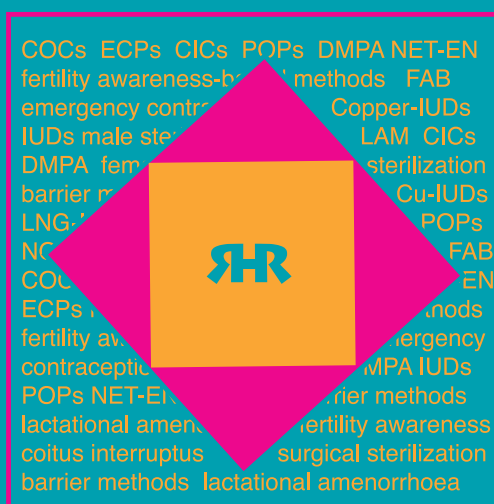




ЕВРОПА

Свод практических рекомендаций по применению средств контрацепции



Издание второе



Фонд Организации
Объединённых Наций в
области народонаселения



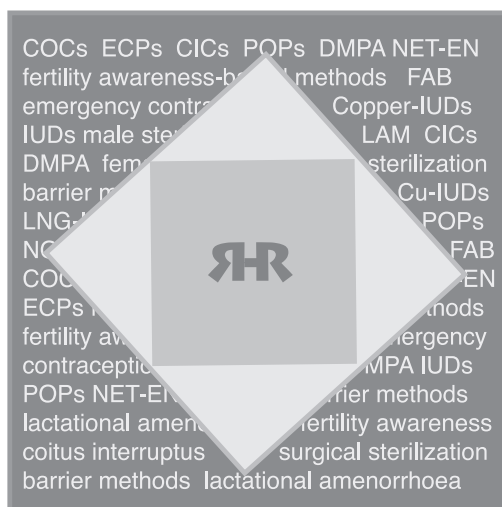
Репродуктивное здоровье и
исследования
Всемирная Организация
Здравоохранения, Женева



ЕВРОПА

Репродуктивное здоровье и исследования
**Европейское региональное бюро,
Всемирная Организация
Здравоохранения**

СВОД ПРАКТИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ СРЕДСТВ КОНТРАЦЕПЦИИ



Издание второе



Фонд Организации Объединённых
Наций в области народонаселения



**ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЖЕНЕВА**

Репродуктивное здоровье и
исследования
**Всемирная Организация
Здравоохранения, Женева**

Первоначально опубликован на английском языке "Selected practice recommendations for contraceptive use" – 2nd ed., World Health Organization, 2005; ISBN 92 4 156284 6 (NLM classification: WP 630).

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

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

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запрос на документацию, информацию о здоровье и здравоохранении или на получение разрешения на цитирование или перевод можно заполнить в режиме он-лайн на веб-сайте Европейского регионального бюро ВОЗ по адресу: <http://www.euro.who.int/pubrequest>.

© **Всемирная организация здравоохранения, 2005 г.**

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

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

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

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

От авторов

Настоящий документ является итогом совместной работы Отдела по охране репродуктивного здоровья и научным исследованиям при Всемирной организации здравоохранения, а также целого ряда международных организаций и учреждений, занятых в области разработки политики и программ по планированию семьи. Финансирование настоящего проекта и его поддержка были предоставлены правительством Соединенных Штатов Америки через посредство Агентства по международному развитию США (ЮСАИД), Центров по профилактике и лечению заболеваний (ЦПЛЗ), Национального института по охране здоровья детей и человеческому развитию США, а также Международной федерации по планированию семьи (МФПС) и Фонда народонаселения ООН. Авторы выражают глубокую благодарность и признательность за оказанную помощь.

Представители 10 учреждений и организаций, а также 19 специалистов в различных областях выступили в роли экспертов, приняв участие в работе совещания, посвященного достижению консенсуса в отношении содержания данного свода практических рекомендаций по применению средств контрацепции. Мы также хотели бы засвидетельствовать свою глубокую признательность всем тем, кто внес свой неоценимый вклад в дело достижения этого консенсуса.

Большая часть доказательных фактов, которые легли в основу рекомендаций, содержащихся в настоящем документе, была получена в ходе систематического обзора имеющихся литературных источников и представлена в удобной для пользования форме д-ром KM Curtis д-ром ME Gaffield, г-жой AP Mohllajee и д-ром K Nanda. Д-р KM Curtis, г-жа AP Mohllajee и д-ром K Nanda помимо этого приняли самое деятельное участие в работе секретариата. Д-р H Peterson осуществлял общее руководство проектом от имени Секретариата ВОЗ, в состав которого входили д-р CE Chrisman, г-жа M Church, д-р ME Gaffield, д-р C Huezio, г-жа S Johnson, г-жа G Lamptey, д-р E Marsh и г-жа R Salem. Г-жа M Dunphy и г-жа C Hamill внесли значительный вклад в разработку макета и формата документа. Дизайн обложки был выполнен г-жой MNiMhearain. Мы хотели бы выразить искреннюю благодарность всем вышеперечисленным лицам, а также д-рам L Edouard (Фонд народонаселения ООН) и J. Shelton (ЮСАИД) за неоценимую поддержку в реализации настоящего проекта. Мы также хотели бы засвидетельствовать свою глубокую признательность д-ру Paul F.A. Van Look, директору отдела по охране репродуктивного здоровья и научным исследованиям ВОЗ за значительный вклад в реализацию проекта и скрупулезное редактирование на всех этапах подготовки данного руководства к публикации.

Мы также хотели бы выразить признательность нашим коллегам, выступившим в роли экспертов системы непрерывного выявления научных доказательных фактов, а именно д-ру P Corfman, д-ру M Cravioto, д-ру A Glasier, д-ру J Guillebaud, д-ру M Gulmezoglu, д-ру K Hagenfeldt, д-ру R Hatcher, д-ру P Lumbiganon, д-ру P Lynam, д-ру P Macrhhbanks, д-ру O Melik, д-ру K Nanda, д-ру D Skegg и д-ру E Wesberg.

Финансирование публикации настоящего данного документа было обеспечено Стратегической программой партнерства ВОЗ и Фонда народонаселения ООН. Коллектив авторов благодарит Фонд народонаселения ООН за оказанную финансовую поддержку в осуществлении данного проекта.

Для получения дополнительных сведений о настоящем документе просьба обращаться в отдел по охране репродуктивного здоровья и научным исследованиям ВОЗ, 1211 Женева 27, Швейцария. Прямой факс: +41 22 791 4189; электронная почта: rhrpublications@who.int.

Дополнительное количество экземпляров документа можно получить, обратившись в информационный центр отдела по охране репродуктивного здоровья и научным исследованиям ВОЗ (1211 Женева 27, Швейцария; прямой факс: +41 22 791 4189; телефон: +41 22 791 4447; электронная почта: rhrpublications@who.int). Электронная версия документа находится на веб-сайте ВОЗ, посвященном вопросам репродуктивного здоровья: www.who.int/reproductive-health. Все новые редакции настоящего документа будут размещаться в первую очередь на этом веб-сайте.

Список сокращений

КОК	Комбинированный оральный контрацептив
КИК	Комбинированный инъекционный контрацептив
МОПАПД	Медроксипрогестерона ацетат пролонгированного действия
ТНК	Таблетка для неотложной контрацепции
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
МФПС	Международная федерация по планированию семьи
ВМС	Внутриматочная спираль
МЛА	Метод лактационной аменореи
ЛВМС	Левоноргестрел-содержащая внутриматочная спираль
НЭЭ	Норэтистерона энантат
НСПВС	Нестероидное противовоспалительное средство
ВЗОМТ	Воспалительные заболевания органов малого таза
ИКП	Инъекционный контрацептив прогестогенового ряда
ПТП	Противозачаточная таблетка прогестогенового ряда
СКМ	Стандартный календарный метод
ИППП	Инфекция, передаваемая половым путем
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения

Содержание

Пояснительная записка	1
Краткий обзор вопроса	2
Цель	3
История вопроса	3
Охрана репродуктивного и сексуального здоровья	4
Вопросы качества и доступности услуг, влияющие на применение метода	5
Эффективность метода	5
Вопросы специфического характера	8
Восстановление фертильности	8
ИППП и контрацепция: двойная защита	8
Подростки	8
Клиенты с особыми потребностями	9
Метод работы	12
Как пользоваться настоящим документом	14
Ожидаемые программные результаты	15
Краткий анализ изменений в новой редакции документа в сравнении с первым изданием	16

Пояснительная записка

Образно говоря, настоящий документ, основанный на принципах доказательной медицины, является одним из двух краеугольных камней, новой инициативы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), направленной на разработку и внедрение комплекса руководящих принципов планирования семьи. При этом, первым опорным элементом упомянутой инициативы является руководство «Медицинские критерии допустимости применения средств контрацепции.» (3-е издание) опубликованное в 2004 г., которое является инструментом, позволяющим определять возможность безопасного пользования контрацептивными средствами в каждом конкретном случае. Настоящее пособие, которое получило название «Свод практических рекомендаций по применению средств контрацепции» (2-е издание), содержит советы о том, как безопасно и эффективно пользоваться средствами контрацепции, при условии, что врач предварительно установил допустимость использования того или иного метода контрацепции данным лицом. Рекомендации, содержащиеся в данном руководстве, представляют собой результат процесса, завершающим этапом которого стало проведение совещания рабочей группы, которое прошло в штаб-квартире ВОЗ (Женева) с 13 по 16 апреля 2004 г. Целью данного научного форума, в работе которого приняли участие 29 делегата, представлявших 10 различных учреждений и организаций из 15 стран мира, являлось утверждение свода практических рекомендаций по применению средств контрацепции. Список участников помещен в конце данного руководства. Эти рекомендации были разработаны Рабочей группой в качестве ответа на перечень из 33 вопросов узкоспециального характера, составленный ВОЗ, включая 10 новых вопросов, которые вошли в состав второго издания. Перечень вопросов составлялся с учетом (1) некоторых крупных расхождений или несоответствий, которыми страдают существующие практические руководства, (2) вероятности обнаружения необходимых доказательных фактов в тех или иных источниках, а также (3) предложений, поступивших от членов Рабочей группы и учреждений/организаций, специализирующихся в области оказания услуг по планированию семьи.

