients with antiphospholipid antibodies. *J Rheumatol*. 2002;29:1683–8.
70. Bernatsky S, Ramsey-Goldman R, Gordon C, et al. Factors associated with abnormal Pap results in systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*. 2004;43:1386–9.
71. Bernatsky S, Clarke A, Ramsey-Goldman R, Joseph L, Boivin JF, Rajan R, et al. Hormonal exposures and breast cancer in a sample of women with systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*. 2004;43:1178–81.
72. Wahl DG, Guillemin F, de Maistre E, Perret C, Lecompte T, Thibaut G. Risk for venous thrombosis related to antiphospholipid antibodies in systemic lupus erythematosus – a meta-analysis. *Lupus*. 1997;6:467–73.
73. Choojitarom K, Verasertniyom O, Totemchokchayakarn K, Nantiruj K, Sumethkul V, Janwityanujit S. Lupus nephritis and Raynaud's phenomenon are significant risk factors for vascular thrombosis in SLE patients with positive antiphospholipid antibodies. *Clin Rheumatol*. 2008;27(3):345–51.
74. Barrington JW, Arunkalaivanan AS, bdel-Fattah M. Comparison between the levonorgestrel intrauterine system (LNG-IUS) and thermal balloon ablation in the treatment of menorrhagia. *Eur J Obstet Gynecol Repr Biol*. 2003;108(1):72–4.
75. Gupta B, Mittal S, Misra R, Deka D, Dadhwal V. Levonorgestrel-releasing intrauterine system vs. transcervical endometrial resection for dysfunctional uterine bleeding. *Int J Gynaecol Obstet*. 2006;95(3):261–6.
76. Hurskainen R, Teperi J, Rissanen P, Aalto AM, Grenman S, Kivela A, 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(9252):273–7.
77. Istre O, Trolle B. Treatment of menorrhagia with the levonorgestrel intrauterine system versus endometrial resection. *Fertil Steril*. 2001;76(2):304–9.
78. Koh SC, Singh K. The effect of levonorgestrel-releasing intrauterine system use on menstrual blood loss and the hemostatic, fibrinolytic/inhibitor systems in women with menorrhagia. *J Thromb Haemost*. 2007;5(1):133–8.
79. Lethaby AE, Cooke I, Rees M. Progesterone/progestogen releasing intrauterine systems versus either placebo or any other medication for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD002126.
80. Magalhaes J, Aldrighi JM, de Lima GR. Uterine volume and menstrual patterns in users of the levonorgestrel-releasing intrauterine system with idiopathic menorrhagia or menorrhagia due to leiomyomas. *Contraception*. 2007;75(3):193–8.
81. Stewart A, Cummins C, Gold L, Jordan R, Phillips W. The effectiveness of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in menorrhagia: a systematic review. *Br J Obstet Gynaecol*. 2001;108(1):74–86.
82. Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Portuese A, Raffaelli R. Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of rectovaginal endometriosis. *Fertil Steril*. 2001;75(3):485–8.
83. Lockhat FBE. The effect of a levonorgestrel intrauterine system (LNG-IUS) on symptomatic endometriosis. *Fertil Steril*. 2002;77 Suppl 1:S24.
84. Petta CA, Ferriani RA, Abrao MS, Hassan D, Rosa E Silva JC, Podgaec S, et al. Randomized clinical trial of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and a depot GnRH analogue for the treatment of chronic pelvic pain in women with endometriosis. *Hum Reprod*. 2005;20(7):1993–8.
85. Vercellini P, Aimi G, Panazza S, De Giorgi O, Pesole A, Crosignani PG. A levonorgestrel-releasing intrauterine system for the treatment of dysmenorrhea associated with endometriosis: a pilot study. *Fertil Steril*. 1999;72(3):505–8.
86. Vercellini P, Frontino G, De GO, Aimi G, Zaina B, Crosignani PG. Comparison of a levonorgestrel-releasing intrauterine device versus expectant management after conservative surgery for symptomatic endometriosis: a pilot study. *Fertil Steril*. 2003;80(2):305–9.
87. Gaffield ME, Kapp N, Curtis KM. Combined oral contraceptive and intrauterine device use among women with gestational trophoblastic disease. *Contraception*. 2009;80(4):363–71.

ВНУТРИМАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА КОНТРАЦЕПЦИИ

88. Adewole IF, Oladokun A, Fawole AO, Olawuyi JF, Adeleye JA. Fertility regulatory methods and development of complications after evacuation of complete hydatidiform mole. *J Obstet Gynecol.* 2000;20:68–9.
89. Deicas RE, Miller DS, Rademaker AW, Lurain JR. The role of contraception in the development of postmolar trophoblastic tumour. *Obstet Gynecol.* 1991;78:221–6.
90. Ho Yuen B, Burch P. Relationship of oral contraceptives and the intrauterine contraceptive devices to the regression of concentration of the beta subunit of human chorionic gonadotropin and invasive complications after molar pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1983;145:214–7.
91. Fedele L, Bianchi S, Raffaelli R, Portuese A, Dorta M. Treatment of adenomyosis-associated menorrhagia with a levonorgestrel-releasing intrauterine device. *Fertil Steril.* 1997;68:426–9.
92. Grigorieva V, Chen-Mok M, Tarasova M, Mikhailov A. Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine system to treat bleeding related to uterine leiomyomas. *Fertil Steril.* 2003;79:1194–8.
93. Wildemeersch D, Schacht E. The effect on menstrual blood loss in women with uterine fibroids of a novel 'frameless' intrauterine levonorgestrel-releasing drug delivery system: a pilot study. *Eur J Obstet Gynecol Repr Biol.* 2002;102:74–9.
94. 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. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2001;6:192–8.
95. 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;66:93–9.
96. 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.
97. Mercoria F, De Simone R, Di Spiezio Sardo A, Cerrota G, Bifulco G, Vanacore F, et al. The effect of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of myoma-related menorrhagia. *Contraception.* 2003;67:277–80.
98. 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.
99. Soderberg G, Lindgren S. Influence of an intrauterine device on the course of an acute pelvic inflammatory disease. *Contraception.* 1981;24:137–43.
100. Teisala K. Removal of an intrauterine device and the treatment of acute pelvic inflammatory disease. *Ann Med.* 1989;21:63–5.
101. Faundes A, Telles E, Cristofolletti ML, Faundes D, Castro S, Hardy E. The risk of inadvertent intrauterine device insertion in women carriers of endocervical *Chlamydia trachomatis*. *Contraception.* 1998;58(2):105–9.
102. Ferraz do Lago R, Simoes JA, Bahamondes L, Camargo RP, Perrotti M, Monteiro I. Follow-up of users of intrauterine device with and without bacterial vaginosis and other cervicovaginal infections. *Contraception.* 2003;68(2):105–9.
103. Mohllajee AP, Curtis KM, Peterson HB. Does insertion and use of an intrauterine device increase the risk of pelvic inflammatory disease among women with sexually transmitted infection? A systematic review. *Contraception.* 2006;73(2):145–53.
104. Morrison CS, Sekadde-Kigondo C, Miller WC, Weiner DH, Sinei SK. Use of sexually transmitted disease risk assessment algorithms for selection of intrauterine device candidates. *Contraception.* 1999;59(2):97–106.
105. Pap-Akeson M, Solheim F, Thorbert G, Akerlund M. Genital tract infections associated with the intrauterine contraceptive device can be reduced by inserting the threads into the uterine cavity. *Br J Obstet Gynaecol.* 1992;99(8):676–9.
106. Sinei SK, Schulz KF, Lamptey PR, Grimes DA, Mati JK, Rosenthal SM, et al. Preventing IUCD-related pelvic infection: the efficacy of prophylactic doxycycline at insertion. *Br J Obstet Gynaecol.* 1990;97(5):412–9.
107. Skjeldestad FE, Halvorsen LE, Kahn H, Nordbo SA, Saake K. IUD users in Norway are at low risk for genital *C. trachomatis* infection. *Contraception.* 1996;54(4):209–12.
108. Walsh TL, Bernstein GS, Grimes DA, Freziers R, Bernstein L, Coulson AH. Effect of prophylactic antibiotics on morbidity associated with IUD insertion: results of a pilot randomized controlled trial. *IUD Study Group. Contraception.* 1994;50(4):319–27.
109. Cropsey KL, Matthews C, Campbel S, Ivey S, Adawadkar S. Long-term, reversible contraception use among high-risk women treated in a university-based gynecology clinic: comparison between IUD and depo-provera. *J Womens Health (Larchmt).* 2010;19(2):349–53.
110. Crael M, Van de Perre PH, Lepage PH, Allen S, Nsengumuremyi F, Van Goethem C, et al. Human immunodeficiency virus transmission among heterosexual couples in Central Africa. *AIDS.* 1988;2(3):201–5.
111. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. *BMJ.* 1992;304(6830):809–13.
112. Mann JM, Nzilambi N, Piot P, Bosenge N, Kalala M, Francis H, et al. HIV infection and associated risk factors in female prostitutes in Kinshasa, Zaire. *AIDS.* 1998;2:249–54.
113. Kapiga SH, Lyamuya EF, Lwihula GK, Hunter DJ. The incidence of HIV infection among women using family planning methods in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS.* 1998;12(1):75–84.
114. Kapiga SH, Shao JF, Lwihula GK, Hunter DJ. Risk factors for HIV infection among women in Dar-es-Salaam, Tanzania. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 1994;7(3):301–9.
115. Martin HL, Jr., Nyange PM, Richardson BA, Lavreys L, Mandaliya K, Jackson DJ, et al. Hormonal contraception, sexually transmitted diseases, and risk of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *J Infect Dis.* 1998;178(4):1053–9.

116. Mati JK, Hunter DJ, Maggwa BN, Tukei PM. Contraceptive use and the risk of HIV infection in Nairobi, Kenya. *Int J Gynaecol Obstet.* 1995;48(1):61–7.
117. Nicolosi A, Correa Leite ML, Musicco M, Arici C, Gavazzeni G, Lazzarin A. The efficiency of male-to-female and female-to-male sexual transmission of the human immunodeficiency virus: a study of 730 stable couples. Italian Study Group on HIV Heterosexual Transmission [comment]. *Epidemiology.* 1994;5(6):570–5.
118. Plourde PJ, Plummer FA, Pepin J, Agoki E, Moss G, Ombette J, et al. Human immunodeficiency virus type 1 infection in women attending a sexually transmitted diseases clinic in Kenya [comment]. *J Infect Dis.* 1992;166(1):86–92.
119. Sinei SK, Fortney JA, Kigonde CS, Feldblum PJ, Kuyoh M, Allen MY, et al. Contraceptive use and HIV infection in Kenyan family planning clinic attenders. *Int J STD AIDS.* 1996;7(1):65–70.
120. Spence MR, Robbins SM, Polansky M, Schable CA. Seroprevalence of human immunodeficiency virus type I (HIV-1) antibodies in a family-planning population. *Sex Transm Dis.* 1991;18(3):143–5.
121. Mostad SB, Overbaugh J, DeVange DM, Welch MJ, Chohan B, Mandaliya K, 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.
122. Sinei SK, Morrison CS, Sekadde-Kigonde C, Allen M, Kokonya D. Complications of use of intrauterine devices among HIV-1 infected women. *Lancet.* 1998;351:1238–41.
123. Richardson BA, Morrison CS, Sekadde-Kigonde C, Sinei SK, Overbaugh J, Panteleeff DD, et al. Effect of intrauterine device use on cervical shedding of HIV-1 DNA. *AIDS.* 1999;13:2091–7.
124. Kovacs A, Wasserman SS, Burns D, Wright DJ, Cohn J, Landay A, et al. Determinants of HIV-1 shedding in the genital tract of women. *Lancet.* 2001;358:1593–601.
125. Morrison CS, Sekadde-Kigonde C, Sinei SK, Weiner DH, Kwok C, Kokonya D. Is the intrauterine device appropriate contraception for HIV-1 infected women? *BJOG.* 2001;108:784–90.
126. Heikinheimo O, Lehtovirta P, Suni J, Paavonen J. The levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in HIV-infected women – effects on bleeding patterns, ovarian function and genital shedding of HIV. *Hum Reprod.* 2006;21:2857–61.
127. Stringer EM, Kaseba C, Levy J, Sinkala M, Goldenberg RL, Chi BH, et al. A randomized trial of the intrauterine contraceptive device vs hormonal contraception in women who are infected with the human immunodeficiency virus. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197:144.e1–8.
128. Lehtovirta P, Paavonen J, Heikinheimo O. Experience with the levonorgestrel-releasing intrauterine system among HIV-infected women. *Contraception.* 2007;75:37–9.
129. World Health Organization, Task Force for Epidemiological Research on Reproductive Health; Special Programme of Research, Development, and Research Training in Human Reproduction. Progestogen-only contraceptives during lactation: II. Infant development. *Contraception.* 1994;50(1):55–68.
130. Rogovskaya S, Rivera R, Grimes DA, Chen P-L, Pierre-Louis B, Prilepskaya V, et al. Effect of a levonorgestrel intrauterine system on women with type 1 diabetes: a randomized trial. *Obstet Gynecol.* 2005;105:811–5.
131. Grigoryan OR, Grodnitskaya EE, Andreeva EN, Shestakova MV, Melnichenko GA, Dedov II. Contraception in perimenopausal women with diabetes mellitus. *Gynecol Endocrinol.* 2006;22(4):198–206.
132. Bounds W, Guillebaud J. Observational series on women using the contraceptive Mirena concurrently with anti-epileptic and other enzyme-inducing drugs. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2002;28:78–80.
133. Reimers A, Helde G, Brodtkorb E. Ethinyl estradiol, not progestogens, reduces lamotrigine serum concentrations. *Epilepsia.* 2005;46(9):1414–7.

МЕДЬ-СОДЕРЖАЩИЕ ВМК ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

2.7.5 Медь-содержащие ВМК для экстренной контрацепции (Cu-ЭВМК)

Применение медь-содержащих внутриматочных средств для экстренной контрацепции (Cu-ЭВМК) высокоэффективно для предохранения от нежелательной беременности. С этой целью Cu-ВМК может быть введен в течение пяти дней с момента незащищенного коитуса. Однако, когда имеется возможность определить время овуляции, при необходимости можно ввести Cu-ВМК в пределах 5 дней после коитуса, при условии, что введение производится не позже 5 дней после овуляции.

Критерии выбора при введении обычного Cu-ВМК также применимы для Cu-ЭВМК (см. раздел 2.7.4).

МЕДЬ-СОДЕРЖАЩИЕ ВМК ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ (Cu-ЭВМК)		
Внутриматочные средства контрацепции не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презерватив является одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.		
СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КАТЕГОРИЯ	ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
БЕРЕМЕННОСТЬ	4	Пояснение: применение ВМК не показано во время беременности, и не должно использоваться из-за риска ВЗОМТ и септического спонтанного аборта.
ИЗНАСИЛОВАНИЕ*		
а) высокий риск ИППП	3	
б) низкий риск ИППП	1	

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОММЕНТАРИИ**Изнасилование**

ВМК не защищают от ИППП/ВИЧ или воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ). У женщин с хламидийной инфекцией или гонореей следует избегать потенциального повышения риска ВЗОМТ, связанного с введением ВМК. В меньшей степени эта проблема касается других ИППП.

2.7.6 Вагинальное кольцо, содержащее прогестерон (ПВК), для женщин, кормящих грудью

Вагинальное кольцо, содержащее прогестерон (ПВК), является методом контрацепции, предназначенным для женщин, активно кормящих грудью, как минимум 4 раза в день. Оно представляет собой подвижное кольцо, которое выделяет 10 мг/день прогестерона. При использовании кольца достигается средняя концентрация прогестерона в плазме 20 нмоль/л, которая аналогична средней концентрации, выделяемой в лютеиновой фазе у женщин с нормальной детородной функцией. ПВК носят постоянно в течение 3-х месяцев (приблизительно 90 дней) и его можно вводить на 6-ой неделе после родов. Использование ПВК во время грудного вскармливания требует замены каждые три месяца (± 2 недели). Механизм действия данного контрацептива заключается в подавлении овуляции (1, 2).

ВАГИНАЛЬНОЕ КОЛЬЦО, СОДЕРЖАЩЕЕ ПРОГЕСТЕРОН (ПВК) ДЛЯ ЖЕНЩИН, КОРМЯЩИХ ГРУДЬЮ		
ПВК не защищает от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. Надлежащее использование презервативов представляет собой один из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.		
СОСТОЯНИЕ † рекомендации, пересмотренные для 5-го издания, дальнейшие детали см. после данной таблицы	КАТЕГОРИЯ	ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
БЕРЕМЕННОСТЬ	НП	НП = не применимо Пояснение: Применение ПВК не требуется. Нет сведений о том, причиняет ли случайное использование ПВК во время беременности вред женщине, течению её беременности или плоду.
ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ ≥ 4 НЕДЕЛЬ ПОСЛЕ РОДОВ[†]	1	Пояснение: Женщина должна активно кормить грудью (т.е. не менее 4-х раз в день) во время использования ПВК для поддержания эффективности его действия. Доказательства: не наблюдалось различий по ряду параметров грудного вскармливания между женщинами, использовавшими ПВК, и теми, кто пользовался негормональными или только прогестаген-содержащими контрацептивами в течение 12 месяцев наблюдения (3–8). Не наблюдалось статистически значимых различий в прибавке веса новорожденных, матери которых использовали ПВК, и тех, чьи матери использовали негормональные или только прогестаген-содержащие контрацептивы (5, 7, 9); аналогичные паттерны прибавки веса новорожденных наблюдались в другом исследовании, в котором сравнивали использование ПВК и ВМК (8). Одно исследование показало отсутствие значительных различий в состоянии здоровья новорожденных (8).

РЕКОМЕНДАЦИИ, ПЕРЕСМОТРЕННЫЕ ДЛЯ 5-ГО ИЗДАНИЯ

Эти рекомендации были пересмотрены в соответствии с требованиями ВОЗ по разработке рекомендаций в рамках подготовки 5-го издания «Медицинских критериев приемлемости для использования методов контрацепции» (МЕС). Вопросы, связанные с популяцией, вмешательством, контролем, исходами (PICO), разработанные Группой по разработке рекомендаций (GDG), а также базы данных, изученные с целью поиска доказательств и подготовки систематических обзоров, описаны более подробно в 1-й части данного документа. Кроме того, профайлы доказательств GRADE, общая оценка качества доказательств GRADE, резюме доказательств, поддерживающих рекомендации, а также другие дополнительные замечания Группы по разработке рекомендаций, касающиеся рекомендаций, изложены в 1-й части.

ПВК

Ссылки

1. Diaz S, Aravena R, Cardenas H, Casado ME, Miranda P, Schiappacasse V, et al. Contraceptive efficacy of lactational amenorrhea in urban Chilean women. *Contraception*. 1991;43(4):335–52.
2. Nath A, Sitruk-Ware R. Progesterone vaginal ring for contraceptive use during lactation. *Contraception*. 2010;82(5):428–34.
3. Diaz S, Jackanicz TM, Herreros C, Juez G, Peralta O, Miranda P, et al. Fertility regulation in nursing women: VIII. Progesterone plasma levels and contraceptive efficacy of a progesterone-releasing vaginal ring. *Contraception*. 1985;32(6):603–22.
4. Diaz S, Reyes MV, Zepeda A, Gonzalez GB, Lopez JM, Campino C, et al. Norplant® implants and progesterone vaginal rings do not affect maternal bone turnover and density during lactation and after weaning. *Human reproduction (Oxford, England)*. 1999;14(10):2499–505.
5. Diaz S, Zepeda A, Maturana X, Reyes MV, Miranda P, Casado ME, et al. Fertility regulation in nursing women. IX. Contraceptive performance, duration of lactation, infant growth, and bleeding patterns during use of progesterone vaginal rings, progestin-only pills, Norplant implants, and Copper T 380-A intrauterine devices. *Contraception*. 1997;56(4):223–32.
6. Massai R, Miranda P, Valdes P, Lavin P, Zepeda A, Casado ME, et al. Preregistration study on the safety and contraceptive efficacy of a progesterone-releasing vaginal ring in Chilean nursing women. *Contraception*. 1999;60(1):9–14.
7. Shaaban MM. Contraception with progestogens and progesterone during lactation. *J Steroid Biochem Mol Biol*. 1991;40(4–6):705–10.
8. Sivin I, Diaz S, Croxatto HB, Miranda P, Shaaban M, Sayed EH, et al. Contraceptives for lactating women: a comparative trial of a progesterone-releasing vaginal ring and the copper T 380A IUD. *Contraception*. 1997;55(4):225–32.
9. Chen JH, Wu SC, Shao WQ, Zou MH, Hu J, Cong L, et al. The comparative trial of TCu 380A IUD and progesterone-releasing vaginal ring used by lactating women. *Contraception*. 1998;57(6):371–9.

2.7.7 Барьерные методы контрацепции (БМК)

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ (БМК)				
Барьерные методы контрацепции (БМК) не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презерватив является одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.				
СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Презервативы	Диафрагмы	Спермициды	
Презервативы = мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы Диафрагмы = диафрагмы (со спермицидами), шеечные колпачки				
Женщины, для которых беременность является недопустимым риском из-за их состояния здоровья, должны знать, что барьерные методы предохранения от беременности могут оказаться неприемлемыми для тех из них, кто не может использовать их последовательно и правильно, поскольку эти методы характеризуются более высокой частотой наступления беременности при ненадлежащем применении.				
ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ				
БЕРЕМЕННОСТЬ	НП	НП	НП	НП = не применимо Пояснение: ни один из этих методов не показан в качестве средства контрацепции в период беременности. Однако для женщин, которые продолжают быть подвержены высокому риску заражения ИППП/ВИЧ, рекомендуется правильное и регулярное использование презервативов во время беременности.
ВОЗРАСТ				
а) с менархе до < 40 лет	1	1	1	
б) ≥ 40 лет	1	1	1	
ПАРИТЕТ				
а) рожавшие	1	1	1	Пояснение: у рожавших женщин существует более высокая вероятность выпадения цервикальных колпачков, чем у нерожавших.
б) нерожавшие	1	1	2	
ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД				
а) < 6 недель после родов	1	1	НП	Пояснение: диафрагма и колпачок не должны применяться до завершения инволюции матки.
б) ≥ 6 недель после родов	1	1	1	
ПОСЛЕ АБОРТА				
а) в первом триместре	1	1	1	Пояснение: диафрагма и колпачок не должны применяться в течение 6 недель после аборта во втором триместре беременности.
б) во втором триместре	1	1	1	
в) сразу после септического аборта	1	1	1	

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ (БМК)				
Барьерные методы контрацепции (БМК) не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презерватив является одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.				
СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Презервативы	Диафрагмы	Спермициды	
Презервативы = мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы				
Диафрагмы = диафрагмы (со спермицидами), шеечные колпачки				
Женщины, для которых беременность является недопустимым риском из-за их состояния здоровья, должны знать, что барьерные методы предохранения от беременности могут оказаться неприемлемыми для тех из них, кто не может использовать их последовательно и правильно, поскольку эти методы характеризуются более высокой частотой наступления беременности при ненадлежащем применении.				
ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В АНАМНЕЗЕ	1	1	1	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА ОРГАНАХ ТАЗА В АНАМНЕЗЕ	1	1	1	
КУРЕНИЕ				
а) возраст < 35 лет	1	1	1	
б) возраст ≥ 35 лет				
i) < 15 сигарет/день	1	1	1	
ii) ≥ 15 сигарет /день	1	1	1	
ОЖИРЕНИЕ*				
а) индекс массы тела (ИМТ) ≥ 30 кг/м ²	1	1	1	
б) с менархе < 18 лет и ИМТ ≥ 30 кг/м ²	1	1	1	
ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НЕДОСТУПНО	НП	НП	НП	Пояснение: несмотря на то, что измерение артериального давления может быть целесообразным с позиций профилактического здравоохранения, оно не требуется для безопасного и эффективного применения барьерных методов контрацепции. Женщинам не следует отказываться от использования барьерных методов контрацепции только по той причине, что им недоступно измерение кровяного давления.
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ				
МНОЖЕСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (НАПРИМЕР: СТАРШИЙ ВОЗРАСТ, КУРЕНИЕ, ДИАБЕТ, ГИПЕРТЕНЗИЯ И УСТАНОВЛЕННАЯ ДИСЛИПИДЕМИЯ)	1	1	1	

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ (БМК)				
<p>Барьерные методы контрацепции (БМК) не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презерватив является одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.</p>				
СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Презервативы	Диафрагмы	Спермициды	
<p>Презервативы = мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы Диафрагмы = диафрагмы (со спермицидами), щечные колпачки</p>				
<p>Женщины, для которых беременность является недопустимым риском из-за их состояния здоровья, должны знать, что барьерные методы предохранения от беременности могут оказаться неприемлемыми для тех из них, кто не может использовать их последовательно и правильно, поскольку эти методы характеризуются более высокой частотой наступления беременности при ненадлежащем применении.</p>				
ГИПЕРТЕНЗИЯ				
а) гипертензия в анамнезе, когда артериальное давление НЕВОЗМОЖНО оценить (включая гипертензию при беременности)	1	1	1	
б) адекватно контролируемая гипертензия, при которой артериальное давление ВОЗМОЖНО оценить	1	1	1	
в) повышенное артериальное давление (измеренное надлежащим образом)				
i) систолическое 140–159 мм рт.ст. или диастолическое 90–99 мм рт. ст.	1	1	1	
ii) систолическое ≥ 160 мм рт. ст. или диастолическое ≥ 100 мм рт. ст.	1	1	1	
г) сосудистые заболевания	1	1	1	

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ (БМК)				
Барьерные методы контрацепции (БМК) не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презерватив является одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.				
СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Презервативы	Диафрагмы	Спермициды	
Презервативы = мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы				
Диафрагмы = диафрагмы (со спермицидами), шеечные колпачки				
Женщины, для которых беременность является недопустимым риском из-за их состояния здоровья, должны знать, что барьерные методы предохранения от беременности могут оказаться неприемлемыми для тех из них, кто не может использовать их последовательно и правильно, поскольку эти методы характеризуются более высокой частотой наступления беременности при ненадлежащем применении.				
ВЫСОКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ В АНАМНЕЗЕ (если в настоящее время артериальное давление возможно измерить, и оно нормальное)	1	1	1	
ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН (ТГВ)/ ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ (ТЭЛА)				
а) ТГВ/ТЭЛА в анамнезе	1	1	1	
б) острые ТГВ/ТЭЛА	1	1	1	
в) ТГВ/ТЭЛА и антикоагулянтная терапия	1	1	1	
г) семейный анамнез (у ближайших родственников)	1	1	1	
д) большое хирургическое вмешательство				
i) с длительной иммобилизацией	1	1	1	
ii) без длительной иммобилизации	1	1	1	
е) малое хирургическое вмешательство без иммобилизации	1	1	1	
УСТАНОВЛЕННЫЕ ТРОМБОГЕННЫЕ МУТАЦИИ (например: мутации фактора V/Лейден, протромбина; дефицит протеина S, протеина C и антитромбина)	1	1	1	Пояснение: рутинный скрининг нецелесообразен ввиду редкости данных состояний и высокой стоимости скрининга.
ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН				
а) варикозное расширение вен	1	1	1	
б) тромбоз поверхностных вен	1	1	1	

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ (БМК)				
Барьерные методы контрацепции (БМК) не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презерватив является одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.				
СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Презервативы	Диафрагмы	Спермициды	
Презервативы = мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы				
Диафрагмы = диафрагмы (со спермицидами), шеечные колпачки				
Женщины, для которых беременность является недопустимым риском из-за их состояния здоровья, должны знать, что барьерные методы предохранения от беременности могут оказаться неприемлемыми для тех из них, кто не может использовать их последовательно и правильно, поскольку эти методы характеризуются более высокой частотой наступления беременности при ненадлежащем применении.				
ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ИЛИ В АНАМНЕЗЕ	1	1	1	
ИНСУЛЬТ (острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе)	1	1	1	
УСТАНОВЛЕННАЯ ДИСЛИПИДЕМИЯ БЕЗ ДРУГИХ ИЗВЕСТНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	1	1	1	Пояснение: рутинный скрининг не целесообразен ввиду редкости данных состояний и высокой стоимости скрининга.
ПОРОК СЕРДЦА*				
а) неосложненный	1	1	1	
б) осложненный (легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый септический эндокардит в анамнезе)	1	1	2	
РЕВМАТИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ				
СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА (СКВ)				
а) наличие антифосфолипидных антител (или их наличие не определялось)	1	1	1	
б) тяжелая тромбоцитопения	1	1	1	
в) иммуносупрессивная терапия	1	1	1	
г) ничего из вышеперечисленного	1	1	1	

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ (БМК)				
Барьерные методы контрацепции (БМК) не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презерватив является одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.				
СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Презервативы	Диафрагмы	Спермициды	
Презервативы = мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы				
Диафрагмы = диафрагмы (со спермицидами), шеечные колпачки				
Женщины, для которых беременность является недопустимым риском из-за их состояния здоровья, должны знать, что барьерные методы предохранения от беременности могут оказаться неприемлемыми для тех из них, кто не может использовать их последовательно и правильно, поскольку эти методы характеризуются более высокой частотой наступления беременности при ненадлежащем применении.				
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ				
ГОЛОВНЫЕ БОЛИ				
а) немигренозные (умеренные или тяжелые)	1	1	1	
б) мигрень				
i) без ауры				
возраст < 35 лет	1	1	1	
возраст ≥ 35 лет	1	1	1	
ii) с аурой, в любом возрасте	1	1	1	
ЭПИЛЕПСИЯ	1	1	1	
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА				
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА	1	1	1	
ИНФЕКЦИИ И ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ				
КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА (подозрение на серьезное заболевание)				
до обследования	1	1	1	Пояснение: при подозрении на беременность или патологическое состояние (например, злокачественную опухоль органов малого таза), необходимо провести обследование и уточнить категорию после установления диагноза.
ЭНДОМЕТРИОЗ	1	1	1	
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ (а также кисты)	1	1	1	
ТЯЖЕЛАЯ ДИСМЕНОРЕЯ	1	1	1	