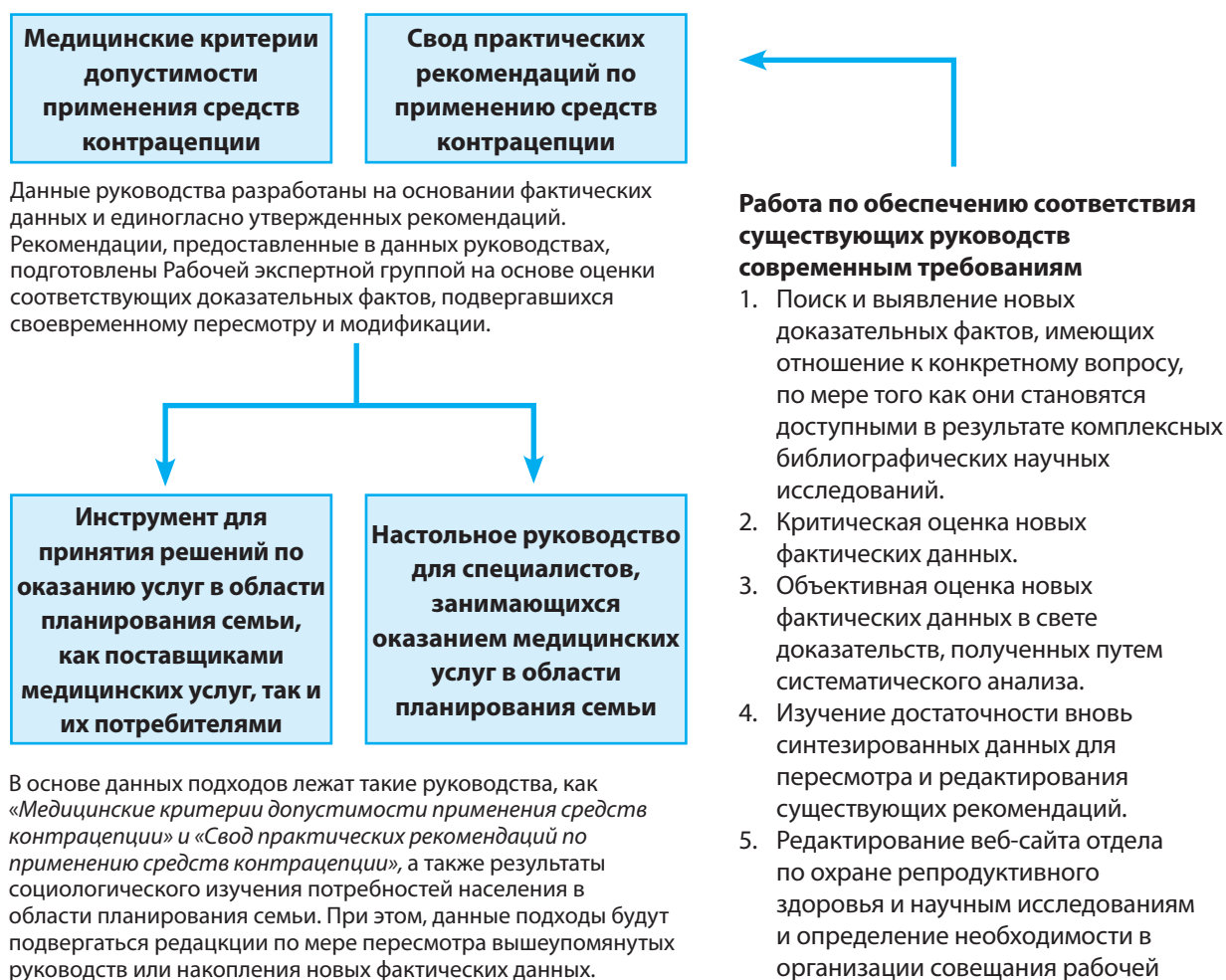
Настоящий документ содержит свод практических рекомендаций, разработанных на основе наиболее доступных доказательных фактов, и адресован организаторам здравоохранения, руководителям проектов и научным работникам. Данное пособие призвано направлять работу по организации услуг в области контрацепции в рамках национальных программ по планированию семьи и охране репродуктивного здоровья. Данное руководство охватывает следующие методы планирования семьи: комбинированная оральная контрацепция (КОК), комбинированная инъекционная контрацепция (КИК), противозачаточные таблетки прогестогенового ряда (ПТП), медроксипрогестерона ацетат пролонгированного действия (МОПАД), норэтистерона энанат (НЭЭ), имплантант левоноргестрала, таблетки для неотложной контрацепции (ТНК), медьсодержащая внутриматочная спираль, левоноргестрол-содержащая внутриматочная спираль, календарный метод и стерилизация.

ВОЗ будет осуществлять периодическое редактирование и дополнение практических рекомендаций, содержащихся в руководстве, проводя совещания экспертной группы каждые 3-4 года, принимая к сведению предложения наблюдательной группы по разработке руководств по планированию семьи. Данные рекомендации будут помещаться на веб-сайте ВОЗ по следующему адресу: www.who.int/reproductive-health. На этом сайте также можно ознакомиться с дополнительной информацией, имеющей, по мнению ВОЗ, непосредственное отношение к представленным практическим рекомендациям, которые будут оставаться в силе до их следующего официального утверждения на очередном совещании. Необходимость в модификации рекомендаций может возникать в тех случаях, когда речь идет о вопросах, доказательная база которых меняется достаточно быстро. ВОЗ приветствует проведение научных исследований, призванных найти ответ на основные неразрешенные вопросы, касающиеся практических рекомендаций по пользованию противозачаточными средствами. ВОЗ также готова к конструктивному рассмотрению замечаний и предложений, направленных на улучшение содержания данного руководства.

Краткий обзор вопроса

В 1999 г. ВОЗ осуществила пересмотр существующих практических руководств по планированию семьи и пришла к заключению о необходимости создания новой серии пособий, разработанных на основе доказательных фактов. В связи с этим, Всемирная организация здравоохранения решила приступить к работе по созданию очередной серии руководств по планированию семьи, основанных на доказательных фактах, и результатом начального этапа этой работы стал выпуск второго издания руководства «Медицинские критерии допустимости применения средств контрацепции» в редакции 2000 г. Двумя краеугольными камнями новой серии руководств, разработанных на основании фактических данных (см. рис. 1), являются пособие «Медицинские критерии допустимости применения средств контрацепции», позволяющее обозначить круг лиц, которые могут пользоваться методами контрацепции без вреда для своего здоровья, а также настоящий документ («Свод практических рекомендаций по применению средств контрацепции»), содержащий советы по безопасному и эффективному использованию контрацептивов. В настоящее время готовится издание третьего («Процедуры принятия решений клиентами и поставщиками услуг по планированию семьи») и четвертого («Практическое руководство для поставщиков услуг по планированию семьи») руководств из новой серии призваны поднять на новый качественный уровень систему оказания услуг по планированию семьи. Третье и четвертое издание объединяют в себе содержание таких пособий как «Медицинские критерии допустимости применения средств контрацепции» и «Свод практических рекомендаций по применению средств контрацепции». Эти четыре документа составляют единый пакет, который должен рассматриваться и оцениваться в более широком контексте деятельности, направленной на охрану репродуктивного и сексуального здоровья человека.

Рисунок № 1 Четыре краеугольных камня, лежащих в основе работы по планированию семьи



Цель

Целью настоящего документа является предоставление организаторам здравоохранения и научным работникам пакета рекомендаций, которые могут быть использованы в процессе разработки и пересмотра руководящих принципов, касающихся некоторых практических рекомендаций по применению средств контрацепции, с учетом специфики конкретной страны.

Настоящий документ обращается к теме продолжающихся дискуссий и существующих противоречий по вопросам обеспечения максимальной эффективности методов контрацепции и борьбы с их побочными эффектами. Наиболее выраженной противоречивостью отличаются предыдущие рекомендации по применению комбинированных оральных контрацептивов (КОК), комбинированных инъекционных контрацептивов (КИК), противозачаточных таблеток прогестогенового ряда (ПТП), медроксипрогестерона ацетат пролонгированного действия (МОПАГД), норэтистерона энантата (НЭЭ), левоноргестреловых имплантатов (ЛИ), таблеток для неотложной контрацепции (ТНК), медьсодержащих внутриматочных спиралей (МВМС), левоноргестрел-содержащего вживляемого контрацептива (ЛВМС), календарного метода и стерилизации.

Данный документ не является сводом догматических инструкций, а скорее содержит рекомендации, призванные служить основой для правильного обеспечения и применения средств контрацепции в соответствии с самыми свежими данными.

Ввиду того, что ситуация и среда, в которой осуществляются медицинские программы, являются сугубо индивидуальными для каждой отдельно взятой страны, установление жестких международных стандартов или критериев применения средств контрацепции является нецелесообразным. Тем не менее, авторы надеются, что настоящие рекомендации будут использоваться сотрудниками национальных программ в качестве справочного руководства при адаптации или разработке внутренних принципов применения средств контрацепции с необходимой их модификацией в соответствии с национальной стратегией в области здравоохранения, существующими потребностями, приоритетами и наличными ресурсами. Конечной целью является расширение доступа к услугам по планированию семьи и повышение качества таких услуг. Такая работа должна проводиться с соблюдением таких условий, как принятие клиентами решения на основе полной информации и обеспечение безопасности средств контрацепции для здоровья. Адаптация базовых рекомендаций может представлять собой достаточно сложную задачу и должно, в идеале, проводиться специалистами, хорошо осведомленными о положении дел в сфере здравоохранения данной страны, доминирующих моделях поведения потенциальных потребителей услуг по регулированию рождаемости и особенностях местной культуры.

История вопроса

За последние 30 лет были достигнуты крупные успехи в разработке новых технологий в области контрацепции, включая переход от высокодозированных комбинированных оральных контрацептивов эстрогенового ряда к низкодозированным препаратам, и от инертных медьсодержащих левоноргестрел-высвобождающим внутриматочным противозачаточным средствам. Помимо этого, существующий арсенал противозачаточных средств пополнился комбинированными инъекционными контрацептивами, комбинированными гормональными пластырями и кольцами, а также инъекционными контрацептивами прогестогенового ряда и прогестогенсодержащими имплантатами. Однако существующие системы и методы охраны здоровья населения в некоторых странах основываются на результатах научных исследований эффективности средств контрацепции, которые уже вышли из широкого употребления, либо строились с учетом неоправдавшихся теоретических опасений или личных вкусов и предпочтений поставщиков услуг по планированию семьи. Эти устаревшие системы и методы зачастую приводят как к снижению качества, так и ограничению доступа к услугам по планированию семьи. Данный документ содержит отредактированный вариант свода практических рекомендаций по использованию средств контрацепции, в котором особое внимание уделено гормональным контрацептивам, ВМС, средствам неотложной контрацепции, календарному методу предупреждения беременности и стерилизации.

Охрана репродуктивного и сексуального здоровья

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

Охрана репродуктивного и сексуального здоровья, включающая, в частности, оказание услуг по планированию семьи и предоставление соответствующей информации, рассматривается не только в качестве ключевого средства укрепления здоровья женщин и детей, но и относится к разряду фундаментальных прав человека. Каждый человек имеет право на доступ, право на выбор и право на пользование достижениями научного прогресса в области планирования семьи. Подход к оказанию услуг по планированию семьи, предусматривающий строгое соблюдение прав человека, предусматривает проведение комплексной работы с потребителями медицинских услуг с учетом состояния сексуального и репродуктивного здоровья данного индивидуума, а также всех соответствующих квалификационных критериев и практических рекомендаций, где конечным результатом является оказание помощи потребителю в выборе и использовании конкретного метода планирования семьи.

В то время как основное содержание настоящего документа составляют некоторые практические рекомендации по применению средств контрацепции, следует также помнить о существовании целый ряда медицинских показаний и противопоказаний к использованию противозачаточных средств. Помимо этого, необходимо принимать во внимание соответствующие социальные, поведенческие и другие критерии немедицинского характера (данное положение особенно справедливо, когда речь идет о вкусах и предпочтениях пациента). Однако круг альтернатив, имеющихся в распоряжении лиц женского пола, зачастую «навязывается» или ограничивается прямыми и косвенными факторами социального, экономического или культурного характера. Принятие решения в пользу того или иного средства контрацепции зависит от конкретного временного, социального и культурного контекста; выбор при этом представляет собой сложный процесс, зависящий от множества различных факторов, и отличается нестабильностью. Принятие решения требует взвешенного анализа достоинств и недостатков каждой альтернативы, которые в значительной степени зависят от существующих обстоятельств, субъективных восприятий и толкований.

Оказание медицинских услуг в надлежащем соответствии с правами человека и правом на охрану репродуктивного здоровья является фундаментальным условием обеспечения их высокого качества. Разработка международных медицинских критериев приемлемости использования средств контрацепции и практических рекомендаций по применению противозачаточных средств является лишь одним из основных направлений работы, направленной на повышение качества услуг по охране репродуктивного здоровья. Многие программы по планированию семьи предусматривают осуществление процедур скрининга, лечения и диспансерного наблюдения за пациентами, которые соответствуют самым высоким стандартам деятельности в области охраны здоровья населения и клинической практики, но которые не должны, тем не менее, рассматриваться как критерии допустимости применения тех или иных методов контрацепции. Перечень таких процедур включает скрининг и лечение рака шейки матки, анемии и инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), а также пропаганду грудного вскармливания и отказа от курения. В то время как реализация вышеупомянутых процедур должна всячески приветствоваться (при условии наличия соответствующих человеческих и материальных ресурсов), тем не менее, их не следует рассматривать в качестве обязательных условий принятия и использования методов планирования семьи в тех случаях, когда они не являются обязательными для определения допустимости назначения или дальнейшего применения того или иного средства контрацепции.

Вопросы качества и доступности услуг, влияющие на применение метода

В то время как основное содержание настоящего документа составляют некоторые практические рекомендации по применению противозачаточных средств, существует также целый ряд других факторов, влияющих на качество используемых методов контрацепции, включая следующие критерии качества оказываемых услуг, применимые ко всем без исключения методам как на начальном, так и на последующих этапах их применения:

- а) Потребители услуг имеют право на получение информации в объеме, достаточном для осуществления осознанного, добровольного выбора соответствующего метода контрацепции. Информация, предоставляемая потребителям в целях оказания им помощи в выборе метода контрацепции, должна включать в себя, как минимум: объяснение относительного характера эффективности конкретного метода; инструкции по правильному использованию метода; принцип действия метода; наиболее распространенные побочные эффекты; положительные и отрицательные стороны метода; признаки и симптомы, которые сигнализируют о необходимости обращения к врачу; период восстановления способности к зачатию после прекращения пользования данным методом; способы профилактики ИППП.
- б) Обязательным условием надлежащего применения методов контрацепции, связанных с выполнением хирургических манипуляций, установкой и/или удалением противозачаточных средств (стерилизация, вживление имплантата, установка ВМС, влагалищных диафрагм, шеечных колпачков), является наличие специально обученного медицинского персонала и соответствующей медицинской инфраструктуры. При этом должны выполняться все меры по профилактике инфекций.
- в) Оборудование и расходные материалы должны иметься в достаточных количествах (включая средства контрацепции, оборудование и расходные материалы, необходимые для профилактики инфекций).
- г) Медицинский персонал должен иметь в своем распоряжении соответствующие руководства и справочные материалы (или личные карточки клиентов, или другие инструменты скрининга), необходимые для эффективной проверки клиентов на предмет выявления состояний, при которых использование того или иного метода контрацепции может быть связано с неприемлемым риском для здоровья.
- д) Медицинский персонал должен быть обучен консультированию по вопросам планирования семьи, направленному на оказание помощи клиенту в осуществлении осознанного и добровольного выбора конкретного метода контрацепции. Консультирование является одной из ключевых гарантий высокого качества услуг, играя важную роль как на первоначальном, так и на последующих этапах работы с пациентом, и должно отвечать потребностям потребителей услуг не только в плане контрацепции, но и в области их сексуальной жизни и профилактики ИППП, включая профилактику заражения вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

Эффективность метода

Выбор метода контрацепции во многом зависит от того, насколько тот или иной метод обеспечивает эффективное предупреждение незапланированной беременности, что, в свою очередь, зависит не только от собственно действенности данного противозачаточного средства, но и от того, насколько систематически и грамотно оно применяется. В таблице 1 приводится сравнительный анализ частоты наступления незапланированной беременности в течение первого года абсолютно правильного (т.е. систематического и с соблюдением соответствующих предписаний) использования данного средства контрацепции и аналогичного показателя, характерного для типичного применения этого же метода. Систематичность и правильность использования того или иного противозачаточного средства в значительной степени зависят от таких характеристик, как возраст, уровень доходов, желание женщины предупредить или отдалить наступление беременности, а также особенности местной культуры. Существует целый ряд методов, чья эффективность во многом определяется последовательностью и правильностью их применения. В большинстве случаев результативность методов контрацепции

повышается по мере накопления практического опыта их использования. Однако программные аспекты также оказывают существенное влияние на эффективность того или иного средства контрацепции.

Таблица 1. Доля женщин, у которых наступила незапланированная беременность в течение первого года использования данного метода контрацепции, и доля женщин, продолжавших использование метода в конце первого года (США)

Метод (1)	Доля женщин, у которых наступила незапланированная беременность в течение первого года использования данного метода контрацепции		Доля женщин, продолжавших применять метод в конце первого года ³ (4)
	Типичное использование метода ¹ (2)	Абсолютно правильное использование метода ² (3)	
Контрацепция не практикуется ⁴	85	85	
Спермициды ⁵	29	18	42
Прерванный половой акт	27	4	43
Периодическое воздержание	25		51
- календарный метод		9	
- овуляционный метод		3	
- «симптоматика/температура»		2	
- послеовуляционный метод		1	
Шеечные колпачки ⁷			
- рожавшие женщины	32	26	46
- нерожавшие женщины	16	9	57
Влагалищные тампоны			
- рожавшие женщины	32	20	46
- нерожавшие женщины	16	9	57
Влагалищные диафрагмы ⁷	16	6	57
Презервативы ⁸			
- женские презервативы	21	5	49
- мужские презервативы	15	2	53
Комбинированные оральные контрацептивы и мини-таблетки	8	0,3	68
Комбинированный гормональный пластырь (Evra)	8	0,3	68
Комбинированное гормональное кольцо (NuvaRing)	6	0,3	68
МОПАПД (Depo-Provera)	3	0,3	56
Комбинированные инъекционные контрацептивы (Lunelle)	3	0,05	56
ВМС			
- ParaGard (медьсодержащая Т-образная спираль)	0,8	0,6	78
- Mirena (левоноргестрел-содержащая спираль)	0,1	0,1	81
Левоноргестреловые имплантаты (Norplant, Norplant-2/Jadelle)	0,05	0,05	84
Женская стерилизация	0,5	0,5	100
Мужская стерилизация	0,15	0,10	100

Таблетки для экстренной контрацепции: прием таких таблеток в течение 72 часов после полового акта, проводившегося без использования презерватива, снижает риск наступления незапланированной беременности минимум на 75%.

Метод лактационной аменореи: высокоэффективный *временный* метод предупреждения беременности.⁹

Источник: Trussel J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, Trussel J, Stewart F, Nelson A, Gates W, Guest F, Kowal D. *Contraceptive Technology*. Eighteenth Revised Edition. New York, NY, Ardent Media, 2004.

Примечание: данная таблица построена по материалам первоисточника с использованием как непатентованных, так и патентованных названий средств контрацепции и редактированием сносок.