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ (БМК)				
<p>Барьерные методы контрацепции (БМК) не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презерватив является одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.</p>				
СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Презервативы	Диафрагмы	Спермициды	
<p>Презервативы = мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы Диафрагмы = диафрагмы (со спермицидами), шеечные колпачки</p>				
<p>Женщины, для которых беременность является недопустимым риском из-за их состояния здоровья, должны знать, что барьерные методы предохранения от беременности могут оказаться неприемлемыми для тех из них, кто не может использовать их последовательно и правильно, поскольку эти методы характеризуются более высокой частотой наступления беременности при ненадлежащем применении.</p>				
ГЕСТАЦИОННАЯ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ				
а) снижающийся или неопределяемый уровень бета-ХГЧ	1	1	1	
б) постоянно повышенный уровень бета-ХГЧ или злокачественное заболевание	1	1	1	
ЭКТРОПИОН ШЕЙКИ МАТКИ	1	1	1	
ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ (CIN)	1	1	1	Пояснение: применение колпачка не рекомендуется. Для использования диафрагмы ограничений нет.
РАК ШЕЙКИ МАТКИ* (предстоящая терапия)	1	2	1	Пояснение: применение колпачка не рекомендуется. Для использования диафрагмы ограничений нет.
ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ				
а) опухолевидное образование неустановленного характера	1	1	1	
б) доброкачественное заболевание молочной железы	1	1	1	
в) семейный анамнез рака	1	1	1	
г) рак молочной железы				
i) в настоящее время	1	1	1	
ii) в анамнезе без признаков рецидива в течение 5 лет наблюдения	1	1	1	
РАК ЭНДОМЕТРИЯ	1	1	1	
РАК ЯИЧНИКОВ	1	1	1	

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ (БМК)				
Барьерные методы контрацепции (БМК) не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презерватив является одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.				
СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Презервативы	Диафрагмы	Спермициды	
Презервативы = мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы				
Диафрагмы = диафрагмы (со спермицидами), шеечные колпачки				
Женщины, для которых беременность является недопустимым риском из-за их состояния здоровья, должны знать, что барьерные методы предохранения от беременности могут оказаться неприемлемыми для тех из них, кто не может использовать их последовательно и правильно, поскольку эти методы характеризуются более высокой частотой наступления беременности при ненадлежащем применении.				
МИОМА МАТКИ				
а) без деформации полости матки	1	1	1	
б) с деформацией полости матки	1	1	1	
АНАТОМИЧЕСКИЕ АНОМАЛИИ	1	1	НП	НП = не применимо Пояснение: диафрагму нельзя использовать при некоторых вариантах выпадения матки. Применение колпачка не показано женщинам с выраженными анатомическими изменениями шейки матки.
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ)				
а) ВЗОМТ в анамнезе (при отсутствии рисков ИППП в настоящее время)				
i) с последующей беременностью	1	1	1	
ii) без последующей беременности	1	1	1	
б) ВЗОМТ в настоящее время	1	1	1	
ИППП				
а) гнойный цервицит, хламидийная инфекция или гонорея в настоящее время	1	1	1	
б) другие ИППП (за исключением ВИЧ-инфекции и гепатита)	1	1	1	
в) вагинит (включая трихомонадный вагинит и бактериальный вагиноз)	1	1	1	
г) повышенный риск ИППП	1	1	1	

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ (БМК)				
<p>Барьерные методы контрацепции (БМК) не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презерватив является одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.</p>				
СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Презервативы	Диафрагмы	Спермициды	
<p>Презервативы = мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы Диафрагмы = диафрагмы (со спермицидами), шеечные колпачки</p>				
<p>Женщины, для которых беременность является недопустимым риском из-за их состояния здоровья, должны знать, что барьерные методы предохранения от беременности могут оказаться неприемлемыми для тех из них, кто не может использовать их последовательно и правильно, поскольку эти методы характеризуются более высокой частотой наступления беременности при ненадлежащем применении.</p>				
ВИЧ/СПИД				
ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ-ИНФЕКЦИИ*	1	4	4	Доказательства: многократное применение спермицида ноноксинола-9 или большие дозы этого препарата могут вызвать повреждение тканей половых органов, что может повысить риск заражения ВИЧ-инфекцией (1).
БЕССИМПТОМНОЕ ИЛИ ЛЕГКОЕ ТЕЧЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ (1-Я ИЛИ 2-Я СТАДИЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ) *	1	3	3	
ТЯЖЕЛАЯ ИЛИ ПОЗДНЯЯ СТАДИЯ СПИД (3-Я ИЛИ 4-Я СТАДИЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ) *	1	3	3	
ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ				
ШИСТОСОМОЗ				
а) неосложненный	1	1	1	
б) фиброз печени (при тяжелой форме см. цирроз)	1	1	1	
ТУБЕРКУЛЕЗ				
а) экстрагенитальный	1	1	1	
а) внутренних половых органов	1	1	1	
МАЛЯРИЯ				
	1	1	1	
СИНДРОМ ТОКСИЧЕСКОГО ШОКА В АНАМНЕЗЕ*				
	1	1	3	
ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ*				
	1	1	2	

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ (БМК)				
Барьерные методы контрацепции (БМК) не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презерватив является одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.				
СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Презервативы	Диафрагмы	Спермициды	
Презервативы = мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы				
Диафрагмы = диафрагмы (со спермицидами), шеечные колпачки				
Женщины, для которых беременность является недопустимым риском из-за их состояния здоровья, должны знать, что барьерные методы предохранения от беременности могут оказаться неприемлемыми для тех из них, кто не может использовать их последовательно и правильно, поскольку эти методы характеризуются более высокой частотой наступления беременности при ненадлежащем применении.				
ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ				
САХАРНЫЙ ДИАБЕТ				
а) гестационный диабет в анамнезе	1	1	1	
б) без поражения сосудов				
i) инсулинонезависимый	1	1	1	
ii) инсулинозависимый	1	1	1	
в) нефропатия/ретинопатия/ нейропатия	1	1	1	
г) другие сосудистые заболевания или длительность диабета > 20 лет	1	1	1	
БОЛЕЗНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ				
а) простой зоб	1	1	1	
б) гипертиреоз	1	1	1	
в) гипотериоз	1	1	1	
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА				
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ				
а) симптомное				
i) хирургическое лечение (холецистэктомия)	1	1	1	
ii) лекарственная терапия	1	1	1	
iii) в настоящее время	1	1	1	
б) бессимптомное	1	1	1	
ХОЛЕСТАЗ В АНАМНЕЗЕ				
а) связанный с беременностью	1	1	1	
б) связанный с приемом КОК в прошлом	1	1	1	

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ (БМК)				
<p>Барьерные методы контрацепции (БМК) не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презерватив является одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.</p>				
СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Презервативы	Диафрагмы	Спермициды	
<p>Презервативы = мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы Диафрагмы = диафрагмы (со спермицидами), шеечные колпачки</p>				
<p>Женщины, для которых беременность является недопустимым риском из-за их состояния здоровья, должны знать, что барьерные методы предохранения от беременности могут оказаться неприемлемыми для тех из них, кто не может использовать их последовательно и правильно, поскольку эти методы характеризуются более высокой частотой наступления беременности при ненадлежащем применении.</p>				
ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ				
а) острый или обострение хронического	1	1	1	
б) носительство	1	1	1	
в) хронический	1	1	1	
ЦИРРОЗ				
а) легкий (компенсированный)	1	1	1	
б) тяжелый (декомпенсированный)	1	1	1	
ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ				
а) доброкачественные				
i) очаговая узловая гиперплазия	1	1	1	
ii) гепатоцеллюлярная аденома	1	1	1	
б) злокачественная (гепатома)	1	1	1	
АНЕМИИ				
ТАЛАССЕМИЯ	1	1	1	
СЕРПОВИДНО-КЛЕТОЧНАЯ АНЕМИЯ	1	1	1	
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ	1	1	1	

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ (БМК)				
Барьерные методы контрацепции (БМК) не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презерватив является одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.				
СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Презервативы	Диафрагмы	Спермициды	
Презервативы = мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы				
Диафрагмы = диафрагмы (со спермицидами), шеечные колпачки				
Женщины, для которых беременность является недопустимым риском из-за их состояния здоровья, должны знать, что барьерные методы предохранения от беременности могут оказаться неприемлемыми для тех из них, кто не может использовать их последовательно и правильно, поскольку эти методы характеризуются более высокой частотой наступления беременности при ненадлежащем применении.				
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ				
АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ (АРТ)				Пояснение: нет сведений о взаимодействии между АРТ и применением БМ. Однако клиническое течение ВИЧ 1-й – 4-й стадий в соответствии с классификацией ВОЗ классифицируется как Категория 3 для применения спермицидов и диафрагм (см. варианты течения ВИЧ выше).
а) нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ)				
абакавир (ABC)	1	3	3	
тенофовир (TDF)	1	3	3	
зидовудин (AZT)	1	3	3	
ламивудин (ZTC)	1	3	3	
диданозин (DDI)	1	3	3	
эмтрицитабин (FTC)	1	3	3	
ставудин (D4T)	1	3	3	
б) ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ)				
эфавиренз (EFV)	1	3	3	
этравирин (ETR)	1	3	3	
невирапин (NVP)	1	3	3	
рилпивирин (RPV)	1	3	3	
в) ингибиторы протеазы (ИП/PIs)				
атазанавир, усиленный ритонавиром (ATV/r)	1	3	3	
лопинавир, усиленный ритонавиром (LPV/r)	1	3	3	
дарунавир, усиленный ритонавиром (DRV/r)	1	3	3	
ритонавир (RTV)	1	3	3	

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ (БМК)				
Барьерные методы контрацепции (БМК) не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презерватив является одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.				
СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КАТЕГОРИЯ Н = начало, П = продолжение			ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	Презервативы	Диафрагмы	Спермициды	
Презервативы = мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы				
Диафрагмы = диафрагмы (со спермицидами), шеечные колпачки				
Женщины, для которых беременность является недопустимым риском из-за их состояния здоровья, должны знать, что барьерные методы предохранения от беременности могут оказаться неприемлемыми для тех из них, кто не может использовать их последовательно и правильно, поскольку эти методы характеризуются более высокой частотой наступления беременности при ненадлежащем применении.				
г) ингибиторы интегразы ралтегравир (RAL)	1	3	3	
ПРОТИВОСУДОРОЖНАЯ ТЕРАПИЯ				
а) некоторые противосудорожные препараты (фенитоин, карбамазепин, барбитураты, примидон, топирамат, окскарбазепин)	1	1	1	
б) ламотригин	1	1	1	
АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ				
а) антибиотики широкого спектра действия	1	1	1	
б) противогрибковые средства	1	1	1	
в) антипаразитарные средства	1	1	1	
г) терапия рифампицином или рифабутином	1	1	1	
АЛЛЕРГИЯ НА ЛАТЕКС	3	1	3	Пояснение: это не относится к пластиковым презервативам/диафрагмам.

β- ХГЧ: бета-хорионический гонадотропин; ИМТ: индекс массы тела; КОК: комбинированные оральные контрацептивы; ВЗОМТ: воспалительные заболевания органов малого таза; ИППП: инфекции, передаваемые половым путем.

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОММЕНТАРИИ

Ожирение

При тяжелых формах ожирения затруднительно введение диафрагмы или колпачка.

Пороки сердца

Риск инфекции мочевых путей при использовании диафрагмы может увеличиваться у пациенток с подострым бактериальным эндокардитом.

Рак шейки матки (перед терапией)

Многочисленное применение спермицида ноноксинола-9 может вызвать раздражение или эрозию шейки матки.

Высокий риск ВИЧ-инфекции

Использованию диафрагмы присвоена Категория 4 из-за обеспокоенности по поводу спермицидов, а не диафрагмы как таковой.

Бессимптомное или легкое течение ВИЧ-инфекции (1-я или 2-я стадия по классификации ВОЗ)

Использование спермицидов и/или диафрагм (со спермицидами) может оказывать повреждающее воздействие на слизистую оболочку шейки матки, способствовать быстрому распространению вируса и передаче ВИЧ-инфекции неинфицированным сексуальным партнерам.

Тяжелая или поздняя стадия СПИД (3-я или 4-я стадия по классификации ВОЗ)

Использование спермицидов и/или диафрагм (со спермицидами) может оказывать повреждающее воздействие на слизистую оболочку шейки матки, способствовать быстрому распространению вируса и передаче ВИЧ-инфекции неинфицированным сексуальным партнерам.

Синдром токсического шока в анамнезе

Сообщалось о синдроме токсического шока в связи с использованием диафрагмы.

Инфекция мочевыводящих путей

Существует потенциальное увеличение риска инфекции мочевыводящих путей при использовании диафрагм и спермицидов.

Ссылки

1. Wilkinson D, Ramjee G, Tholandi M, Rutherford G. Nonoxynol-9 for preventing vaginal acquisition of HIV infection by women from men. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;4(CD003936).

2.7.8 Биологические методы контрацепции (Био-МК)

Биологические методы планирования семьи предусматривают определение периода возможности зачатия в менструальном цикле либо путем наблюдения за признаками возможности зачатия (такими как цервикальная секреция и базальная температура), либо путем подсчета возможных для зачатия дней цикла (календарные методы).

Симптомные методы

Симптомные методы включают: метод цервикальной слизи (также называемый овуляционный), метод стандартных дней (оба метода основаны на наблюдении за состоянием цервикальной слизи), и симптомотермальный метод, который является методом двойной проверки, так как этот метод основан на наблюдении за состоянием цервикальной слизи с целью определения первого дня возможности зачатия и наблюдении за состоянием цервикальной слизи и температуры с целью определения последнего дня возможности зачатия.

Календарные методы

Календарные методы включают календарный ритмический метод и метод стандартных дней, которые предусматривают половое воздержание на 8-19 днях цикла.

Биологические методы контрацепции (Био-МК) могут применяться в сочетании с воздержанием или барьерными методами в период возможности зачатия. Если используются барьерные методы, см. раздел 2.7.7.

Не существует заболеваний, которые могли бы усугубиться в результате применения биологических методов. В целом, эти методы могут быть рекомендованы без каких-либо опасений в отношении здоровья пациентам, которые отдают предпочтение именно таким способам контрацепции. Следовательно, рекомендации по Категориям 1-4 не относятся к этим методам. Однако, некоторые состояния могут затруднять использование этих методов. Наличие таких состояний предполагает, что (i) применение биологических методов следует отложить, пока проблемы не будут устранены или решены, или (ii) применение биологических методов требует специального консультирования и помощи квалифицированного медработника для обеспечения надлежащего применения этих методов. Биологические методы необходимо использовать с осторожностью или отложить их использование в соответствии с категориями, приведенными в нижеследующей таблице в зависимости от состояния.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ (БИО-МК)			
Биологические методы контрацепции (Био-МК) не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презерватив является одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.			
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ ^a		ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	A = метод приемлем, C = необходима особая осторожность, D = рекомендуется отсрочка		
	СМ	КМ	
* дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	СМ = симптомные методы КМ = календарные методы		
Женщины, для которых беременность является недопустимым риском ввиду их состояния здоровья, должны знать, что биологические методы могут оказаться неприемлемыми для тех из них, кто не может использовать их последовательно и правильно, поскольку эти методы характеризуются более высокой частотой наступления беременности при ненадлежащем применении.			
ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ			
БЕРЕМЕННОСТЬ	НП	НП	НП = не применимо Пояснение: применение биологических методов во время беременности не показано.
ПЕРИОД ЖИЗНИ			Пояснение: в период после менархе и в перименопаузе часто бывают нарушения менструального цикла, что может затруднить применение биологических методов.
а) после менархе	C	C	
б) перименопауза	C	C	

БИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ

БИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ (БИО-МК)			
Биологические методы контрацепции (Био-МК) не защищают от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презерватив является одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.			
СОСТОЯНИЕ	КАТЕГОРИЯ ^a		ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
	A = метод приемлем, C = необходима особая осторожность, D = рекомендуется отсрочка		
	СМ	КМ	
* дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	СМ= симптомные методы КМ = календарные методы		
ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ*			
а) < 6 недель после родов	D	D	
б) ≥ 6 недель после родов	C	D	
в) после начала менструации	C	C	
ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД* (для женщин, не кормящих грудью)			
а) < 4 недель	D	D	
б) ≥ 4 недель	A	D	
НЕРЕГУЛЯРНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ*	C	D	
ИНФЕКЦИИ И ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ			
НЕРЕГУЛЯРНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ*	D	D	
ВЛАГАЛИЩНЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ*	D	A	
ПРОЧЕЕ			
ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВ, ВЛИЯЮЩИХ НА РЕГУЛЯРНОСТЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА, ГОРМОНАЛЬНЫЙ ФОН/ИЛИ ПРИЗНАКИ ВОЗМОЖНОГО ЗАЧАТИЯ*	C/D	C/D	
ЗАБОЛЕВАНИЯ, КОТОРЫЕ СОПРОВОЖДАЮТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА*			
а) хронические заболевания	C	A	
б) острые заболевания	D	A	

а Пояснения по категориям А, С и D:

A = метод приемлем: в данных обстоятельствах медицинских противопоказаний для применения того или иного биологического метода контрацепции нет.