Примечания:

- ¹ Доля *типичных* супружеских пар, начавших пользоваться данным методом контрацепции (не обязательно в первый раз) и столкнувшихся с проблемой незапланированной беременности в течение первого года применения метода при условии, что они не прекратили использовать этот метод по каким-либо другим причинам. Оценочные значения вероятности наступления незапланированной беременности в течение первого года типичного использования спермицидов, прерванного полового акта, периодического воздержания, влагалищных диафрагм, мужских презервативов, оральных контрацептивов и Деро-Провера взяты из отчета о результатах исследования роста численности населения, проводившегося в масштабах всей страны в 1995 г., с поправкой на количество неучтенных абортов; для оценочного расчета показателей, соответствующих другим методам контрацепции, см. Trussell J, 2004.
- ² Доля супружеских пар, начавших пользоваться данным методом контрацепции (не обязательно в первый раз) в *полном* соответствии с существующими рекомендациями (правильно и систематически) и столкнувшихся с проблемой незапланированной беременности в течение первого года применения метода при условии, что они не прекратили использовать этот метод по каким-либо другим причинам. Для оценочного расчета показателей, соответствующих другим методам контрацепции, см. Trussell J, 2004.
- ³ Доля супружеских пар, стремящихся предупредить наступление незапланированной беременности и продолжающих пользоваться данным методом в течение одного года.
- ⁴ Оценочная доля женщин, у которых наступала незапланированная беременность (колонки 2 и 3), рассчитывалась с использованием данных о группах населения, представители которых не пользуются средствами контрацепции, а также женщинах, прекративших применение противозачаточных средств в связи с желанием забеременеть. По данным исследований, проводившихся в вышеупомянутых группах, беременность наступала в течение одного года после начала половой жизни без использования средств контрацепции или отказа от их применения. Значение оценочного показателя было несколько уменьшено (до 85%) с учетом доли женщин, которые могут забеременеть в течение одного года после полного отказа от текущего применения средств, вызывающих наступление временного бесплодия.
- ⁵ Пены, кремы, гели, влагалищные суппозитории и пленки.
- ⁶ Метод, основанный на результатах анализа шеечной слизи (овуляционный метод) в комплексе с календарным методом (предовуляционная фаза) и данными о базальной температуре (пост-овуляционная фаза).
- ⁷ В комплексе со спермицидным кремом или гелем.
- ⁸ Без использования спермицидов.
- ⁹ Для обеспечения надежной профилактики беременности рекомендуется начинать применение дополнительного метода контрацепции при возобновлении менструаций, снижения частоты или продолжительности грудного вскармливания, переходе к искусственному вскармливанию или достижении ребенком возраста 6 месяцев.

Вопросы специфического характера

Восстановление фертильности

Использование методов контрацепции, за исключением мужской и женской стерилизации, не приводит к необратимой потере фертильности. При использовании любого метода контрацепции восстановление фертильности происходит немедленно после отказа от данного метода (за исключением методов, связанных с применением МПАПД и НЭЭ, где восстановление фертильности происходит в среднем через 10 и 6 месяцев с момента получения последней инфекции препарата - вне зависимости от длительности предыдущего пользования данным методом). Мужскую и женскую стерилизацию следует рассматривать как метод, приводящий к стойкому бесплодию, каковое обстоятельство должно в обязательном порядке доводиться до сведения отдельных пациентов и супружеских пар, склоняющихся к использованию данного метода. Все остальные методы приводят лишь к временной потере фертильности.

ИППП и контрацепция: двойная защита

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

Подростки

В принципе, подростки могут использовать любой метод контрацепции и должны иметь большую свободу выбора в данном отношении. Сам по себе, возраст не является достаточным основанием (с медицинской точки зрения) для лишения подростков доступа к тому или иному методу контрацепции. В то время как некоторые специалисты выражают сомнение по поводу допустимости использования определенных противозачаточных средств (например, использования инъекционных контрацептивов прогестогенового ряда лицами в возрасте до 18 лет) подростками, такие сомнения должны сопоставляться с потенциально положительным эффектом, связанным с предупреждением ранней беременности. Очевидно, что многие рекомендации по правильному пользованию методами контрацепции, которые предназначены для лиц зрелого возраста, применимы также в отношении подростков. Однако некоторые состояния (например, расстройства сердечно-сосудистой системы), которые могут ограничивать применение тех или иных методов у женщин более зрелого возраста, не оказывают сколько нибудь существенного влияния на их эффективность, когда речь идет о лицах юношеского возраста, поскольку такие расстройства здоровья в данной возрастной группе встречаются крайне редко. Социальные и поведенческие факторы играют важную роль в выборе и использовании методов контрацепции лицами несовершеннолетнего возраста. К примеру, в определенной среде существования подростки могут подвергаться высокому риску заражения ИППП, включая ВИЧ-инфекцию. В то время как подростки имеют возможность выбирать любой широкодоступный метод контрацепции, в некоторых случаях целесообразным может быть использование методов, не требующих ежедневного приема препарата. Подростки (как состоящие в браке, так и живущие вне его) хуже переносят побочные эффекты при приеме контрацептивов, нежели взрослые, что, соответственно, приводит к высокой частоте отказов от регулярного использования метода. На выбор и использование методов контрацепции подростками могут также влиять такие обстоятельства как нерегулярный характер половой жизни, а также необходимость скрывать от окружающих факт наличия сексуальных отношений и пользования противозачаточными средствами.

К примеру, контрацептивные потребности сексуально активных подростков, не состоящих в браке, существенно разнятся от потребностей, характерных для несовершеннолетних супружеских пар, которые хотели бы отсрочить срок наступления первой беременности, установить определенный временной промежуток между родами или ограничить количество детей в семье. Расширение имеющегося диапазона противозачаточных средств может иметь своим результатом более высокий уровень удовлетворенности пользователей и обеспечить большую популярность и признание методов контрацепции. Надлежащее проведение разъяснительной работы и врачебное консультирование, как на предварительном этапе, так и непосредственно в момент выбора конкретного метода контрацепции, может оказать подросткам существенную помощь в решении характерных проблем, стоящих перед лицами этой возрастной группы, и дать им возможность осознанного и добровольного выбора. Следует предпринимать все возможные меры для того, чтобы доступность услуг или стоимость того или иного средства контрацепции не влияли на свободу выбора подростком наиболее оптимального метода предупреждения беременности.

Клиенты с особыми потребностями

Вопрос использования противозачаточных средств, требует особо тщательного анализа в каждом конкретном случае, когда речь идет о клиентах с особыми потребностями. Помимо этого, существует также проблема снабжения средствами контрацепции представителей данной категории, в которую входят лица с физическими недостатками (инвалиды). При принятии решения в пользу того или иного метода контрацепции необходимо принимать во внимание характер инвалидности, пожелания клиента, а также основные свойства метода. Решение должно приниматься на основе полной информации. Аналогичный подход должен применяться в отношении лиц с психическими расстройствами, а также людей, страдающих серьезными психическими заболеваниями. В тех случаях, когда состояние умственного/психического здоровья клиента исключает возможность принятия им решения на основе полной информации, выбор метода контрацепции должен осуществляться только после консультации со всеми заинтересованными сторонами, включая опекунов данного лица. При принятии решения о выборе метода контрацепции должны соблюдаться репродуктивные права человека.

Таблица 2. Перечень вопросов, поставленных перед экспертами Рабочей группы

1. Когда допускается начинать применение комбинированных оральных контрацептивов (КОК)?
2. Когда допускается начинать применение комбинированных инъекционных контрацептивов (КИК)?
3. Когда допускается производить повторное введение комбинированного инъекционного контрацептива (КИК)?
4. Когда допускается начинать прием противозачаточных таблеток прогестогенового ряда (ПТП)?
5. Когда допускается начинать использование инъекционных контрацептивов прогестогенового ряда (ИКП) – МПАПД или НЭЭ?
6. Когда допускается производить повторное введение инъекционных контрацептивов прогестогенового ряда (ИКП) – медроксипрогестерона ацетата продолжительного действия (МПАПД) или норэтистерона энантата (НЭЭ)?
7. Когда допускается вживлять противозачаточный имплантат?
8. Как долго можно оставлять на месте левоноргестрел-содержащий имплантат?
9. Когда допускается устанавливать медьсодержащую внутриматочную спираль?
10. Следует ли проводить профилактический курс лечения антибиотиками при установке медьсодержащей ВМС?
11. Когда допускается устанавливать левоноргестрел-содержащую внутриматочную спираль?
12. Следует ли проводить профилактический курс лечения антибиотиками при установке левоноргестрел-содержащей ВМС?
13. Как следует принимать таблетки для неотложной контрацепции (ТНК)?
14. Может ли женщина заранее запастись таблетками для неотложной контрацепции (ТНК)?
15. По истечении какого времени наступает надежный противозачаточный эффект вазэктомии у мужчин?
16. Что можно предпринять, если у женщины, пользующейся календарным методом контрацепции, менструальный цикл длится менее 26 или более 32 дней?
17. Что можно предпринять в случае, если женщина пропустила очередной прием комбинированного орального контрацептива (КОК)?
18. Что можно предпринять в случае, если женщина пропустила очередной прием противозачаточной таблетки прогестогенового ряда?
19. Что может предпринять женщина при рвоте и/или тяжелой диарее, возникающей в результате приема комбинированных оральных контрацептивов (КОК) или противозачаточных таблеток прогестогенового ряда (ПТП)?
20. Что может предпринять женщина для профилактики тошноты и рвоты при приеме таблеток для неотложной контрацепции (ТНК)?
21. Что может предпринять женщина при рвоте, возникающей в результате приема таблеток для неотложной контрацепции (ТНК)?
22. Что можно предпринять при нарушениях менструального цикла, вызванных использованием инъекционных контрацептивов прогестогенового ряда (ИКП) - медроксипрогестерона ацетата продолжительного действия (МПАПД) или норэтистерона энантата (НЭЭ)?
23. Что можно предпринять при нарушениях менструального цикла, вызванных вживлением противозачаточного имплантата?

24. Что можно предпринять при нарушениях менструального цикла, возникающих при установке медьсодержащей внутриматочной спирали?
25. Что можно предпринять при нарушениях менструального цикла, возникающих при установке левоноргестрел-содержащей внутриматочной спирали?
26. Что можно предпринять при обнаружении у женщины, пользующейся медьсодержащей внутриматочной спиралью, воспалительного заболевания органов малого таза (ВЗОМТ)?
27. Что можно предпринять при обнаружении у женщины, пользующейся левоноргестрел-содержащей внутриматочной спиралью, воспалительного заболевания органов малого таза (ВЗОМТ)?
28. Что следует предпринять при обнаружении беременности у женщины, пользующейся медьсодержащей ВМС?
29. Что следует предпринять при обнаружении беременности у женщины, пользующейся левоноргестрел-содержащей ВМС?
30. Какие обследования и анализы должны проводиться в плановом порядке перед принятием решения в пользу того или иного метода контрацепции?
31. Сколько упаковок противозачаточных таблеток (комбинированного типа или прогестогенового ряда) следует назначать женщине при первом и повторном визитах к врачу?
32. Каков должен быть характер диспансерного наблюдения за женщинами, пользующимися комбинированными оральными контрацептивами (КОК), противозачаточными таблетками прогестогенового ряда (ПТП), имплантатами и ВМС?
33. На основании каких признаков можно с достаточной степенью уверенности полагать, что женщина не беременна?

Метод работы

Настоящий документ представляет собой результат процесса, завершающим этапом которого стало научное совещание Экспертной рабочей группы, которое проводилось в штаб-квартире Всемирной организации здравоохранения (г. Женева) с 13 по 16 апреля 2004 г. Целью данного научного форума, в работе которого приняли участие 29 делегатов из 15 стран мира, являлось утверждение пакета практических рекомендаций по пользованию средствами контрацепции (список участников совещания приводится в приложении к настоящему документу). В состав Экспертной рабочей группы вошли специалисты в области планирования семьи, включая клиницистов, эпидемиологов, организаторов здравоохранения и руководителей медицинских программ, эксперты по выявлению и синтезу доказательных фактов, а также будущие пользователи данного руководства. Также была создана специальная комиссия по разработке руководящих принципов, вошедших в настоящее издание. Еще до начала работы над проектом члены Экспертной рабочей группы официально заявили об отсутствии каких-либо конфликта интересов между ними.

Рекомендации, содержащиеся в настоящем документе, были разработаны Экспертной рабочей группой в качестве ответа на перечень из 33 вопросов, составленный ВОЗ с учетом (1) некоторых крупных расхождений или несоответствий, которыми страдают современные руководства, (2) вероятности обнаружения необходимых доказательных фактов в тех или иных источниках, а также (3) предложений, поступивших от членов Экспертной рабочей группы, а также учреждений/организаций, занимающихся оказанием услуг в области планирования семьи. Перечень вопросов, поставленных перед Экспертной рабочей группой, приводится в таблице №2.

Настоящий документ представляет собой отредактированную версию первого издания «Свода практических рекомендаций по применению средств контрацепции», опубликованного в 2002 г. после совещания Экспертной рабочей группы, созванного по инициативе ВОЗ. Это совещание было организовано под эгидой Всемирной организации здравоохранения и проводилось с 3 по 6 октября 2001 г. в Лондоне при поддержке Международной федерации планирования семьи (МФПС) и Международного медицинского консультативного совета, являющегося вспомогательным органом МФПС. Целью данного научного форума, в работе которого приняли участие 33 делегата из 16 стран мира, являлось утверждение пакета практических рекомендаций по пользованию средствами контрацепции, разработанных Экспертной рабочей группой на основании перечня из 23 вопросов, составленного ВОЗ с учетом вышеупомянутых моментов.

Применяя систему непрерывного поиска новых доказательных фактов (the Continuous Identification of Research Evidence или система CIRE, www.infoforhealth.org/cire/cire_pub.pl), ВОЗ обнаружила новые фактические данные по 7 рекомендациям, вошедшим в состав первого издания. ВОЗ также приняла решение дополнить содержание настоящего документа 10 новыми практическими рекомендациями. Специалисты ВОЗ провели серию систематических обзоров всех имеющихся доказательных фактов по этим 17 рекомендациям.

Экспертная рабочая группа (2004 г.) получила задание провести анализ доказательных фактов, большая часть которых была получена в ходе систематического изучения специальной литературы, опубликованной по февраль 2004 г. включительно. В то время, как систематический обзор фактических данных при подготовке первого издания ограничивался изучением баз данных MEDLINE и POPLINE (1980-2000 гг.), подготовка второго издания включала в себя изучение дополнительных баз библиографических данных и публикаций, вышедших в свет в последние годы, с учетом конкретной тематики систематического обзора. Дополнительный перечень документов был составлен по ссылкам на литературу, использовавшуюся при подготовке научных статей. Такое систематическое и комплексное изучение баз библиографических данных позволило получить обширный перечень основных исследований, имеющих отношение к тематике соответствующих практических рекомендаций. Каждая статья подвергалась анализу специалистами ВОЗ с тем, чтобы определить ее актуальность и качество данных, а также возможность прямого или косвенного использования содержащихся в ней доказательных фактов для получения ответа на поставленные вопросы (см. таблицу №3). Фактические данные из научных статей были подвергнуты синтезу и систематическому анализу и затем переданы членам Экспертной рабочей группы в качестве исходного материала для обсуждения.

Цель систематического обзора заключалась в поиске доказательных фактов, необходимых для разрешения биомедицинских и поведенческих аспектов наиболее распространенных клинических проблем, обозначенных в вопросах 1-29 вышеупомянутого перечня. Вопросы 30-23 носят более широкий программный характер и не входят в рамки систематического обзора. Результаты систематического обзора были предоставлены членам Экспертной рабочей группы до начала работы совещания. Помимо этого, некоторые члены группы были задействованы в качестве экспертов по соответствующим направлениям.

В тех случаях, когда разработка конкретной практической рекомендации требовала предварительного изучения результатов систематического анализа доказательной базы, в конце блока, посвященного данной рекомендации, помещался перечень использовавшейся литературы. Рекомендации, не сопровождающиеся списком литературы, формулировались на основании результатов экспертных заключений и/или доказательных фактов, полученных из источников, не включавшихся в систематический обзор литературы. В состав первого издания вошли 23 практические рекомендации, которые получили широкое распространение во многих странах мира. На своем заседании, состоявшемся 13 апреля 2004 г., Организационная группа по разработке руководящих принципов согласилась с мнением Секретариата и внесла предложение, в соответствии с которым, Экспертной рабочей группе поручалось осуществить редакцию только тех практических рекомендаций (входивших ранее в состав первого издания), по которым были получены новые доказательные факты, а также рекомендаций, чья актуальность к тому моменту существенно возросла. На встрече Экспертной рабочей группы, проводившейся 14 апреля 2004 г., было принято решение согласиться с вышеупомянутым предложением, после чего члены группы приступили к анализу 7 существующих рекомендаций, по которым были накоплены новые доказательные факты, а также 10 новых практических рекомендаций. Окончательный перечень из 33 рекомендаций (в который вошли 23 рекомендации из первого издания и 10 новых рекомендаций) был единогласно утвержден на совместном совещании Организационной группы по разработке практических рекомендаций и Экспертной рабочей группы, состоявшемся 16 апреля 2004 г.

10 новых пунктов, вошедших в состав новой редакции «Свода практических рекомендаций по применению средств контрацепции», а также пересмотренные версии рекомендаций из первого издания приводятся в сводном перечне на стр. 16 настоящего документа.

Таблица 3. Уровни качества доказательных фактов*

Уровни и категории доказательных фактов, использовавшихся при подготовке рекомендаций, подразделялись следующим образом:

Уровень 1:	Доказательные факты получены в результате проведения как минимум одного компетентно подготовленного выборочного контролируемого исследования.
Уровень II-1:	Доказательные факты получены в результате нескольких компетентно подготовленных контролируемых исследований, проводившихся без использования метода случайного отбора.
Уровень II-2:	Доказательные факты получены в результате проведения нескольких компетентно подготовленных когортных исследований или исследований по методу «случай-контроль», предпочтительно, двумя и более научными центрами или исследовательскими группами.
Уровень II-3:	Доказательные факты получены в результате проведения серии исследований по методу множественного временного ряда с вмешательством извне или без такового. Особо примечательные результаты, полученные в ходе неконтролируемых экспериментов, могут также относиться к данному уровню.
Уровень III:	Заключения авторитетных экспертов, вынесенные на основании клинического опыта, описательных исследований или отчетов экспертных комиссий.

Каждое исследование оценивалось по шкале «хорошо», «удовлетворительно» или «неудовлетворительно», в зависимости от уровня внутренней достоверности результатов исследования.

* См. Harris RP et al. Methods Work Group, Third US Preventive Services Task Force. Current methods of the US Preventive Services Task Force: a review of the process. *American Journal of Preventive Medicine*, 2001, 20 (Suppl.3):21-35.

КАТЕГОРИИ ДОКАЗАТЕЛЬНЫХ ФАКТОВ

Прямое подтверждение:	Доказательные факты основывались на данных, имеющих прямое отношение к поставленному вопросу.
Косвенное подтверждение:	Доказательные факты были получены путем экстраполяции имеющихся данных.

Как пользоваться настоящим документом

«Свод практических рекомендаций по применению средств контрацепции» предназначен для использования организаторами здравоохранения, руководством программ по планированию семьи и научными работниками и призван служить ориентиром для сотрудников национальных программ по планированию семьи и охране репродуктивного здоровья при разработке практических руководств по организации услуг в области контрацепции. Данный документ должен рассматриваться не как практическое руководство, а скорее как справочное пособие по контрацепции.

Руководящие принципы, содержащиеся в настоящем документе, должны применяться на национальном уровне и на уровне отдельных программ в адаптированном виде, отражающем специфику различных обстоятельств и условий, в которых оказываются услуги по планированию семьи.

Вопросы, включенные в данный документ, сгруппированы по четырем основным категориям, имеющим отношение к проблематике безопасного и эффективного использования методов контрацепции, включая (i) начало и продолжающееся использование, (ii) неправильное применение, (iii) проблемы, возникающие в процессе применения и (iv) программные вопросы. Каждый вопрос сопровождается рекомендациями Экспертной рабочей группы по конкретным ключевым проблемам вместе с комментариями и формулировкой основных неразрешенных вопросов. Помимо этого, к вопросам, входящим в рамки систематического обзора (вопросы 1-29), прилагается следующая информация: (1) формулировка вопроса, определявшая условия поиска соответствующей литературы, (2) уровень качества доказательных фактов, а также наличие прямого или косвенного отношения доказательных фактов к поставленному вопросу и (3) списки специальной литературы, составленные в ходе систематического обзора и предоставленные в распоряжение Экспертной рабочей группы.

Ожидаемые программные результаты

Перечень программных вопросов, требующих особого внимания, включает:

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

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

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

Краткий анализ изменений в новой редакции документа в сравнении с первым изданием

Второе издание документа было дополнено 10 новыми рекомендациями, дающими ответ на следующие вопросы:

- ▲ Как следует принимать таблетки для неотложной контрацепции (ТНК)?
- ▲ Может ли женщина заранее запастись таблетками для неотложной контрацепции (ТНК)?
- ▲ Что может предпринять женщина для профилактики тошноты и рвоты при приеме таблеток для неотложной контрацепции (ТНК)?
- ▲ Как долго можно оставлять на месте левоноргестрел-содержащий имплантат?
- ▲ Когда допускается устанавливать левоноргестрел-содержащую внутриматочную спираль?
- ▲ Что можно предпринять при нарушениях менструального цикла, возникающих при установке левоноргестрел-содержащей внутриматочной спирали?
- ▲ Что можно предпринять при обнаружении у женщины, пользующейся левоноргестрел-содержащей внутриматочной спиралью, воспалительного заболевания органов малого таза (ВЗОМТ)?
- ▲ Что следует предпринять при обнаружении беременности у женщины, пользующейся левоноргестрел-содержащей ВМС?
- ▲ Следует ли проводить профилактический курс лечения антибиотиками при установке левоноргестрел-содержащей ВМС?
- ▲ В каких случаях мужчина может сделать выбор в пользу вазэктомии как средства контрацепции?