C = необходима особая осторожность: метод используется в обычном порядке, но с дополнительной подготовкой и мерами предосторожности. Это, как правило, означает, что, возможно, женщине потребуется специальное консультирование для обеспечения правильного использования биологического метода в конкретном состоянии.

D = рекомендуется отсрочка: применение этого метода рекомендуется отложить до проведения надлежащего диагностического обследования и/или коррекции патологического состояния. Женщине следует предложить временно использовать альтернативные методы контрацепции.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОММЕНТАРИИ

Грудное вскармливание

Биологические методы контрацепции (Био-МК) могут быть менее эффективны во время грудного вскармливания, чем в его отсутствие.

< 6 недель после родов: у женщин, кормящих исключительно грудным молоком, и при наличии аменореи, функция яичников вероятнее всего будет недостаточной для явственного проявления признаков возможности зачатия и гормональных изменений в течение первых шести недель после родов. Однако вероятность восстановления фертильности значительно повышается по мере увеличения продолжительности послеродового периода и при замене грудного вскармливания другим.

После начала менструации: если женщина замечает признаки возможности зачатия (в частности, появления цервикальной слизи), она может использовать симптомный метод. Первые послеродовые менструальные циклы у женщин, кормящих грудью, значительно различаются по продолжительности. Должно пройти несколько циклов, прежде чем они станут регулярными. После того, как у женщины прошло не менее 3-х менструаций после родов, и циклы снова стали регулярными, она может использовать календарный ритмический метод. По истечении не менее 4-х менструаций после родов и при продолжительности цикла 26–32 дня она может использовать метод стандартных дней. До этого следует рекомендовать использовать барьерный метод, если женщина планирует позднее применять биологические методы.

После родов

< 4 недель: вероятно, у женщин, не кормящих грудью, функция яичников еще не восстановилась настолько, чтобы требовать применения биологических методов контрацепции; либо у них не проявляются признаки возможности зачатия или изменений гормонального фона. Хотя риск наступления беременности низкий, следует предложить метод, подходящий для послеродового периода.

≥ 4 недель: вероятно, у женщин, кормящих грудью, функция яичников уже восстановилась настолько, чтобы обеспечить проявления признаков возможности зачатия и/или гормональных изменений в это время; вероятность быстро увеличивается по мере увеличения длительности послеродового периода. Женщина может использовать календарные методы, как только у неё прошли 3 постродовые менструации и её цикл стал регулярным. Женщина может использовать метод стандартных дней, если у неё прошло не менее 4-х менструаций после родов и продолжительность последнего цикла была 26–32 дня. До этого времени следует предложить ей методы, подходящие для послеродового периода.

После аборта

После аборта функция яичников может быть достаточной для проявления признаков возможности зачатия и /или гормональных изменений. Вероятность этого возрастает по мере увеличения длительности послеабортного периода. Женщина может начать пользоваться календарными методами после хотя бы одной менструации после аборта. Если большинство её циклов до этой беременности длились 26-32 дня, она может использовать метод стандартных дней. До этого времени следует предложить ей методы, подходящие для послеабортного периода.

МЕТОД ЛАКТАЦИОННОЙ АМЕНОРЕИ

2.7.9 Метод лактационной аменореи (МЛА)

Метод лактационной аменореи (МЛА) не защищает от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презерватив является одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.

Женщины, имеющие абсолютные противопоказания к беременности, должны быть уведомлены о том, что МЛА не может являться для них адекватным методом контрацепции ввиду относительно высокой частоты случаев его неэффективности при ненадлежащем применении.

Консенсус, достигнутый на совещании в Белладжо, заложил научную основу для определения состояний, при которых грудное вскармливание может использоваться в качестве безопасного и эффективного способа регулирования рождаемости. В ходе этого совещания были сформулированы программные руководящие принципы использования метода лактационной аменореи (МЛА) в планировании семьи. Упомянутые руководящие принципы включают следующие три критерия, удовлетворение которых обеспечивает адекватную защиту от непланированной беременности:

1. аменорея
2. полное или почти полное грудное вскармливание
3. с момента родов прошло менее 6 месяцев.

Основным показанием к грудному вскармливанию остается то, что оно является источником идеального питания для ребенка и обеспечивает защиту от различных заболеваний. Не существует каких-либо расстройств здоровья, при которых использование МЛА было бы противопоказано. Также нет никаких документальных доказательств, указывающих на неблагоприятное воздействие метода на здоровье матери. Однако, определенные состояния или обстоятельства, отрицательным образом влияющие на грудное вскармливание, могут также влиять на длительность аменореи, что, естественно, снижает приемлемость лактационной аменореи как метода планирования семьи. Группа таких состояний и обстоятельств включает:

ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ

Во всех популяциях, где у женщин ВИЧ-отрицательный или неизвестный статус, следует пропагандировать, поддерживать и защищать грудное вскармливание. Однако

ВИЧ-инфицированная женщина может передать вирус своему ребенку при кормлении грудью. Тем не менее, грудное вскармливание, особенно раннее и исключительно грудное вскармливание, является ключевым фактором, улучшающим выживаемость новорожденных. Среди прочих преимуществ грудное вскармливание способствует сокращению риска смерти.

Имеются убедительные доказательства, что прием антиретровирусных (АРВ) препаратов матерью с ВИЧ-положительным статусом или новорожденным, подверженным ВИЧ-инфекции, или ими

обоими может значительно уменьшить риск передачи ВИЧ-инфекции посредством грудного вскармливания.¹² Это меняет условия, требующие принятия решений национальными органами здравоохранения и каждой матерью. При применении АРВ-препаратов или пожизненной антиретровирусной терапии (АРТ) у матери, или других АРВ-вмешательств в отношении матери или новорожденного ребенок может получить пользу от грудного вскармливания с наименьшим риском приобретения ВИЧ-инфекции. В некоторых развитых странах с низким уровнем младенческой и детской смертности отказ от грудного вскармливания все же будет более целесообразным.

Матери, живущие с ВИЧ, должны получать соответствующие АРВ-вмешательства. Им следует кормить своих детей исключительно грудным молоком в течение первых шести месяцев жизни, а в течение последующего периода вводить надлежащее дополнительное питание и продолжать грудное вскармливание в течение первых 12 месяцев жизни. Грудное вскармливание может быть прекращено только в том случае, когда есть возможность адекватной и безопасной замены грудного молока сбалансированным питанием. При принятии матерями решения о прекращении кормления грудным молоком, они должны прекращать грудное вскармливание постепенно в течение одного месяца и обеспечивать его замену безопасным и адекватным питанием, способствующим нормальному росту и развитию детей.

Если у новорожденного ВИЧ-отрицательный или ВИЧ-неизвестный статус:

Мать, живущая с ВИЧ, должна давать своему ребенку только готовую молочную смесь в качестве замены питания при соблюдении нижеследующих условий:

- а) чистая питьевая вода и адекватные санитарные условия обеспечены в быту и в сообществе, и
- б) мать или другое лицо, заботящееся о ребенке, может обеспечить его достаточным количеством молочной смеси для поддержания нормального роста и развития, и

¹² Более подробно см.: <http://www.who.int/hiv/topics/mtct>

- в) мать или лицо, заботящееся о ребенке, имеют возможность приготовить смесь в чистых условиях и достаточно часто с целью обеспечения безопасности и отсутствия риска диареи или недоедания, и
- г) мать или лицо, заботящееся о ребенке, имеют возможность давать ребенку исключительно молочную смесь в первые шесть месяцев, и
- д) члены семьи поддерживают эту практику, и
- е) мать или лицо, ухаживающее за ребенком, имеют доступ к службам здравоохранения, предлагающим всеобъемлющую педиатрическую помощь.

Если у ребенка ВИЧ-положительный статус:

мать должна быть сильно мотивирована на исключительно грудное вскармливание в течение первых шести месяцев жизни новорожденного и продолжать кормление грудным молоком в соответствии с рекомендациями для всего населения, т.е. до 2-х лет и более.

Женщины, живущие с ВИЧ, должны получать квалифицированные консультации. Также они должны иметь доступ к последующему медицинскому наблюдению и поддержке, включая планирование семьи и оказание поддержки в вопросах питания.

Лекарственная терапия во время грудного вскармливания

С целью защиты здоровья новорожденного грудное вскармливание не рекомендуется женщинам, принимающим такие лекарства как: антимагнетолиты, бромкриптин, некоторые антикоагулянты, кортикостероиды (в высоких дозах), циклоспорин, эрготамин, препараты лития, психотропные препараты, радиоактивные препараты и резерпин.

Заболевания, влияющие на состояние новорожденного

Врожденные дефекты полости рта, челюсти или нёба, малый вес при рождении или недоношенность, требующие интенсивной неонатальной помощи, и некоторые метаболические нарушения могут затруднять грудное вскармливание.

ПРЕРВАННЫЙ ПОЛОВОЙ АКТ

2.7.10 Прерванный половой акт (ППА)

Прерванный половой акт (ППА) не защищает от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презерватив является одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.

Женщины, имеющие абсолютные противопоказания к беременности, должны быть уведомлены о том, что ППА не может являться для них адекватным методом контрацепции ввиду относительно высокой частоты случаев его неэффективности при ненадлежащем применении.

Прерванный половой акт (ППА), представляет собой традиционный метод регулирования рождаемости, суть которого 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 ППА может быть рекомендован парам, которые:

- достаточно мотивированы и способны эффективно пользоваться данным методом;
- имеют религиозные или философские убеждения, не допускающие использования других методов контрацепции;
- нуждаются в контрацепции в настоящее время, но не имеют в своем распоряжении каких-либо других средств;
- нуждаются во временном методе контрацепции до начала предохранения другим способом;
- редко вступают в половой акт.

Некоторые преимущества метода ППА заключаются в том, что при правильном использовании данного метода он не влияет на грудное вскармливание и всегда может использоваться в качестве основного или вспомогательного средства контрацепции. Помимо этого, применение метода ППА не связано с какими-либо финансовыми затратами и не требует использования химических веществ. Метод ППА не оказывает прямого отрицательного воздействия на здоровье половых партнеров.

Мужчины и женщины, входящие в высокую группу риска ИППП/ВИЧ должны использовать презерватив при каждом половом акте.

Метод ППА не допускает ненадлежащего применения, и его эффективность целиком зависит от готовности и способности половых партнеров прибегать к данному методу контрацепции при каждом половом сношении.

2.7.11 Хирургическая стерилизация (СТЕР)

Учитывая, что стерилизация представляет собой хирургический метод, приводящий к стойкой утрате фертильности, особое внимание должно уделяться тому, чтобы каждый пациент принимал решение в пользу данного метода на основе полной добровольности и информированности. Особое внимание следует обратить на случаи, касающиеся стерилизации молодых людей, нерожавших женщин, мужчин, которые еще не стали отцами, и пациентов с умственными отклонениями, в том числе с депрессивными состояниями. Врач должен проводить комплексную беседу с каждым пациентом, ставя в известность в отношении необратимости стерилизации и наличия альтернативных высокоэффективных методов долгосрочной контрацепции. Особенно это касается лиц молодого возраста. Национальные законы и существующие правовые нормы выполнения медицинской стерилизации должны учитываться при принятии решения о СТЕР.

Трансцервикальная хирургическая стерилизация женщин не включена в данные рекомендации.

Не существует такого заболевания, при котором стерилизация была бы абсолютно противопоказана, хотя некоторые состояния или обстоятельства могут требовать принятия определенных мер предосторожности, включая те из них, которые отмечены кодом «С» (при проведении стерилизации следует соблюдать особую осторожность), «D» (стерилизацию рекомендуется отсрочить до наступления благоприятного момента) 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. Решения в таких случаях должны приниматься на индивидуальной основе с учетом рисков и потенциальной выгоды стерилизации в сравнении с рисками, связанными с наступлением нежелательной беременности и доступностью, и с учетом приемлемости высокоэффективных альтернативных методов.

Стерилизация должна проводиться только высококвалифицированным медицинским персоналом в условиях современной клиники, оснащенной соответствующим оборудованием, инструментами и расходными материалами. Обеспечение максимальной безопасности пациента требует, чтобы предоставление такого рода услуг осуществлялось с соблюдением соответствующих руководящих принципов, включая протоколы по профилактике инфекций.

ЖЕНСКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ		
Стерилизация (СТЕР) не защищает от инфекций, передаваемых половым (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презерватив является одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.		
СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КАТЕГОРИЯ ^a A = метод приемлем, C = необходима особая осторожность, D = рекомендуется отсрочка, S = необходимы специальные условия	ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ		
БЕРЕМЕННОСТЬ	D	
МОЛОДОЙ ВОЗРАСТ	C	Пояснение: молодые женщины, как и все лица женского пола, должны ставиться в известность в отношении того, что стерилизация приводит к стойкой утрате способности к деторождению и что существуют альтернативные высокоэффективные методы долгосрочной контрацепции. Доказательства: исследования показывают, что до 20% женщин, подвергшихся стерилизации в молодом возрасте, позднее сожалели о таком шаге. Также молодой возраст пациентки, обратившейся в клинику с просьбой о проведении стерилизации, позволяет с большой вероятностью предсказать, что такая пациентка будет сожалеть о принятом решении позднее, что может выражаться в обращении за восстановлением фертильности (1-19).

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ

ЖЕНСКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ		
<p>Стерилизация (СТЕР) не защищает от инфекций, передаваемых половым (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презерватив является одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.</p>		
СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КАТЕГОРИЯ ^a A = метод приемлем, C = необходима особая осторожность, D = рекомендуется отсрочка, S = необходимы специальные условия	ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
ПАРИТЕТ*		
а) нерожавшие	A	
б) рожавшие	A	
ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ	A	
ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД*		
а) < 7 дней	A	
от 7 до < 42 дней	D	
≥ 42 дней	A	
б) преэклампсия/эклампсия		
i) легкая преэклампсия	A	
ii) тяжелая преэклампсия/эклампсия	D	
в) длительный безводный промежуток: ≥ 24 часов	D	
г) послеродовый сепсис, лихорадка во время родов или в послеродовом периоде	D	
д) массивное кровотечение в дородовом или послеродовом периоде	D	
е) тяжелая травма половых путей: разрыв шейки матки или влагалища во время родов	D	
ё) разрыв или перфорация матки	S	Пояснение: если выполняется диагностическое хирургическое вмешательство или лапароскопия и пациентка стабильна, то в этом случае допускается одновременно провести коррекцию акушерского осложнения и хирургическую стерилизацию при условии, что это не будет связано с дополнительным риском для женщины.

ЖЕНСКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ		
<p>Стерилизация (СТЕР) не защищает от инфекций, передаваемых половым (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презерватив является одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.</p>		
СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КАТЕГОРИЯ ^a A = метод приемлем, C = необходима особая осторожность, D = рекомендуется отсрочка, S = необходимы специальные условия	ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
ПОСЛЕ АБОРТА*		
а) отсутствие осложнений	A	<p>Пояснение: если выполняется диагностическое хирургическое вмешательство или лапароскопия и пациентка стабильна, то в этом случае допускается одновременно провести коррекцию осложнения и хирургическую стерилизацию при условии, что это не будет связано с дополнительным риском для женщины.</p>
б) послеабортный сепсис или лихорадка	D	
в) массивное кровотечение после аборта	D	
г) тяжелая травма половых путей: разрыв шейки матки или влагалища во время аборта	D	
д) перфорация матки	S	
е) острая гематометра	D	
ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В АНАМНЕЗЕ	A	
КУРЕНИЕ		
а) возраст < 35 лет	A	
б) возраст ≥ 35 лет		
i) < 15 сигарет/день	A	
ii) ≥ 15 сигарет/день	A	
ОЖИРЕНИЕ		
а) ИМТ ≥ 30 кг/м ²	C	<p>Пояснение: проведение стерилизации у женщины с избыточным весом может быть связано с дополнительными трудностями, включая повышенный риск нагноения раны и несостоятельности швов. Помимо этого, у таких пациенток могут иметь место ограничения функции дыхания, и им требуется общая анестезия.</p> <p>Доказательства: при стерилизации большая вероятность осложнений у женщин с ожирением (20-23).</p>
б) с менархе и до < 18 лет и ИМТ ≥ 30 кг/м ²	C	

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ

ЖЕНСКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ		
Стерилизация (СТЕР) не защищает от инфекций, передаваемых половым (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презерватив является одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.		
СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КАТЕГОРИЯ^a A = метод приемлем, C = необходима особая осторожность, D = рекомендуется отсрочка, S = необходимы специальные условия	ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ		
МНОЖЕСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ* (например: старший возраст, курение, диабет, гипертензия и установленная дислипидемия)	S	
ГИПЕРТЕНЗИЯ Классификация по гипертензии по всем категориям в данном разделе подразумевает отсутствие каких-либо других факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. При наличии множественных факторов риск сердечно-сосудистого заболевания может значительно возрастать. Однократное измерение артериального давления недостаточно для того, чтобы считать женщину гипертоником.		
а) адекватно контролируемая гипертензия	C	Пояснение: Если у женщины имеется повышенное артериальное давление, то перед выполнением стерилизации его необходимо привести к нормальному уровню. 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.
б) повышенное артериальное давление (измеренное надлежащим образом)		
i) систолическое 140–159 мм рт.ст. или диастолическое 90–99 мм рт. ст.	C	
ii) систолическое ≥ 160 мм рт. ст. диастолическое ≥ 100 мм рт. ст.	S	
в) сосудистые заболевания	S	
ВЫСОКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ В АНАМНЕЗЕ (если в настоящее время артериальное давление возможно измерить и оно нормальное)	A	

ЖЕНСКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ		
<p>Стерилизация (СТЕР) не защищает от инфекций, передаваемых половым (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презерватив является одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.</p>		
СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КАТЕГОРИЯ^a A = метод приемлем, C = необходима особая осторожность, D = рекомендуется отсрочка, S = необходимы специальные условия	ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
<p>ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН (ТГВ)/ ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ (ТЭЛА)</p> <p>а) ТГВ/ТЭЛА в анамнезе</p> <p>б) острые ТГВ/ТЭЛА</p> <p>в) ТГВ/ТЭЛА и антикоагулянтная терапия</p> <p>г) семейный анамнез (у ближайших родственников)</p> <p>д) большое хирургическое вмешательство</p> <p> i) с длительной иммобилизацией</p> <p> ii) без длительной иммобилизации</p> <p>е) малое хирургическое вмешательство без иммобилизации</p>	<p>A</p> <p>D</p> <p>S</p> <p>A</p> <p>D</p> <p>A</p> <p>A</p>	<p>Пояснение: во избежание риска осложнений пациенткам с ТГВ/ТЭЛА рекомендуется ранняя активизация после операции.</p>
<p>УСТАНОВЛЕННЫЕ ТРОМБОГЕННЫЕ МУТАЦИИ (например: мутации фактора V/Лейден, протромбина; дефицит протеина S, протеина C и антитромбина)</p>	<p>A</p>	<p>Пояснение: рутинный скрининг нецелесообразен ввиду редкости данных состояний и высокой стоимостью скрининга.</p>
<p>ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН</p> <p>а) варикозное расширение вен</p> <p>б) тромбоз поверхностных вен</p>	<p>A</p> <p>A</p>	
<p>ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ И В АНАМНЕЗЕ*</p> <p>а) в настоящее время</p> <p>б) в анамнезе</p>	<p>D</p> <p>C</p>	
<p>ИНСУЛЬТ (острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе)</p>	<p>C</p>	
<p>УСТАНОВЛЕННАЯ ДИСЛИПИДЕМИЯ БЕЗ ДРУГИХ ИЗВЕСТНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ</p>	<p>A</p>	<p>Пояснение: рутинный скрининг нецелесообразен ввиду редкости данных состояний и высокой стоимостью скрининга.</p>

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ

ЖЕНСКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ		
<p>Стерилизация (СТЕР) не защищает от инфекций, передаваемых половым (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презерватив является одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.</p>		
СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КАТЕГОРИЯ^a A = метод приемлем, C = необходима особая осторожность, D = рекомендуется отсрочка, S = необходимы специальные условия	ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
ПОРОК СЕРДЦА		
а) неосложненный	C	Пояснение: перед операцией пациентке назначается антибиотикопрофилактика.
б) осложненный (легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый септический эндокардит в анамнезе)	S	Пояснение: Пациентка подвергается высокому риску развития осложнений, связанных с анестезией и хирургическим вмешательством. При неполном излечении таких состояний, как фибрилляция предсердий или текущий подострый бактериальный эндокардит, операцию следует отложить.
РЕВМАТИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ		
СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА (СКВ)		
<p>У лиц, страдающих СКВ, повышен риск ишемической болезни сердца и венозного тромбоза. Если у женщины, больной СКВ, есть одно из названных заболеваний сердечно-сосудистой системы, следует руководствоваться теми же категориями приемлемости, которые указаны в МЕС для данных заболеваний. Классификация СКВ по всем категориям в данном разделе подразумевает отсутствие каких-либо других факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний; при наличии факторов риска классификация должна быть соответствующим образом изменена. Имеющиеся доказательства указывают на то, что многие женщины с СКВ могут применять большинство методов контрацепции, включая методы гормональной контрацепции (24-42).</p>		
а) наличие антифосфолипидных антител (или их наличие не определялось)	S	
б) тяжелая тромбоцитопения	S	
в) иммуносупрессивная терапия	S	
г) ничего из вышеперечисленного	C	
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ		
ГОЛОВНЫЕ БОЛИ		
а) немигренозные (умеренные или тяжелые)	A	
б) мигрень		
i) без ауры		
возраст < 35 лет	A	
возраст ≥ 35 лет	A	
ii) с аурой, в любом возрасте	A	
ЭПИЛЕПСИЯ	C	

ЖЕНСКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ		
<p>Стерилизация (СТЕР) не защищает от инфекций, передаваемых половым (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презерватив является одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.</p>		
СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КАТЕГОРИЯ ^a A = метод приемлем, C = необходима особая осторожность, D = рекомендуется отсрочка, S = необходимы специальные условия	ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА		
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА	C	
ИНФЕКЦИИ И ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ		
КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ		
а) нерегулярные, умеренные	A	
б) обильные или продолжительные кровотечения (регулярные и нерегулярные)	A	
КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА (подозрение на серьезное заболевание)		Пояснение: если есть подозрение на беременность или патологическое состояние (например, злокачественную опухоль органов малого таза), необходимо провести обследование и уточнить категорию после установления диагноза.
а) до обследования	D	
ЭНДОМЕТРИОЗ	S	
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ (а также кисты)	A	
ТЯЖЕЛАЯ ДИСМЕНОРЕЯ	A	
ГЕСТАЦИОННАЯ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ		
а) снижающийся или неопределяемый уровень бета-ХГЧ	A	
б) постоянно повышенный уровень бета-ХГЧ или злокачественное заболевание	D	
ЭКТРОПИОН ШЕЙКИ МАТКИ	A	
ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛЯЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ (CIN)	A	
РАК ШЕЙКИ МАТКИ* (предстоящая терапия)	D	

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ

ЖЕНСКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ		
<p>Стерилизация (СТЕР) не защищает от инфекций, передаваемых половым (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презерватив является одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.</p>		
СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КАТЕГОРИЯ^a A = метод приемлем, C = необходима особая осторожность, D = рекомендуется отсрочка, S = необходимы специальные условия	ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ		
а) опухолевидное образование неустановленного характера	A	
б) доброкачественное заболевание молочной железы	A	
в) семейный анамнез рака	A	
г) рак молочной железы		
i) в настоящий момент	C	
ii) в анамнезе, или отсутствие признаков рецидива в течение 5 лет наблюдения	A	
РАК ЭНДОМЕТРИЯ*	D	
РАК ЯИЧНИКА*	D	
МИОМА МАТКИ*		
а) без деформации полости матки	C	
б) с деформацией полости матки	C	
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ)*		
а) ВЗОМТ в анамнезе (при условии отсутствия рисков ИППП в настоящее время)		Пояснение: необходимо провести тщательное исследование органов малого таза, чтобы исключить рецидив или хроническое течение инфекционного заболевания и определить степень подвижности матки.
i) с последующей беременностью	A	
ii) без последующей беременности	C	
б) ВЗОМТ в настоящее время	D	
ИППП*		
а) гнойный цервицит, хламидийная инфекция или гонорея в настоящее время	D	Пояснение: стерилизация может быть произведена только в том случае, если симптомы заболевания после лечения отсутствуют.
б) другие ИППП (за исключением ВИЧ-инфекции и гепатита)	A	
в) вагинит (включая трихомонадный вагинит и бактериальный вагиноз)	A	
г) повышенный риск ИППП	A	

ЖЕНСКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ		
<p>Стерилизация (СТЕР) не защищает от инфекций, передаваемых половым (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презерватив является одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.</p>		
СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КАТЕГОРИЯ ^a A = метод приемлем, C = необходима особая осторожность, D = рекомендуется отсрочка, S = необходимы специальные условия	ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
ВИЧ/СПИД		
ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	A	Пояснение: рутинный скрининг не требуется. При выполнении всех хирургических операций необходимо строго соблюдать соответствующие меры профилактики заражения, включая общие меры предосторожности. После стерилизации рекомендуется пользоваться презервативами.
БЕССИМПТОМНОЕ ИЛИ ЛЕГКОЕ ТЕЧЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ (1-я или 2-я СТАДИЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ)	A	Пояснение: рутинный скрининг не требуется. При выполнении всех хирургических операций необходимо строго соблюдать соответствующие меры профилактики заражения, включая общие меры предосторожности. После стерилизации рекомендуется пользоваться презервативами.
ТЯЖЕЛАЯ ИЛИ ПОЗДНЯЯ СТАДИЯ СПИД (3-я или 4-я СТАДИЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ)	S	Пояснение: Наличие какого-либо заболевания, связанного со СПИД, может потребовать отсрочки в проведении стерилизации.
ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ		
ШИСТОСОМОЗ а) неосложненный б) фиброз печени (при тяжелой форме см. цирроз)	A C	Пояснение: может потребоваться оценка функции печени.
ТУБЕРКУЛЕЗ а) экстрагенитальный б) внутренних половых органов	A S	
МАЛЯРИЯ	A	
ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ		
САХАРНЫЙ ДИАБЕТ* а) гестационный диабет в анамнезе б) без поражения сосудов i) инсулинонезависимый ii) инсулинозависимый в) нефропатия/ретинопатия/нейропатия г) другие сосудистые заболевания или длительность сахарного диабета > 20 лет	A C C S S	Пояснение: если уровень сахара в крови снизить не удастся, необходимо направить пациентку в лечебное учреждение соответствующего профиля. Пояснение: существует вероятность снижения скорости заживления и риск нагноения раны. В таких случаях рекомендуется назначение профилактической антибиотикотерапии. Доказательства: при проведении стерилизации у женщин с диабетом вероятность осложнений повышена(20).

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ

ЖЕНСКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ		
<p>Стерилизация (СТЕР) не защищает от инфекций, передаваемых половым (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презерватив является одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.</p>		
СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КАТЕГОРИЯ ^a A = метод приемлем, C = необходима особая осторожность, D = рекомендуется отсрочка, S = необходимы специальные условия	ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
БОЛЕЗНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ*		
а) простой зоб	A	
б) гипертиреоз	S	
в) гипотериоз	C	
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА		
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ		
а) симптомное		
i) хирургическое лечение (холецистэктомия)	A	
ii) лекарственная терапия	A	
iii) в настоящее время	D	
б) бессимптомное	A	
ХОЛЕСТАЗ В АНАМНЕЗЕ		
а) связанный с беременностью	A	
б) связанный с приемом КОК в прошлом	A	
ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ *		
а) острый или обострение хронического	D	Пояснение: при выполнении всех хирургических операций необходимо строго соблюдать соответствующие меры профилактики заражения, включая общие меры предосторожности.
б) носительство	A	
в) хронический	A	
ЦИРРОЗ		
а) легкий (компенсированный)	A	Пояснение: функция печени и гемостаз могут быть изменены. Требуется предоперационная оценка функции печени.
б) тяжелый (декомпенсированный)	S	
ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ		
а) доброкачественные		Пояснение: функция печени и гемостаз могут быть изменены. Требуется предоперационная оценка функции печени.
i) очаговая узловая гиперплазия	A	
ii) гепатоцеллюлярная аденома	C	
б) злокачественная (гепатома)	C	

ЖЕНСКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ		
<p>Стерилизация (СТЕР) не защищает от инфекций, передаваемых половым (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презерватив является одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.</p>		
СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КАТЕГОРИЯ ^a	ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
АНЕМИИ		
ТАЛАССЕМИЯ	C	
СЕРПОВИДНО-КЛЕТОЧНАЯ АНЕМИЯ*	C	
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ а) Hb < 7 мг/дл б) Hb от ≥ 7 до < 10 г/дл	D C	Пояснение: необходимо провести диагностику основного заболевания. При проведении стерилизации на фоне анемии необходимо следить за уровнем гемоглобина в крови до операции и за объемом кровопотери во время операции. При неадекватной периферической перфузии заживление раны может быть замедлено.
ДРУГИЕ СОСТОЯНИЯ, КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ ПРИ ЖЕНСКОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ		
МЕСТНЫЕ ИНФЕКЦИИ	D	Пояснение: существует повышенный риск инфекционных осложнений в послеоперационном периоде.
НАРУШЕНИЯ ГЕМОСТАЗА*	S	
РЕСПИРАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ а) острые (бронхит, пневмония) б) хронические i) астма ii) бронхит iii) эмфизема iv) легочная инфекция	D S S S S	Пояснение: операцию следует отложить до оценки состояния. Существуют риски, связанные с анестезией и послеоперационными осложнениями.
СИСТЕМНАЯ ИНФЕКЦИЯ ИЛИ ГАСТРОЭНТЕРИТ*	D	
НЕПОДВИЖНОСТЬ МАТКИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ИЛИ ИНФЕКЦИИ*	S	
ГРЫЖА БРЮШНОЙ СТЕНКИ ИЛИ ПУПОЧНАЯ ГРЫЖА	S	Пояснение: по возможности, герниопластику и стерилизацию следует проводить одновременно.
ДИАФРАГМАЛЬНАЯ ГРЫЖА*	C	
БОЛЕЗНИ ПОЧЕК*	C	
ТЯЖЕЛАЯ СТЕПЕНЬ АЛИМЕНТАРНОГО ИСТОЩЕНИЯ*	C	

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ

ЖЕНСКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ		
<p>Стерилизация (СТЕР) не защищает от инфекций, передаваемых половым (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. При надлежащем использовании презерватив является одним из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.</p>		
СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии приведены после данной таблицы	КАТЕГОРИЯ ^a A = метод приемлем, C = необходима особая осторожность, D = рекомендуется отсрочка, S = необходимы специальные условия	ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ИЛИ ТАЗА В АНАМНЕЗЕ	C	Пояснение: хирургическое вмешательство на органах брюшной полости или таза в анамнезе сопровождается повышенным риском осложнений после стерилизации (20, 22, 43-45).
СТЕРИЛИЗАЦИЯ ОДНОВРЕМЕННО С ХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ		
а) плановое вмешательство	C	
б) экстренное вмешательство (без предварительной консультации)	D	
с) инфекционное заболевание	D	
СТЕРИЛИЗАЦИЯ ОДНОВРЕМЕННО С КЕСАРЕВЫМ СЕЧЕНИЕМ*	A	

^a Подробное разъяснение категорий A, C, D и S:

A = метод приемлем: нет медицинских оснований для отказа от стерилизации женщины при данном заболевании.