Из 23 рекомендаций, входивших в состав первого издания и сохраненных в новой редакции документа, наиболее существенной модификации (упрощению) подверглись указания по профилактике незапланированной беременности в случае пропуска очередного приема орального контрацептива (Вопрос 17 настоящего документа). Определенным изменениям подверглась формулировка 11 вопросов (Вопросы 1, 2, 4, 5, 7, 9, 10, 22, 23, 28 и 30 настоящего документа) – в основном, в виде дополнительных рекомендаций по использованию методов контрацепции в послеродовом периоде и после производства аборта. Остальные 11 вопросов перешли в новую редакцию документа практически без изменений. Также был модифицирован формат документа с группировкой рекомендаций по категориям поставленных вопросов.

Авторы признают, что некоторые из практических рекомендаций, приводимых в настоящем руководстве, могут нуждаться в пересмотре в свете результатов будущих научных исследований в области контрацепции. По мере необходимости, эти рекомендации (ознакомиться с которыми можно на веб-сайте ВОЗ, посвященном вопросам охраны репродуктивного здоровья - www.who.int/reproductive-health), будут подвергаться соответствующему обновлению и дополнению. На указанном веб-сайте можно также ознакомиться с дополнительной информацией, имеющей, по мнению ВОЗ, отношение к вышеупомянутым практическим рекомендациям, которые будут оставаться в силе до созыва следующего совещания Экспертной рабочей группы и утверждения новой редакции настоящего документа. ВОЗ всячески приветствует проведение исследований, направленных на изучение основных неразрешенных вопросов, обозначенных в настоящем документе.

Перечень вопросов, по которым были получены рекомендации Экспертной рабочей группы

Начало/продолжающееся применение методов контрацепции

1. Когда допускается начинать прием комбинированных оральных контрацептивов (КОК)?
2. Когда допускается начинать применение комбинированных инъекционных контрацептивов (КИК)?
3. Когда допускается производить повторное введение комбинированного инъекционного контрацептива (КИК)?
4. Когда допускается начинать прием противозачаточных таблеток прогестогенового ряда (ППП)?
5. Когда допускается начинать использование инъекционных контрацептивов прогестогенового ряда (ИКП) – МПАПД или НЭЭ?
6. Когда допускается производить повторное введение инъекционных контрацептивов прогестогенового ряда (ИКП) – медроксипрогестерона ацетата продолжительного действия (МПАПД) или норэтистерона энантата (НЭЭ)?
7. Когда допускается вживлять противозачаточный имплантат?
8. Как долго можно оставлять на месте левоноргестрел-содержащий имплантат?
9. Когда допускается устанавливать медьсодержащую внутриматочную спираль?
10. Следует ли проводить профилактический курс лечения антибиотиками при установке медьсодержащей ВМС?
11. Когда допускается устанавливать левоноргестрел-содержащую внутриматочную спираль?
12. Следует ли проводить профилактический курс лечения антибиотиками при установке левоноргестрел-содержащей ВМС?
13. Как следует принимать таблетки для неотложной контрацепции (ТНК)?
14. Может ли женщина заранее запастись таблетками для неотложной контрацепции (ТНК)?
15. В каких случаях мужчина может сделать выбор в пользу вазэктомии как средства контрацепции?
16. Что можно предпринять, если у женщины, пользующейся календарным методом контрацепции, менструальный цикл длится менее 26 или более 32 дней?

Неправильное применение методов контрацепции

17. Что можно предпринять в случае, если женщина пропустила очередной прием комбинированного орального контрацептива (КОК)?
18. Что можно предпринять в случае, если женщина пропустила очередной прием противозачаточной таблетки прогестогенового ряда?

Проблемы, возникающие в процессе применения методов контрацепции

Рвота и/или диарея

19. Что может предпринять женщина при рвоте и/или тяжелой диарее, возникающей в результате приема комбинированных оральных контрацептивов (КОК) или противозачаточных таблеток прогестогенового ряда (ППП)?
20. Что может предпринять женщина для профилактики тошноты и рвоты при приеме таблеток для неотложной контрацепции (ТНК)?
21. Что может предпринять женщина при рвоте, возникающей в результате приема таблеток для неотложной контрацепции (ТНК)?



Нарушения менструального цикла

22. Что можно предпринять при нарушениях менструального цикла, вызванных использованием инъекционных контрацептивов прогестогенового ряда (ИКП) - медроксипрогестерона ацетата продолжительного действия (МПАПД) или норэтистерона энантата (НЭЭ)?
23. Что можно предпринять при нарушениях менструального цикла, вызванных вживлением противозачаточного имплантата?
24. Что можно предпринять при нарушениях менструального цикла, возникающих при установке медьсодержащей внутриматочной спирали?
25. Что можно предпринять при нарушениях менструального цикла, возникающих при установке левоноргестрел-содержащей внутриматочной спирали?

Воспалительные заболевания органов малого таза

26. Что можно предпринять при обнаружении у женщины, пользующейся медьсодержащей внутриматочной спиралью, воспалительного заболевания органов малого таза (ВЗОМТ)?
27. Что можно предпринять при обнаружении у женщины, пользующейся левоноргестрел-содержащей внутриматочной спиралью, воспалительного заболевания органов малого таза (ВЗОМТ)?

Беременность

28. Что следует предпринять при обнаружении беременности у женщины, пользующейся медьсодержащей ВМС?
29. Что следует предпринять при обнаружении беременности у женщины, пользующейся левоноргестрел-содержащей ВМС?

Вопросы программного характера

30. Какие обследования и анализы должны проводиться в плановом порядке перед принятием решения в пользу того или иного метода контрацепции?
31. Сколько упаковок противозачаточных таблеток (комбинированного типа или прогестогенового ряда) следует назначать женщине при первом и повторном визитах к врачу?
32. Каков должен быть характер диспансерного наблюдения за женщинами, пользующимися комбинированными оральными контрацептивами (КОК), противозачаточными таблетками прогестогенового ряда (ПТП), имплантатами и ВМС?
33. На основании каких признаков можно с достаточной степенью уверенности полагать, что женщина не беременна?

Начало/продолжающееся применение методов контрацепции

1. Когда допускается начинать прием комбинированных оральных контрацептивов (КОК)?
2. Когда допускается начинать применение комбинированных инъекционных контрацептивов (КИК)?
3. Когда допускается производить повторное введение комбинированного инъекционного контрацептива (КИК)?
4. Когда допускается начинать прием противозачаточных таблеток прогестогенового ряда (ПТП)?
5. Когда допускается начинать использование инъекционных контрацептивов прогестогенового ряда (ИКП) – МПАПД или НЭЭ?
6. Когда допускается производить повторное введение инъекционных контрацептивов прогестогенового ряда (ИКП) – медроксипрогестерона ацетата продолжительного действия (МПАПД) или норэтистерона энантата (НЭЭ)?
7. Когда допускается вживлять противозачаточный имплантат?
8. Как долго можно оставлять на месте левоноргестрел-содержащий имплантат?
9. Когда допускается устанавливать медьсодержащую внутриматочную спираль?
10. Следует ли проводить профилактический курс лечения антибиотиками при установке медьсодержащей ВМС?
11. Когда допускается устанавливать левоноргестрел-содержащую внутриматочную спираль?
12. Следует ли проводить профилактический курс лечения антибиотиками при установке левоноргестрел-содержащей ВМС?
13. Как следует принимать таблетки для неотложной контрацепции (ТНК)?
14. Может ли женщина заранее запастись таблетками для неотложной контрацепции (ТНК)?
15. В каких случаях мужчина может сделать выбор в пользу вазэктомии как средства контрацепции?
16. Что можно предпринять, если у женщины, пользующейся календарным методом контрацепции, менструальный цикл длится менее 26 или более 32 дней?





**Когда женщина может начать прием комбинированных
оральных контрацептивов (КОК)?**

1. Когда женщина может начать прием комбинированных оральных контрацептивов (КОК)?

Примечание: врач может снабдить женщину предварительным запасом КОК вместе с соответствующими инструкциями по приему таблеток, при условии, что у нее нет медицинских противопоказаний к использованию данного средства контрацепции.

Наличие регулярных менструальных циклов

- ▲ Женщина может приступить к приему КОК в течение 5 дней после начала менструального кровотечения. При этом не требуется дополнительного использования какого-либо другого противозачаточного средства.
- ▲ Также, прием КОК допускается начинать в любое другое время, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. Если прием КОК начинается по прошествии 5 дней после начала менструального кровотечения, женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительное противозачаточное средство в течение последующих 7 дней.

Отсутствие менструальных циклов

- ▲ При отсутствии менструального цикла прием КОК допускается начинать в любое время, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. В этом случае женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительное противозачаточное средство в течение последующих 7 дней.

Послеродовой период (грудное вскармливание)*

- ▲ Если после родов прошло более 6 месяцев, и у женщины отсутствует менструальный цикл, то прием КОК может осуществляться в соответствии с рекомендациями, которые обычно даются женщинам с аменореей.
- ▲ Если после родов прошло более 6 месяцев, и менструальный цикл восстановился, прием КОК может начинаться с учетом рекомендаций, которые обычно даются в случаях наличия у женщины регулярных месячных.
- * Если послеродовой период не превышает 6 недель и ребенок находится в основном на грудном вскармливании, то в таких случаях прием КОК является противопоказанным. Использование КОК следует избегать, если послеродовой период составляет от 6 недель до 6 месяцев, и основным методом кормления ребенка является грудное вскармливание, за исключением тех случаев, когда применение более подходящих средств контрацепции является по тем или иным причинам невозможным или недопустимым.

Послеродовой период (искусственное вскармливание)*

- ▲ Если после родов прошло 3 и более недели, и у женщины отсутствует менструальный цикл, то прием КОК можно начинать в любое время, при условии, что имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. При этом, женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительное противозачаточное средство в течение последующих 7 дней.
- ▲ Если менструальный цикл восстановился, то прием КОК может начинаться с учетом рекомендаций, которые обычно даются в случаях наличия у женщины регулярных месячных.
- * **Дополнительные рекомендации (по материалам третьего издания «Медицинских критериев приемлемости пользования средствами контрацепции», 2004 г.):**
Вероятность наступления овуляции и последующей беременности в течение первых 3 недель после родов является очень низкой. Однако, по соображениям программного характера, допускается использование некоторых методов контрацепции в течение данного периода. Если после родов прошло менее 21 дня, то назначение КОК, как правило, не рекомендуется, за исключением тех случаев, когда применение более подходящих средств контрацепции является по тем или иным причинам невозможным или недопустимым.

Период после аборта

- ▲ Женщина может приступить к приему КОК практически сразу после производства аборта. При этом не требуется дополнительного использования какого-либо другого противозачаточного средства.

Отказ от другого метода гормональной контрацепции в пользу КОК

- ▲ При переходе с какого-либо другого гормонального противозачаточного средства на КОК, прием таблеток можно начинать без какой-либо промежуточной паузы, при условии, что женщина последовательно и точно выполняла рекомендации по приему предыдущего препарата или имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. При этом нет необходимости дожидаться начала следующего менструального цикла.
- ▲ Если предыдущий гормональный контрацептив вводился инъекционным путем, то прием КОК следует начинать в день предполагаемой очередной инъекции. При этом нет необходимости прибегать к какому-либо дополнительному способу контрацепции.

Отказ от негормональной контрацепции (исключая ВМС) в пользу КОК

- ▲ Прием КОК можно начинать в течение 5 дней после начала менструального кровотечения. Применения дополнительного метода контрацепции не требуется.
- ▲ Также, прием КОК можно начать немедленно после отказа от предыдущего метода контрацепции или в любое другое время, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. Если прием КОК начинается по прошествии 5 дней после начала менструального кровотечения, женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительное противозачаточное средство в течение последующих 7 дней.

Отказ от ВМС (включая левоноргестрел-содержащие ВМС) в пользу КОК

- ▲ Прием КОК можно начинать в течение 5 дней после начала менструального кровотечения. Применения дополнительного метода контрацепции не требуется. ВМС может быть удалена в течение этого периода.
- ▲ Также, прием КОК может начинаться в любое другое время, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна.

- Если в течение данного менструального цикла женщина жила активной половой жизнью и с начала менструации прошло более 5 дней, то в этом случае рекомендуется удалить ВМС во время следующего менструального цикла.

- Если в течение данного менструального цикла женщина не жила половой жизнью и с начала менструации прошло более 5 дней, то в этом случае ей рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительное противозачаточное средство в течение последующих 7 дней. Если в качестве вышеупомянутого дополнительного средства контрацепции служит внутриматочная спираль, то ее следует удалить во время очередного менструального цикла.

- ▲ Если у женщины отсутствует менструальный цикл или менструальные кровотечения носят нерегулярный характер, то прием КОК должен осуществляться в соответствии с рекомендациями для других женщин, страдающих аменореей.

Примечания

По мнению Экспертной рабочей группы, вероятность того, что овуляция произойдет в течение первых 5 дней после начала менструации, является достаточно низкой. Считается, что подавление овуляции будет менее эффективным в том случае, если прием КОК начинается по прошествии 5 дней после начала менструального цикла. Надежный контрацептивный эффект (предотвращение овуляции) обеспечивается регулярным приемом КОК в течение 7 дней.

Необходимость в использовании дополнительного метода контрацепции при отказе от другого гормонального средства в пользу КОК зависит от конкретных характеристик предыдущего гормонального препарата.

Учитывая определенное беспокойство в отношении риска возникновения беременности при удалении ВМС во время менструального цикла, когда имел место недавний половой контакт, эксперты рабочей группы рекомендуют оставлять ВМС на месте до начала следующего менструального цикла.

Вопрос в рамках систематического обзора

Каким образом начало приема КОК в различные дни менструального цикла влияет на эффективность противозачаточного препарата и соблюдение женщиной рекомендаций врача? **Уровень доказанности:** I, удовлетворительно, косвенное подтверждение.

Каким образом создание предварительного запаса КОК влияет на использование контрацептива, соблюдение женщиной рекомендаций врача и непрерывность применения метода? **Уровень доказанности:** II-2, удовлетворительно, прямое подтверждение.

Литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

1. Killick S, Eyoung E, Elstein M. Ovarian follicular development in oral contraceptive cycles. *Fertility and Sterility*, 1987, 48:409-413.
2. Lara-Torre E, Schroeder D. Adolescent compliance and side effects with Quick Start Initiation or oral contraceptive pills. *Contraception*, 2002, 66:81-85.
3. Molloy et al. "Missed pill" conception: fact or fiction? *British Medical Journal Clinical Research Ed* 1985;290:1474-5.
4. Schwartz JL et al. Predicting risk of ovulation in new start oral contraceptive users. *Obstetrics and Gynecology*, 2002, 99:177-182.
5. Sitavarin S, Jaisamrarn U, Taneepanichskul S. A randomized trial on the impact of starting day on ovarian follicular activity in very low dose oral contraceptive pills users. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 2003, 86:442-448.
6. Smith SK et al. The effect of deliberate omission of Trinordiol or Microgynon on the hypothalamo-pituitary-ovarian axis. *Contraception* 1986;34:513-22.
7. Stanback J, Qureshi ZP, Sekkade-Kigonde C. Advance provision or oral contraceptives to family planning clients in Kenya. *East African Medical Journal*, 2002, 79:257-258.
8. Taylor DR, Anthony FW, Dennis KJ. Suppression of ovarian function by Microgynon 30 in day 1 and day 5 "starters". *Contraception* 1986;33:463-71.
9. Westhoff C et al. Quick start: novel oral contraceptive initiation method. *Contraception* 2002, 66:141-145.
10. Westhoff C et al. Bleeding patterns after immediate vs. conventional oral contraceptive initiation: a randomized, controlled trial. *Fertility and Sterility*, 2003, 79:322-329.
11. Yeshaya A et al. A delayed starting schedule of OCs: the effect on the incidence of breakthrough bleeding and compliance in women. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 1996; 1:263-265.
12. Yeshaya A et al. Flexible starting schedule for oral contraception: effect on the incidence of breakthrough bleeding and compliance. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 1998, 3:121-3.

Другие источники

1. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal*, 2000, 321:1259-62.
2. Wilcox AJ et al. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*, 2001, 63:211-5.

Основные неразрешенные вопросы

По прошествии, какого времени после начала приема КОК можно говорить о наступлении надежного противозачаточного эффекта?

Если женщина начинает прием новой упаковки в строго определенный день недели, то способствует ли это последовательному, правильному и систематическому использованию КОК?

Насколько точно можно прогнозировать риск наступления беременности при использовании КОК, опираясь на результаты ультразвукового обследования, анализа содержания гормонов в крови и исследования состава цервикальной слизи?



Когда допускается начинать применение комбинированных инъекционных контрацептивов (КИК)?

2. Когда допускается начинать применение комбинированных инъекционных контрацептивов (КИК)?

Примечание: хотя ниже следующие рекомендации разработаны с учетом имеющейся информации о комбинированных контрацептивах, вводимых инъекционным путем и содержащих в качестве активного вещества медроксипрогестерона ацетат или эстрадиола ципионат (Cyclofem/Lunelle), они также применимы в отношении комбинированных инъекционных контрацептивов, содержащих в качестве действующего агента норэтистерона энантат или эстрадиола валерат (Mesigyna).

Наличие регулярных менструальных циклов

- ▲ Женщина может получить первую инъекцию КИК течение 7 дней после начала менструального кровотечения. При этом не требуется использования какого-либо дополнительного средства контрацепции.
- ▲ Также, допускается начинать применение КИК в любое другое время, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. Если введение КИК начинается по прошествии 7 дней после начала менструального кровотечения, женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительный метод контрацепции в течение последующих 7 дней.

Отсутствие менструальных циклов

- ▲ При отсутствии менструального цикла прием КИК допускается начинать в любое время, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. В этом случае женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительный метод контрацепции в течение последующих 7 дней.

Послеродовой период (грудное вскармливание)*

- ▲ Если после родов прошло более 6 месяцев, и у женщины отсутствует менструальный цикл, то введение КИК может осуществляться в соответствии с рекомендациями, которые обычно даются женщинам с аменореей.
- ▲ Если после родов прошло более 6 месяцев, и менструальный цикл восстановился, прием КИК может начинаться с учетом рекомендаций, которые обычно даются в случаях наличия у женщины регулярных месячных.

* **Дополнительные рекомендации (по материалам третьего издания «Медицинских критериев приемлемости пользования средствами контрацепции», 2004 г.):**

Если послеродовой период не превышает 6 недель и ребенок находится в основном на грудном вскармливании, то в таких случаях прием КИК является противопоказанным. КИК не рекомендуется применять, если послеродовой период составляет от 6 недель до 6 месяцев, и основным методом кормления ребенка является грудное вскармливание, за исключением тех случаев, когда применение более подходящих средств контрацепции является по тем или иным причинам невозможным или недопустимым.

Послеродовой период (искусственное вскармливание)*

- ▲ Если после родов прошло 3 и более недель, и у женщины отсутствует менструальный цикл, то введение КИК можно начинать в любое время, при условии, что имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. При этом женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительное противозачаточное средство в течение последующих 7 дней.
- ▲ Если менструальный цикл восстановился, то введение КИК может начинаться с учетом рекомендаций, которые обычно даются в случаях наличия у женщины регулярных месячных.

* **Дополнительные рекомендации (по материалам третьего издания «Медицинских критериев приемлемости пользования средствами контрацепции», 2004 г.):**

Вероятность наступления овуляции и последующей беременности в течение первых 3 недель после родов является очень низкой. Однако, по соображениям программного характера, допускается использование некоторых методов контрацепции в течение данного периода. Если после родов прошло менее 21 дня, то назначение КИК, как правило, не рекомендуется, за исключением тех случаев, когда применение более подходящих средств контрацепции является по тем или иным причинам невозможным или недопустимым.

Период после аборта

- ▲ Женщина может получить первую инъекцию КИК практически сразу после производства аборта. При этом не требуется дополнительного использования какого-либо другого противозачаточного средства.

Отказ от другого метода гормональной контрацепции в пользу КИК

- ▲ При переходе с какого-либо другого гормонального противозачаточного средства на КИК, первую инъекцию допускается производить без какой-либо промежуточной паузы, при условии, что женщина последовательно и точно выполняла рекомендации по приему предыдущего препарата или имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. При этом нет необходимости дожидаться начала следующего менструального цикла.
- ▲ Если предыдущий гормональный контрацептив вводился также инъекционным путем, то введение КИК следует производить в день предполагавшейся очередной инъекции. При этом нет необходимости прибегать к какому-либо дополнительному способу контрацепции.