C = необходима особая осторожность: процедура обычно проводится в стандартных условиях, но с дополнительной подготовкой и соблюдением мер предосторожности.

D = рекомендуется отсрочка: операция откладывается до оценки состояния или его коррекции. Пациентку следует обеспечить временными альтернативными методами контрацепции.

S = необходимы специальные условия: операция должна проводиться в медучреждении, располагающим опытным хирургом и квалифицированным медперсоналом, оборудованием для общей анестезии и другим вспомогательным медицинским оборудованием и средствами. При этих заболеваниях также необходимо иметь возможность выбрать наиболее адекватный вариант вмешательства и анестезии. Должны быть обеспечены альтернативные временные методы контрацепции, если требуется направление в учреждение более высокого уровня или отсрочка по другим причинам.

МУЖСКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ		
<p>Стерилизация (СТЕР) не защищает от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. Надлежащее использование презервативов представляет собой один из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.</p>		
СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии приведены в конце данной таблицы	КАТЕГОРИЯ ^a A = метод приемлем, C = необходима особая осторожность, D = рекомендуется отсрочка, S = необходимы специальные условия	ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ		
МОЛОДОЙ ВОЗРАСТ	C	<p>Пояснение: молодые мужчины, как и все лица мужского пола, должны ставиться в известность в отношении того, что стерилизация приводит к стойкой утрате способности к репродукции, и что существуют альтернативные высокоэффективные методы долгосрочной контрацепции.</p> <p>Доказательства: у мужчин, подвергшихся вазэктомии в молодом возрасте, вероятность процедур по восстановлению фертильности была выше, чем у мужчин, подвергшихся стерилизации в более старшем возрасте (2).</p>
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА		
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА	C	
ВИЧ/СПИД		
ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	A	<p>Пояснение: рутинный скрининг не требуется. При выполнении всех хирургических операций необходимо строго соблюдать соответствующие меры профилактики заражения, включая общие меры предосторожности. После стерилизации рекомендуется пользоваться презервативами.</p>
БЕССИМПТОМНОЕ ИЛИ ЛЕГКОЕ ТЕЧЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ (1-я или 2-я СТАДИЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ)	A	<p>Пояснение: рутинный скрининг не требуется. При выполнении всех хирургических операций необходимо строго соблюдать соответствующие меры профилактики заражения, включая общие меры предосторожности. После стерилизации рекомендуется пользоваться презервативами.</p>
ТЯЖЕЛАЯ ИЛИ ПОЗДНЯЯ СТАДИЯ СПИД (3-я или 4-я СТАДИЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ)	S	<p>Пояснение: наличие какого-либо заболевания, связанного со СПИД, может потребовать отсрочки в проведении стерилизации.</p>
ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ		
САХАРНЫЙ ДИАБЕТ*	C	<p>Пояснение: Если уровень сахара в крови не контролируется надлежащим образом, пациента рекомендуется направить в лечебное учреждение соответствующего профиля.</p>
АНЕМИИ		
СЕРПОВИДНО-КЛЕТОЧНАЯ АНЕМИЯ*	A	

МУЖСКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ

МУЖСКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ		
Стерилизация (СТЕР) не защищает от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе от ВИЧ. Если существует риск ИППП/ВИЧ, рекомендуется надлежащее использование презервативов. Надлежащее использование презервативов представляет собой один из наиболее эффективных методов защиты от ИППП/ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но они не так широко применяются в национальных программах, как мужские презервативы.		
СОСТОЯНИЕ * дополнительные комментарии приведены в конце данной таблицы	КАТЕГОРИЯ ^a A = метод приемлем, C = необходима особая осторожность, D = рекомендуется отсрочка, S = необходимы специальные условия	ПОЯСНЕНИЯ/ДОКАЗАТЕЛЬСТВА
ДРУГИЕ СОСТОЯНИЯ, ИМЕЮЩИЕ ОТНОШЕНИЕ К МУЖСКОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ		
МЕСТНЫЕ ИНФЕКЦИИ*		
а) инфекции кожного покрова мошонки	D	
б) острые ИППП	D	
в) баланит	D	
г) эпидидимит или орхит	D	
НАРУШЕНИЯ ГЕМОСТАЗА*	S	
ТРАВМА МОШОНКИ В АНАМНЕЗЕ	C	
СИСТЕМНАЯ ИНФЕКЦИЯ ИЛИ ГАСТРОЭНТЕРИТ*	D	
ОБЪЕМНОЕ ВАРИКОЦЕЛЕ*	C	
ОБЪЕМНОЕ ГИДРОЦЕЛЕ*	C	
ФИЛЯРИОЗ; ЭЛЕФАНТИАЗ*	D	
ВНУТРИМОШОНОЧНОЕ ОПУХОЛЕВИДНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ*	D	
КРИПТОРХИЗМ	S	
ПАХОВАЯ ГРЫЖА*	S	

^a Подробное разъяснение категорий A, C, D и S:

A = **метод приемлем**: нет медицинских показаний к отказу от стерилизации при данном заболевании.

C = **необходима особая осторожность**: процедура обычно проводится в стандартных условиях, но с дополнительной подготовкой и соблюдением мер предосторожности.

D = **рекомендуется отсрочка**: операция откладывается до оценки состояния или его коррекции. Следует обеспечить временную альтернативную контрацепцию.

S = **необходимы специальные условия**: операция должна проводиться в медучреждении, располагающим опытным хирургом и квалифицированным медперсоналом, оборудованием для общей анестезии и другим вспомогательным медицинским оборудованием и средствами. При этих заболеваниях также необходимо иметь возможность выбрать наиболее адекватный вариант вмешательства и анестезии. Должны быть обеспечены альтернативные временные методы контрацепции, если требуется направление в учреждение более высокого уровня или отсрочка по другим причинам.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОММЕНТАРИИ, КАСАЮЩИЕСЯ ЖЕНСКОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ**Паритет**

Нерожавшие женщины: как и все лица женского пола, они должны быть проинформированы о необратимости стерилизации и наличии альтернативных, долгосрочных и весьма эффективных методов контрацепции.

Послеродовый период

< 7 дней после родов: стерилизация может быть безопасно выполнена сразу же после родов.

от 7 до < 42 дней после родов: выполнение стерилизации на фоне неполной инволюции матки связано с повышенным риском осложнений.

Преэклампсия/эклампсия: существует повышенный риск анестезиологических осложнений.

Длительный безводный промежуток (24 часа или более): повышенный риск послеоперационных инфекционных осложнений.

Послеродовый сепсис, лихорадка во время родов или в послеродовом периоде: существует повышенный риск послеоперационных инфекционных осложнений.

Массивное кровотечение в дородовом или послеродовом периоде: у женщины может быть выраженная анемия, и соответственно, непереносимость дополнительной кровопотери.

Тяжелая травма половых путей (разрыв шейки матки или влагалища во время родов): возможна значительная кровопотеря и анемия.

Разрыв или перфорация матки: возможна значительная кровопотеря или повреждение органов брюшной полости.

После аборта

Сепсис или лихорадка: существует повышенный риск послеоперационных инфекционных осложнений.

Массивное кровотечение после аборта: у женщины может быть выраженная анемия, и соответственно, непереносимость дополнительной кровопотери.

Тяжелая травма половых путей (разрыв шейки матки или влагалища во время аборта): у женщины может быть выраженная анемия, и соответственно, непереносимость дополнительной

кровопотери. Процедура стерилизации может быть более болезненной.

Перфорация матки: возможна значительная кровопотеря или повреждение органов брюшной полости.

Острая гематометра: у женщины может быть выраженная анемия, и соответственно, непереносимость дополнительной кровопотери.

ДРУГИЕ СОСТОЯНИЯ**Множественные риски артериальных сердечно-сосудистых заболеваний**

Сопутствующие многочисленные факторы риска: может возникнуть высокий риск осложнений, связанных с проведением анестезии и хирургического вмешательства.

Ишемическая болезнь сердца в настоящее время и в анамнезе

Высокий риск осложнений, связанных с проведением анестезии и хирургическим вмешательством.

Рак шейки матки (перед терапией), рак эндометрия, рак яичника

В большинстве случаев лечение этих заболеваний приводит к бесплодию.

Миома матки

В зависимости от размера и расположения миомы могут возникнуть трудности с определением локализации маточных труб и с мобилизацией матки.

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ)

ВЗОМТ могут повышать риск послеоперационных инфекционных осложнений или образования спаек в послеоперационном периоде.

ИППП

Высокий риск послеоперационных инфекционных осложнений.

Сахарный диабет

Риск развития гипогликемии или кетоацидоза при выполнении стерилизации, особенно если уровень сахара в крови не контролируется надлежащим образом перед процедурой.

Болезни щитовидной железы

Повышенный риск осложнений, связанных с проведением анестезии и хирургическим вмешательством.

МУЖСКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ

Вирусный гепатит

Высокий риск осложнений, связанных с проведением анестезии и хирургическим вмешательством.

Серповидно-клеточная анемия

Повышенный риск легочных, сердечных и неврологических осложнений, а также раневой инфекции в послеоперационном периоде.

Нарушения свертываемости крови

Повышенный риск гематологических осложнений хирургического вмешательства.

Системная инфекция или гастроэнтерит

Риск развития инфекций в послеоперационном периоде, осложнений в результате обезвоживания и осложнений, связанных с проведением анестезии.

Неподвижность матки в результате перенесенной операции или инфекции

Ограниченная подвижность матки, маточных труб и кишечника может затруднить проведение лапароскопии или минолапаротомии, а также увеличить риск развития осложнений.

Диафрагмальная грыжа

При проведении лапароскопии у женщины могут возникнуть острые кардиореспираторные осложнения вследствие пневмоперитонеума или нахождения в положении Тренделенбурга.

Болезни почек

Возможны нарушения гемостаза. Может возникнуть повышенный риск инфицирования или гиповолемического шока. Болезни почек могут приводить к фоновой анемии, нарушению электролитного баланса, метаболизма лекарственных препаратов и экскреторной функции.

Тяжелая степень алиментарного истощения

Повышенный риск инфицирования и снижения скорости заживления послеоперационной раны.

Стерилизация одновременно с кесаревым сечением

Риск осложнений при хирургически стабильном состоянии не повышен.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОММЕНТАРИИ, КАСАЮЩИЕСЯ МУЖСКОЙ СТЕРИЛИЗАЦИИ**Сахарный диабет**

Пациенты с диабетом в большей степени подвержены послеоперационной раневой инфекции. При появлении признаков инфицирования раны необходимо назначить лечение антибиотиками.

Местные инфекции

Повышенный риск развития инфекционных осложнений в послеоперационном периоде.

Нарушения свертываемости крови

Нарушения гемостаза ведут к повышенному риску образования послеоперационной гематомы, которая, в свою очередь, является причиной повышенного риска инфекционных осложнений.

Системная инфекция или гастроэнтерит

Повышенный риск инфекционных осложнений в послеоперационном периоде.

Объемное варикоцеле

Выделение семенного протока может быть затруднено или невозможно. Одновременное устранение варикоцеле и выполнение вазэктомии снижает риск осложнений в послеоперационном периоде.

Объемное гидроцеле

Выделение семенного протока может быть затруднено или невозможно. Одновременное устранение гидроцеле и выполнение вазэктомии снижает риск осложнений в послеоперационном периоде.

Филяриоз; элифантиаз

Элифантиаз мошонки может практически исключать возможность пальпации семенного канатика и яичек.

Внутримошоночное опухолевидное образование

Может свидетельствовать о заболевании органов, находящихся в мошонке.

Паховая грыжа

Вазэктомия может быть выполнена одновременно с коррекцией грыжи.

Серповидно-клеточная анемия

Повышенный риск кардиореспираторных, сердечных и неврологических осложнений, а также нагноений раны в послеоперационном периоде.

Ссылки

1. Wilcox LS, Chu SY, Eaker ED, Zeger SL, Peterson HB. Risk factors for regret after tubal sterilization: 5 years of follow-up in a prospective study. *Fertil Steril.* 1991;55:927–33.
2. Trussell J, Guilbert E, Hedley A. Sterilization failure, sterilization reversal, and pregnancy after sterilization reversal in Quebec. *Obstet Gynecol.* 2003;101:677–84.
3. Thranov I, Kjersgaard AG, Rasmussen OV, Hertz J. Regret among 547 Danish sterilized women. *Scand J Soc Med.* 1988;16:41–8.
4. Schmidt JE, Hillis SD, Marchbanks PA, Jeng G, Peterson HB. Requesting information about and obtaining reversal after tubal sterilization: findings from the U.S. Collaborative Review of Sterilization. *Fertil Steril.* 2000;74:892–8.
5. Ramsay IN, Russell SA. Who requests reversal of female sterilisation? A retrospective study from a Scottish unit. *Scot Med J.* 1991;36:44–6.
6. Platz-Christensen JJ, Tronstad SE, Johansson O, Carlsson SA. Evaluation of regret after tubal sterilization. *Int J Gynaecol Obstet.* 1992;38:223–6.
7. Marciel-Gratton N. Sterilization regret among women in metropolitan Montreal. *Fam Plann Perspect.* 1988;20:222–7.
8. Loaiza E. Sterilization regret in the Dominican Republic: looking for quality-of-care issues. *Stud Fam Plann.* 1995;26:39–48.
9. Leader A, Galan N, George R, Taylor PJ. A comparison of definable traits in women requesting reversal of sterilization and women satisfied with sterilization. *Am J Obstet Gynecol.* 1983;145:198–202.
10. Kariminia A, Saunders DM, Chamberlain M. Risk factors for strong regret and subsequent IVF request after having tubal ligation. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2002;42:526–9.
11. Jamieson DJ, Kaufman SC, Costello C, Hillis SD, Marchbanks PA, Peterson HB, et al. A comparison of women's regret after vasectomy versus tubal sterilization. *Obstet Gynecol.* 2002;99:1073–9.
12. Hillis SD, Marchbanks PA, Tylor LR, Peterson HB. Poststerilization regret: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. *Obstet Gynecol.* 1999;93:889–95.
13. Henshaw SK, Singh S. Sterilization regret among U.S. couples. *Fam Plann Perspect.* 1986;18:238–40.
14. Hardy E, Bahamondes L, Osis MJ, Costa RG, Faúndes A. Risk factors for tubal sterilization regret, detectable before surgery. *Contraception.* 1996;54:159–62.
15. Grubb GS, Peterson HB, Layde PM, Rubin GL. Regret after decision to have a tubal sterilization. *Fertil Steril.* 1985;44:248–53.
16. Clarkson SE, Gillett WR. Psychological aspects of female sterilisation – assessment of subsequent regret. *N Z Med J.* 1985;98:748–50.
17. Boring CC, Roach RW, Becerra J. Sterilization regret among Puerto Rican women. *Fertil Steril.* 1988;44:973–81.
18. Allyn DP, Leton DA, Westcott NA, Hale RW. Presterilization counseling and women's regret about having been sterilized. *J Reprod Med.* 1986;31:1027–32.

МУЖСКАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ

19. Abraham S, Jansen R, Fraser IS, Kwok CH. The characteristics, perceptions and personalities of women seeking a reversal of their tubal sterilization. *Med J Aust.* 1986;145:4–7.
20. Jamieson DJ, Hillis SD, Duerr A, Marchbanks PA, Costello C, Peterson HB. Complications of interval laparoscopic tubal sterilization: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. *Obstet Gynecol.* 2000;96:997–1002.
21. Chi I, Mumford SD, Lafe LE. Technical failures in tubal ring sterilization: incidence, perceived reasons, outcome, and risk factors. *Am J Obstet Gynecol.* 1980;138:307–12.
22. Chi I, Kennedy KI. Early readmission following elective laparoscopic sterilization: a brief analysis of a rare event. *Am J Obstet Gynecol.* 1984;148:322–7.
23. White MK, Ory HW, Goldenberg LA. A case-control study of uterine perforations documented at laparoscopy. *Am J Obstet Gynecol.* 1977;129:623–5.
24. Urowitz MB, Bookman AA, Koehler BE, Gordon DA, Smythe HA, Ogryzlo MA. The bimodal mortality pattern of systemic lupus erythematosus. *Am J Med.* 1976;60:221–5.
25. Somers E, Magder LS, Petri M. Antiphospholipid antibodies and incidence of venous thrombosis in a cohort of patients with systemic lupus erythematosus. *Journal of Rheumatology.* 2002;29:2531–6.
26. Schaedel ZE, Dolan G, Powell MC. The use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in the management of menorrhagia in women with hemostatic disorders. *American Journal of Obstetrics & Gynecology.* 2005;193:1361–3.
27. Sarabi ZS, Chang E, Bobba R, et al. Incidence rates of arterial and venous thrombosis after diagnosis of systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism.* 2005;53:609–12.
28. Sanchez-Guerrero J, Uribe AG, Jimenez-Santana L, Mestanza-Peralta M, Lara-Reyes P, Seuc AH, et al. A trial of contraceptive methods in women with systemic lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine.* 2005;353:2539–49.
29. Petri M, Kim MY, Kalunian KC, et al. Combined oral contraceptives in women with systemic lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine.* 2005;353:2550–8.
30. Petri M. Lupus in Baltimore: evidence-based 'clinical pearls' from the Hopkins Lupus Cohort. *Lupus.* 2005;14:970–3.
31. Petri M. Musculoskeletal complications of systemic lupus erythematosus in the Hopkins Lupus Cohort: an update. *Arthritis Care and Research.* 1995;8:137–45.
32. Mintz G, Gutierrez G, Delezé M, Rodríguez E. Contraception with progestogens in systemic lupus erythematosus. *Contraception.* 1984;30:29–38.
33. McDonald J, Stewart J, Urowitz MB, Gladman DD. Peripheral vascular disease in patients with systemic lupus erythematosus. *Annals of Rheumatic Diseases.* 1992;51:56–60.
34. McAlindon T, Giannotta L, Taub N, D'Cruz D, Hughes G. Environmental factors predicting nephritis in systemic lupus erythematosus. *Annals of Rheumatic Diseases.* 1993;52:720–4.
35. Manzi S, Meilahn EN, Rairie JE, Conte CG, Medsger TA Jr, Jansen-McWilliams L, et al. Age-specific incidence rates of myocardial infarction and angina in women with systemic lupus erythematosus: comparison with the Framingham Study. *American Journal of Epidemiology.* 1997;145:408–15.
36. Jungers P, Dougados M, Pelissier C, Kuttent F, Tron F, Lesavre P, et al. Influence of oral contraceptive therapy on the activity of systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism.* 1982;25:618–23.
37. Julkunen HA, Kaaja R, Friman C. Contraceptive practice in women with systemic lupus erythematosus. *British Journal of Rheumatology.* 1993;32:227–30.
38. Julkunen HA. Oral contraceptives in systemic lupus erythematosus: side-effects and influence on the activity of SLE. *Scandinavian Journal of Rheumatology.* 1991;20:427–33.
39. Esdaile JM, Abrahamowicz M, Grodzicky T, Li Y, Panaritis C, du Berger R, et al. Traditional Framingham risk factors fail to fully account for accelerated atherosclerosis in systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism.* 2001;44:2331–7.
40. Chopra N, Koren S, Greer WL, et al. Factor V Leiden, prothrombin gene mutation, and thrombosis risk in patients with antiphospholipid antibodies. *Journal of Rheumatology.* 2002;29:1683–8.
41. Bernatsky S, Ramsey-Goldman R, Gordon C, et al. Factors associated with abnormal Pap results in systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford).* 2004;43:1386–9.
42. Bernatsky S, Clarke A, Ramsey-Goldman R, Joseph L, Boivin JF, Rajan R, et al. Hormonal exposures and breast cancer in a sample of women with systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford).* 2004;43:1178–81.24.
43. Baggish MS, Lee WK, Miro SJ, Dacko L, Cohen G. Complications of laparoscopic sterilization. Comparison of 2 methods. *Obstet Gynecol.* 1979;54:54–9.
44. Chi I, Feldblum PJ, Balogh SA. Previous abdominal surgery as a risk factor in interval laparoscopic sterilization. *Am J Obstet Gynecol.* 1983(841):846.
45. Feldblum PJ, Champion CB, Chi IC, Lamptey P. Technical failures in female sterilization using the tubal ring: a case-control analysis. *Contraception.* 1986;34:505–12.

2.7.12 Сводная таблица (СТ)

Данная сводная таблица наглядно отражает рекомендации по применению комбинированных гормональных контрацептивов: КОК, КИК, комбинированного контрацептивного пластыря (КП) и комбинированного вагинального кольца (КВК), контрацептивов, содержащих только прогестаген (ПСТ, инъекционных контрацептивов ДМПА/НЭТ-ЭН и имплантов ЛНГ и ЭТГ), а также медь-содержащих и левоноргестрел-содержащих внутриматочных контрацептивов (Си-ВМК и ЛНГ-ВМК). Подробная информация об этих рекомендациях указана в соответствующих таблицах для каждого метода контрацепции. Рекомендации по использованию таблетированных средств экстренной контрацепции (ТЭК), внутриматочных средств экстренной контрацепции (ЭВМК), вагинального кольца, содержащего прогестерон (ПВК), барьерных методов контрацепции (БМК), биологических методов контрацепции (Био-МК), метода лактационной аменореи (МЛА), прерванного полового акта (ППА) и добровольной хирургической стерилизации (СТЕР) представлены в соответствующих подразделах данного документа.

СВОДНАЯ ТАБЛИЦА

СОСТОЯНИЕ	КОК/КП/КВК	КИК	ПСТ	Инъекционные контрацептивы ДМПА/НЭТ-ЭН	Импланты ЛНГ/ЭТГ	Cu-ВМК	ЛНГ-ВМК
	НП ^a	НП ^a	НП ^a	НП ^a	НП ^a	НП ^a	НП ^a
БЕРЕМЕННОСТЬ							
ВОЗРАСТ	С менархе до < 40 = 1 ≥ 40 = 2	С менархе до < 40 = 1 ≥ 40 = 2	С менархе до < 18 = 1 18-45 = 1 > 45 = 1	С менархе до < 18 = 2 18-45 = 1 > 45 = 2	С менархе до < 18 = 1 18-45 = 1 > 45 = 1	С менархе до < 20 = 2 ≥ 20 = 1	С менархе до < 20 = 2 ≥ 20 = 1
ПАРИТЕТ							
а) нерожавшие	1	1	1	1	1	2	2
б) рожавшие	1	1	1	1	1	1	1
ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ							
а) < 6 недель после родов	4	4	2 ^a	3 ^a	2 ^a		
б) ≥ 6 недель до < 6 месяцев (преимущественно грудное вскармливание)	3	3	1	1	1		
с) ≥ 6 месяцев после родов	2	2	1	1	1		
ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД (у некорящихся женщин)							
а) < 21 дня			1	1	1		
и) без других факторов риска венозного тромбоза (ВТЭ)	3 ^a	3 ^a					
ii) при других факторах риска венозного тромбоза (ВТЭ)	4 ^a	4 ^a					

СВОДНАЯ ТАБЛИЦА							
СОСТОЯНИЕ	КОК/КП/КВК	КИК	ПСТ	Инъекционные контрацептивы ДМПА/НЭТ-ЭН	Импланты ЛНГ/ЭТГ	Су-ВМК	ЛНГ-ВМК
Н = начало, П = продолжение, ГВ = грудное вскармливание, НП = не применимо							
б) ≥ 21 дня до 42 дней			1	1	1		
и) без других факторов риска венозного тромбозмболизма (ВТЭ)	2 ^а	2 ^а					
ii) при наличии других факторов риска венозного тромбозмболизма (ВТЭ)	3 ^а	3 ^а					
с) > 42 дней	1	1	1	1	1		
ПОСПЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД (женщины, кормящие или не кормящие грудью, в том числе после кесарева сечения)							
а) < 48 часов, включая введение ВМК сразу после рождения послета						1	Не ГВ = 1; ГВ = 2
б) от ≥ 48 часов до 4 недель						3	3
в) ≥ 4 недель						1	1
г) послеродовой сепсис						4	4
ПОСЛЕ АБОРТА							
а) в первом триместре	1 ^а	1 ^а	1 ^а	1 ^а	1 ^а	1 ^а	1 ^а
б) во втором триместре	1 ^а	1 ^а	1 ^а	1 ^а	1 ^а	2 ^а	2 ^а
в) сразу после септического аборта	1 ^а	1 ^а	1 ^а	1 ^а	1 ^а	4	4
ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В АНАМНЕЗЕ	1	1	2	1	1	1	1

СВОДНАЯ ТАБЛИЦА

СВОДНАЯ ТАБЛИЦА							
СОСТОЯНИЕ	КОК/КП/КВК	КИК	ПСТ	Инъекционные контрацептивы ДМПА/НЭТ-ЭН	Импланты ЛНГ/ЭТГ	Су-ВМК	ЛНГ-ВМК
Н = начало, П = продолжение, ГВ = грудное вскармливание, НП = не применимо							
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА ОРГАНАХ ТАЗА В АНАМНЕЗЕ (см. раздел «послеродовый период, в том числе после кесарева сечения»)	1	1	1	1	1	1	1
	2	2	1	1	1	1	1
	3	2	1	1	1	1	1
	4	3	1	1	1	1	1
КУРЕНИЕ							
а) возраст < 35 лет							
б) возраст ≥ 35 лет							
i) < 15 сигарет/день							
ii) ≥ 15 сигарет/день							
ОЖИРЕНИЕ							
а) ИМТ ≥ 30 кг/м ²							
б) с менархе до < 18 лет ИМТ ≥ 30 кг/м ²							
ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НЕДОСТУПНО							
	НП ^а	НП ^а	НП ^а	НП ^а	НП ^а	НП ^а	НП ^а
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ							
МНОЖЕСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ АРТЕРИАЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (например: старший возраст, курение, диабет, гипертензия и установленная дислипидемия)	3/4 ^а	3/4 ^а	2 ^а	3 ^а	2 ^а	1	2

СВОДНАЯ ТАБЛИЦА							
СОСТОЯНИЕ	КОК/КП/КВК	КИК	ПСТ	Иъекционные контрацептивы ДМПА/НЭТ-ЭН	Импланты ЛНГ/ЭТГ	Сп-ВМК	ЛНГ-ВМК
Н = начало, П = продолжение, ГВ = грудное вскармливание, НП = не применимо							
ГИПЕРТЕНЗИЯ							
а) в анамнезе, когда артериальное давление НЕВОЗМОЖНО оценить (включая гипертензию при беременности)	3 ^а	3 ^а	2 ^а	2 ^а	2 ^а	1	2
б) адекватно контролируемая гипертензия, при которой артериальное давление ВОЗМОЖНО оценить	3 ^а	3 ^а	1 ^а	2 ^а	1 ^а	1	1
в) повышенное артериальное давление (измеренное надлежащим образом)							
i) систолическое 140-159 или диастолическое 90–99 мм рт. ст.	3	3	1	2	1	1	1
ii) систолическое ≥ 160 или диастолическое ≥ 100 мм рт. ст.	4	4	2	3	2	1	2
г) сосудистые заболевания	4	4	2	3	2	1	2
ВЫСОКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ В АНАМНЕЗЕ (если в настоящее время артериальное давление возможно измерить, и оно нормальное)	2	2	1	1	1	1	1
ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН (ТГВ)/ ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ (ТЭЛА)							
а) ТГВ/ТЭЛА в анамнезе	4	4	2	2	2	1	2
б) острые ТГВ/ТЭЛА	4	4	3	3	3	1	3
в) ТГВ/ТЭЛА и антикоагулянтная терапия	4	4	2	2	2	1	2

СВОДНАЯ ТАБЛИЦА

СВОДНАЯ ТАБЛИЦА											
СОСТОЯНИЕ	КОК/КП/КВК	КИК	ПСТ	Инъекционные контрацептивы ДМПА/НЭТ-ЭН	Импланты ЛНГ/ЭТГ	СИ-ВМК	ЛНГ-ВМК				
Н = начало, П = продолжение, ГВ = грудное вскармливание, НП = не применимо											
г) семейный анамнез (ближайшие родственники)	2	2	1	1	1	1	1				
д) большое хирургическое вмешательство											
и) с длительной иммобилизацией	4	4	2	2	2	1	2				
ii) без длительной иммобилизации	2	2	1	1	1	1	1				
е) малое хирургическое вмешательство без иммобилизации	1	1	1	1	1	1	1				
УСТАНОВЛЕННЫЕ ТРОМБОГЕННЫЕ МУТАЦИИ (мутации фактора V/Лейден, протромбина; дефицит протеина S, протеина С и антитромбина)	4 ^a	4 ^a	2 ^a	2 ^a	2 ^a	1 ^a	2 ^a				
ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН											
а) варикозное расширение вен	1	1	1	1	1	1	1				
б) тромбоз поверхностных вен	2 ^a	2 ^a	1	1	1	1	1				
ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ИЛИ В АНАМНЕЗЕ	4	4	Н	П	Н	П	Н	П			
			2	3	2	3	1	2	3		
			Н	П	Н	П					
ИНСУЛЬТ (острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе)	4	4	2	3	2	3	1	2			
			Н	П	Н	П					
УСТАНОВЛЕННАЯ ДИСЛИПИДЕМИЯ БЕЗ ДРУГИХ ИЗВЕСТНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	2 ^a	2 ^a	2 ^a	2 ^a	2 ^a	1 ^a	2 ^a				

СВОДНАЯ ТАБЛИЦА									
СОСТОЯНИЕ	КОК/КП/КВК	КИК	ПСТ	Инъекционные контрацептивы ДМПА/НЭТ-ЭН	Импланты ЛНГ/ЭТГ	Cu-ВМК	ЛНГ-ВМК	Н = начало, П = продолжение, ГВ = грудное вскармливание, НП = не применимо	
								Н	П
ПОРОК СЕРДЦА									
а) неосложненный	2	2	1	1	1	1	1	1	1
б) осложненный (легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый септический эндокардит в анамнезе)	4	4	1	1	1	2 ^а	2 ^а		
РЕВМАТИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ									
СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА									
а) наличие антифосфолипидных антител (или их наличие не определялось)	4	4	3	Н	П	Н	П	Н	П
б) тяжелая тромбоцитопения	2	2	2	3	2	3 ^а	2 ^а		
в) иммуносупрессивная терапия	2	2	2	2	2	2	1	2	2
г) ничего из вышеперечисленного	2	2	2	2	2	1	1	2	2
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ									
ГОЛОВНЫЕ БОЛИ									
а) немигренозные (умеренные или тяжелые)	Н	П	Н	П	Н	П	Н	П	Н
б) мигрень	Н	П	Н	П	Н	П	Н	П	Н
i) без ауры	2 ^а	3 ^а	1 ^а	2 ^а	2 ^а	1 ^а	2 ^а	2 ^а	2 ^а
возраст < 35 лет									
возраст ≥ 35 лет	3 ^а	4 ^а	1 ^а	2 ^а	2 ^а	1 ^а	2 ^а	2 ^а	2 ^а
ii) с аурой (в любом возрасте)	4 ^а	4 ^а	2 ^а	3 ^а	2 ^а	1 ^а	2 ^а	2 ^а	3 ^а

СВОДНАЯ ТАБЛИЦА

СВОДНАЯ ТАБЛИЦА									
СОСТОЯНИЕ	КОЖ/КП/КВК	КИК	ПСТ	Инъекционные контрацептивы ДМПА/НЭТ-ЭН	Импланты ЛНГ/ЭТГ	СИ-ВМК	ЛНГ-ВМК		
Н = начало, П = продолжение, ГВ = грудное вскармливание, НП = не применимо									
ЭПИЛЕПСИЯ	1 ^a	1 ^a	1 ^a	1 ^a	1 ^a	1 ^a	1 ^a	1 ^a	
Если в процессе лечения, см. ЛЕКАРСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ (последний раздел данной таблицы)									
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА									
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА	1 ^a	1 ^a	1 ^a	1 ^a	1 ^a	1 ^a	1 ^a	1 ^a	
ИНФЕКЦИИ И ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ									
КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ								Н	П
а) нерегулярные, умеренные	1	1	2	2	2	1	1	1	1
б) обильные или продолжительные (регулярные и нерегулярные)	1 ^a	1 ^a	2 ^a	2 ^a	2 ^a	2 ^a	2 ^a	1 ^a	2 ^a
КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА (ПОДОЗРЕНИЕ НА СЕРЬЕЗНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ)								Н	П
а) до обследования	2 ^a	2 ^a	2 ^a	3 ^a	3 ^a	4 ^a	2 ^a	4 ^a	2 ^a
ЭНДОМЕТРИОЗ	1	1	1	1	1	2	1	1	
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ (А ТАКЖЕ КИСТЫ)	1	1	1	1	1	1	1	1	
ТЯЖЕЛАЯ ДИСМЕНОРЕЯ	1	1	1	1	1	2	1	1	
ГЕСТАЦИОННАЯ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ									
а) снижающийся или неопределяемый уровень бета-ХГЧ	1	1	1	1	1	3	1	3	3
б) постоянно повышенный уровень бета-ХГЧ или злокачественное заболевание	1	1	1	1	1	4	1	4	4

СВОДНАЯ ТАБЛИЦА									
СОСТОЯНИЕ	КОК/КП/КВК	КИК	ПСТ	Инъекционные контрацептивы ДМПА/НЭТ-ЭН	Импланты ЛНГ/ЭТГ	Cu-ВМК		ЛНГ-ВМК	
						Н	П	Н	П
Н = начало, П = продолжение, ГВ = грудное вскармливание, НП = не применимо									
ЭКТРОПИОН ШЕЙКИ МАТКИ	1	1	1	1	1	1			1
ЦЕРВИКАЛЬНАЯ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ НЕОПЛАЗИЯ (CIN)	2	2	1	2	2	1			2
РАК ШЕЙКИ МАТКИ (предстоящая терапия)	2	2	1	2	2	Н	П	Н	П
ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ а) опухолевидное образование неустановленного характера б) доброкачественное заболевание молочной железы в) семейный анамнез рака г) рак молочной железы и) в настоящее время ii) в анамнезе, или отсутствие признаков рецидива в течение 5 лет наблюдения	2 ^a	2 ^a	2 ^a	2 ^a	2 ^a		1		2
	1	1	1	1	1		1		1
	1	1	1	1	1		1		1
	4	4	4	4	4		1		4
	3	3	3	3	3		1		3
	1	1	1	1	1	1			
РАК ЭНДОМЕТРИЯ	1	1	1	1	1	Н	П	Н	П
РАК ЯИЧНИКА	1	1	1	1	1	Н	П	Н	П
						Н	П	Н	П
						3	2	3	2

СВОДНАЯ ТАБЛИЦА

СВОДНАЯ ТАБЛИЦА									
СОСТОЯНИЕ	КОЖ/КП/КВК	КИК	ПСТ	Инъекционные контрацептивы ДМПА/НЭТ-ЭН	Импланты ЛНГ/ЭТГ	Cu-ВМК	ЛНГ-ВМК	Н = начало, П = продолжение, ГВ = грудное вскармливание, НП = не применимо	
								Н	П
МИОМА МАТКИ									
а) без деформации полости матки	1	1	1	1	1	1	1	1	1
б) с деформацией полости матки	1	1	1	1	1	4	4	4	4
АНАТОМИЧЕСКИЕ АНОМАЛИИ									
а) деформирующие полость матки						4	4	4	4
б) не деформирующие полость матки						2	2	2	2
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА (ВЗОМТ)									
а) ВЗОМТ в анамнезе (при отсутствии рисков ИППП в настоящее время)									
i) с последующей беременностью	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ii) без последующей беременности	1	1	1	1	1	2	2	2	2
б) ВЗОМТ в настоящее время	1	1	1	1	1	4	2 ^а	4	2 ^а
ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (ИППП)									
а) гнойный цервицит, хламидийная инфекция или гонорея в настоящее время	1	1	1	1	1	4	2 ^а	4	2 ^а
б) другие ИППП (за исключением ВИЧ-инфекции и гепатита)	1	1	1	1	1	2	2	2	2
в) вагинит (включая трихомонадный вагинит и бактериальный вагиноз)	1	1	1	1	1	2	2	2	2
г) повышенный риск ИППП	1	1	1	1	1	2/3 ^а	2	2/3 ^а	2

СВОДНАЯ ТАБЛИЦА							
СОСТОЯНИЕ	КОК/КП/КВК	КИК	ПСТ	Инъекционные контрацептивы ДМПА/НЭТ-ЭН	Импланты ЛНГ/ЭТГ	Су-ВМК	ЛНГ-ВМК
Н = начало, П = продолжение, ГВ = грудное вскармливание, НП = не применимо							
ВИЧ/СПИД							
ВЫСОКИЙ РИСК ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	1	1	1	1 ^а	1	2	2
БЕССИМПТОМНОЕ ИЛИ ЛЕГКОЕ ТЕЧЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ (1-я ИЛИ 2-я СТАДИЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ)	1 ^а	1 ^а	1 ^а	1 ^а	1 ^а	2	2
ТЯЖЕЛАЯ ИЛИ ПОЗДНЯЯ СТАДИЯ СПИД (3-я ИЛИ 4-я СТАДИЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ)	1 ^а	1 ^а	1 ^а	1 ^а	1 ^а	3	2 ^а
ДРУГИЕ ИНФЕКЦИИ							
ШИСТОСОМОЗ							
а) неосложненный	1	1	1	1	1	1	1
б) фиброз печени	1	1	1	1	1	1	1
ТУБЕРКУЛЕЗ							
а) экстрагенитальный	1 ^а	1 ^а	1 ^а	1 ^а	1 ^а	Н	П
б) внутренних половых органов	1 ^а	1 ^а	1 ^а	1 ^а	1 ^а	1	1
Если в процессе лечения, см. ЛЕКАРСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ DRUG (последний раздел данной таблицы)							
ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	1	1	1	1	1	1	1

СВОДНАЯ ТАБЛИЦА

СВОДНАЯ ТАБЛИЦА							
СОСТОЯНИЕ	КОК/КП/КВК	КИК	ПСТ	Иъекционные контрацептивы ДМПА/НЭТ-ЭН	Импланты ЛНГ/ЭТГ	Су-ВМК	ЛНГ-ВМК
Н = начало, П = продолжение, ГВ = грудное вскармливание, НП = не применимо							
САХАРНЫЙ ДИАБЕТ							
А) ГЕСТАЦИОННЫЙ ДИАБЕТ В АНАМНЕЗЕ							
а) гестационный диабет в анамнезе	1	1	1	1	1	1	1
б) без поражения сосудов							
i) инсулинонезависимый	2	2	2	2	2	1	2
ii) инсулинозависимый	2	2	2	2	2	1	2
в) нефропатия/ретинопатия/нейропатия	3/4 ^а	3/4 ^а	2	3	2	1	2
г) другие сосудистые заболевания или длительность диабета > 20 лет	3/4 ^а	3/4 ^а	2	3	2	1	2
БОЛЕЗНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ							
а) простой зоб	1	1	1	1	1	1	1
б) гипертиреоз	1	1	1	1	1	1	1
в) гипотиреоз	1	1	1	1	1	1	1
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА							
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНОГО ПУЗЫРЯ							
а) симптомное							
i) хирургическое лечение (холецистэктомия)	2	2	2	2	2	1	2
ii) лекарственная терапия	3	2	2	2	2	1	2
iii) в настоящее время	3	2	2	2	2	1	2
б) бессимптомное	2	2	2	2	2	1	2

СВОДНАЯ ТАБЛИЦА										
СОСТОЯНИЕ	КОК/КП/КВК	КИК		ПСТ	Ињекционные контрацептивы ДМПА/НЭТ-ЭН	Импланты ЛНГ/ЭТГ	Cu-ВМК	ЛНГ-ВМК		
		Н	П						Н	П
Н = начало, П = продолжение, ГВ = грудное вскармливание, НП = не применимо										
ХОЛЕСТАЗ В АНАМНЕЗЕ	а) связанный с беременностью б) связанный с приемом КОК	2	2	1	1	1	1	1	1	
				2	2	2	2	2	2	
		3	3	3	3	3	3	3	3	3
ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ	а) острый или обострение хронического б) носительство в) хронический	3/4 ^а	2	Н	П	1	1	1	1	
				3	2	1	1	1	1	
		1	1	1	1	1	1	1	1	1
		1	1	1	1	1	1	1	1	1
ЦИРРОЗ	а) легкий (компенсированный) б) тяжелый (декомпенсированный)	1	1	1	1	1	1	1	1	
		4	3	3	3	3	3	3	3	
ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ	а) доброкачественные i) очаговая узловая гиперплазия ii) гепатоцеллюлярная аденома б) злокачественная (гепатома)	2	2	2	2	2	2	2	2	
		4	3	3	3	3	3	3	3	
		4	3/4	3	3	3	3	3	3	
		1	1	1	1	1	1	1	1	
АНЕМИИ	Талассемия Серповидно-клеточная анемия Железодефицитная анемия	1	1	1	1	1	2	1	1	
		2	2	1	1	1	2	1	1	
		1	1	1	1	1	2	1	1	

СВОДНАЯ ТАБЛИЦА

СВОДНАЯ ТАБЛИЦА									
СОСТОЯНИЕ	КОК/КП/КВК	КИК	ПСТ	Инъекционные контрацептивы ДМПА/НЭТ-ЭН	Импланты ЛНГ/ЭТГ	Су-ВМК	ЛНГ-ВМК		
Н = начало, П = продолжение, ГВ = грудное вскармливание, НП = не применимо									
ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ									
АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ (АРТ)									
а) нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ)									
абакавир (ABC)	1	1	1	1	1	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a	2 ^a
тенофовир (TDF)	1	1	1	1	1	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a	2 ^a
зидовудин (AZT)	1	1	1	1	1	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a	2 ^a
ламивудин (ZTC)	1	1	1	1	1	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a	2 ^a
диданозин (DDI)	1	1	1	1	1	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a	2 ^a
эмтрицитабин (FTC)	1	1	1	1	1	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a	2 ^a
ставудин (D4T)	1	1	1	1	1	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a	2 ^a
б) нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИИОТ)									
эфавиренз (EFV)	2 ^a	2 ^a	2 ^a	ДМПА=1, НЭТ-ЭН=2 ^a	2 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a	2 ^a
этравирин (ETR)	1	1	1	1	1	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a	2 ^a
невирапин (NVP)	2 ^a	2 ^a	2 ^a	ДМПА=1, НЭТ-ЭН=2 ^a	2 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a	2 ^a
рипиривин (RPV)	1	1	1	1	1	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a	2 ^a

СВОДНАЯ ТАБЛИЦА									
СОСТОЯНИЕ	КОК/КП/КВК	КИК	ПСТ	Иъекционные контрацептивы ДМПА/НЭТ-ЭН	Импланты ЛНГ/ЭТГ	Су-ВМК	ЛНГ-ВМК		
Н = начало, П = продолжение, ГВ = грудное вскармливание, НП = не применимо									
в) ингибиторы протеазы (ИП/PIs) атазанавир, усиленный ритонавиром (ATV/r) лопинавир, усиленный ритонавиром (LPV/r) дарунавир, усиленный ритонавиром (DRV/r) ритонавир (RTV)	2 ^a	2 ^a	2 ^a	ДМПА=1, НЭТ-ЭН=2 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a
	2 ^a	2 ^a	2 ^a	ДМПА=1, НЭТ-ЭН=2 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a
	2 ^a	2 ^a	2 ^a	ДМПА=1, НЭТ-ЭН=2 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a
	2 ^a	2 ^a	2 ^a	ДМПА=1, НЭТ-ЭН=2 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a
г) ингибиторы интегразы ралтегравир (RAL)	1	1	1	1	1	2/3 ^a	2 ^a	2/3 ^a	2 ^a
ПРОТИВОСУДОРОЖНАЯ ТЕРАПИЯ а) некоторые противосудорожные препараты (фенитоин, карбамазепин, барбитураты, примидон, топирамат, оскарбазепин) б) ламотригин	3 ^a	2	3 ^a	ДМПА=1, НЭТ-ЭН=2 ^a	2 ^a	1	1	1	1
	3 ^a	3	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	1	1	1	1	1	1	1
АНТИМИКРОБНАЯ ТЕРАПИЯ а) антибиотики широкого спектра действия б) противогрибковые средства в) антипаразитарные средства г) терапия рифампицином или рифабутином	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	3 ^a	2 ^a	3 ^a	ДМПА=1, НЭТ-ЭН=2 ^a	2 ^a	1	1	1	1

^a См. таблицы в тексте для уточнения данной классификации.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложения: Для получения более подробной информации относительно содержания Приложения 1 (Декларация интересов от 58 экспертов, принимавших участие в данной работе) и Приложения 2 (список систематических обзоров, выполненных в ходе разработки этого документа) просим вас обратиться к англоязычной версии этого документа, опубликованной на сайте ВОЗ (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/). Приложение 1 находится на страницах 265-266, а Приложение 2 - на странице 267. Вы можете ознакомиться с англоязычной версией пятого издания Медицинских критериев приемлемости для использования методов контрацепции на: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г. и основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства – члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая югославская Республика Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чехия
Швейцария
Швеция
Эстония

Европейское региональное бюро
Всемирной организации здравоохранения
UN City, Marmorvej 51,
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01
Эл. адрес: eucontact@who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int

ISBN 978 92 8 9052689