Отказ от негормональной контрацепции (исключая ВМС) в пользу КИК

- ▲ Первая инъекция КИК может производиться немедленно после отказа от предыдущего метода контрацепции, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. При этом нет необходимости прибегать к какому-либо дополнительному способу контрацепции.
- ▲ Если после начала менструального кровотечения прошло не более 7 дней, то в этом случае нет необходимости прибегать к какому-либо дополнительному способу контрацепции.
- ▲ Если введение КИК начинается по прошествии 7 дней после начала менструального кровотечения, женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительный метод контрацепции в течение последующих 7 дней.

Отказ от ВМС (включая левоноргестрел-содержащие ВМС) в пользу КОК

- ▲ Введение КИК можно начинать в течение 7 дней после начала менструального кровотечения. Применения дополнительного метода контрацепции не требуется. ВМС может быть удалена в течение этого периода.
- ▲ Также, введение КИК может начинаться в любое другое время, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна.

- Если в течение данного менструального цикла женщина жила активной половой жизнью и с начала менструации прошло более 7 дней, то в этом случае рекомендуется удалить ВМС во время следующего менструального цикла.

- Если в течение данного менструального цикла женщина не жила половой жизнью и с начала менструации прошло более 7 дней, то в этом случае ей рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительное противозачаточное средство в течение последующих 7 дней. Если в качестве вышеупомянутого дополнительного средства контрацепции служит внутриматочная спираль, то ее следует удалить во время очередного менструального цикла.

- ▲ Если у женщины отсутствует менструальный цикл или менструальные кровотечения носят нерегулярный характер, то введение КИК должно осуществляться в соответствии с рекомендациями для других женщин, страдающих аменореей.

Примечания

По мнению экспертной рабочей группы, введение КИК не позднее 7-го дня менструального цикла позволяет значительно снизить вероятность наступления овуляции и, соответственно, беременности.

Необходимость в использовании дополнительного метода контрацепции при отказе от другого гормонального средства в пользу КИК зависит от конкретных характеристик предыдущего гормонального препарата.

Учитывая определенное беспокойство в отношении риска возникновения беременности при удалении ВМС во время менструального цикла, когда имел место недавний половой контакт, эксперты рабочей группы рекомендуют оставлять ВМС на месте до начала следующего менструального цикла.

Вопрос в рамках систематического обзора

Каким образом начало применения КИК в различные дни менструального цикла влияет на эффективность противозачаточного препарата? **Уровень доказанности:** I, косвенное подтверждение.

Литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

1. Petta CA et al. Delayed first injection of the once-a-month injectable contraceptive containing 25 mg of medroxyprogesterone acetate and 5 mg E (2) cypionate: effects on ovarian function. *Fertility & Sterility*, 2001, 75:744-8.
2. Petta CA et al. Delayed first injection of the once-a-month injectable contraceptive containing 25 mg of medroxyprogesterone acetate and 5 mg estradiol-cypionate: effects on cervical mucus. *Contraception*, 2001, 64:363-368.

Другие источники

1. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal*, 2000, 321:1259-1262.
2. Wilcox AJ, Dunson DB, Weinberg CR, Trussell J, Baird DD. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*, 2001, 63:211-5.

Основные неразрешенные вопросы

По прошествии, какого времени после начала использования КИК можно говорить о возникновении надежного противозачаточного эффекта?

Насколько точно можно прогнозировать риск возникновения беременности при использовании КИК, опираясь на результаты ультразвукового обследования, гормональных исследований и анализа состава цервикальной слизи?



Когда допускается производить повторное введение комбинированного инъекционного контрацептива?

3. Когда допускается производить повторное введение комбинированного инъекционного контрацептива (КИК)?

Примечание: хотя нижеследующие рекомендации разработаны с учетом имеющейся информации о комбинированных контрацептивах, вводимых инъекционным путем и содержащих в качестве активного вещества медроксипрогестерона ацетат или эстрадиола ципионат (Cyclofem/Lunelle), они также применимы в отношении комбинированных инъекционных контрацептивов, содержащих в качестве активного вещества норэтистерона энантат или эстрадиола валерат (Mesigyna).

Рекомендуемый интервал между повторными инъекциями КИК

- ▲ Рекомендуемый интервал между повторными инъекциями КИК составляет 4 недели.

Производство повторной инъекции КИК раньше рекомендуемого срока

- ▲ Если по каким-либо обстоятельствам соблюдение рекомендуемого интервала между повторными инъекциями КИК является невозможным, допускается производить инъекцию на 1-7 дней раньше графика. Однако в этом случае возможно нарушение менструального цикла.

Получение инъекции КИК позже рекомендуемого срока

- ▲ Если по каким-либо обстоятельствам соблюдение рекомендуемого интервала между повторными инъекциями КИК является невозможным, допускается произвести инъекцию на 1-7 дней позже установленного графика.
- ▲ Если запоздание превышает 7 дней, инъекция может быть произведена, при условии, что есть достаточные основания полагать, что женщина небеременна. В этом случае женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительный метод контрацепции в течение последующих 7 дней. При необходимости, женщина может прибегнуть к неотложной контрацепции.

Примечания

По мнению экспертной рабочей группы, риск наступления овуляции является минимальным в первой половине второго месяца, следующего за последней инъекцией.

Вопрос в рамках систематического анализа

Как скоро после последней инъекции КИК происходит восстановление овуляторного цикла и фертильности? **Уровень доказанности:** II-3, удовлетворительно, косвенное подтверждение.

Литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

1. Aedo AR et al. Pharmacokinetic and pharmacodynamic investigations with monthly injectable contraceptive preparations. *Contraception*, 1985, 31:453-469.
2. Bahamondes L et al. Return to fertility after discontinuation of the once a month injectable contraceptive Cyclofem. *Contraception*, 1997, 55:307-310.
3. Bassol S et al. A comparative study on the return of ovulation following chronic use of once-a-month injectable contraceptives. *Contraception*, 1995, 51:307-311.
4. Garza-Flores J. A multi-centered pharmacokinetic, pharmacodynamic study of once-a-month injectable contraceptives. I. Different doses of HRP112 and of DepoProvera. *Contraception*, 1987, 36:441-457.
5. Rahimy MH, Ryan KK. Lunelle monthly contraceptive injection (medroxyprogesterone acetate and estradiol cypionate injectable suspension): assessment of return of ovulation after three monthly injections in surgically sterile women. *Contraception*, 1999, 60:189-200.

Основные неразрешенные вопросы

Какова максимально допустимая продолжительность интервала между инъекциями, обеспечивающая возможность поддержания противозачаточного эффекта КИК на требуемом уровне?

Каковы наиболее эффективные методы врачебного консультирования и разъяснительной работы, позволяющие обеспечить надлежащее соблюдение интервалов между повторными инъекциями КИК?

Насколько точно можно прогнозировать риск возникновения беременности при использовании КИК, опираясь на результаты ультразвукового обследования, гормональных исследований и анализа состава цервикальной слизи?



Когда допускается начинать прием противозачаточных таблеток прогестогенового ряда?

4. Когда женщина может начать прием противозачаточных таблеток прогестогенового ряда (ПТП)?

Примечание: врач может снабдить женщину предварительным запасом КОК вместе с соответствующими инструкциями по приему таблеток, при условии, что у нее нет медицинских противопоказаний к использованию данного средства контрацепции.

Наличие регулярных менструальных циклов

- ▲ Женщина может начать прием противозачаточных таблеток, содержащих только прогестоген (ПТП), в течение 5 дней после начала менструального кровотечения. При этом использования какого-либо дополнительного средства контрацепции не требуется.
- ▲ Также, допускается начинать прием ПТП в любое другое время, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. Если прием ПТП начинается по прошествии 5 дней после начала менструального кровотечения, женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо пользоваться дополнительным средством контрацепции в течение последующих 2 дней.

Отсутствие менструальных циклов

- ▲ При отсутствии менструального цикла прием ПТП допускается начинать в любое время, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. В этом случае женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо пользоваться дополнительным средством контрацепции в течение последующих 2 дней.

Период грудного вскармливания*

- ▲ Если после родов прошло более 6 недель и менее 6 месяцев и у женщины отсутствует менструальный цикл, то прием ПТП может начинаться в любое время. Если женщина принимает ПТП и ребенок находится полностью или в основном на грудном вскармливании, то использования какого-либо дополнительного средства контрацепции не требуется.
- ▲ Если после родов прошло более 6 недель, и у женщины восстановился менструальный цикл, то прием ПТП может начинаться с учетом рекомендаций, которые обычно даются женщинам с нормальным месячным циклом.

* **Дополнительные рекомендации (по материалам третьего издания «Медицинских критериев приемлемости пользования средствами контрацепции», 2004 г.):**

Если послеродовой период не превышает 6 недель и ребенок находится в основном на грудном вскармливании, то в таких случаях назначать ПТП не рекомендуется, за исключением тех случаев, когда применение более подходящих средств контрацепции является по тем или иным причинам невозможным или недопустимым.

Послеродовой период (искусственное вскармливание)

- ▲ Если после родов прошло 3 и более недель, и у женщины отсутствует менструальный цикл, то прием ПТП можно начинать в любое время. При этом использования какого-либо дополнительного средства контрацепции не требуется.*
- ▲ Если после родов прошло 3 и более недель, и у женщины отсутствует менструальный цикл, то прием ПТП можно начинать в любое время, при условии, что имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. При этом женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительное противозачаточное средство в течение последующих 2 дней.
- ▲ Если менструальный цикл восстановился, то прием ПТП может начинаться с учетом рекомендаций, которые обычно даются в случаях наличия у женщины регулярных месячных.

* Вероятность наступления овуляции и последующей беременности в течение первых 3 недель после родов является очень низкой. Однако, по соображениям программного характера, допускается использование некоторых методов контрацепции в течение данного периода.

Период после аборта

- ▲ Женщина может начинать прием ПТП практически сразу после производства аборта. При этом не

требуется дополнительного использования какого-либо другого противозачаточного средства.

Отказ от другого метода гормональной контрацепции в пользу ПТП

- ▲ При отказе от какого-либо другого гормонального противозачаточного средства в пользу ПТП, прием ПТП может начинаться без какой-либо промежуточной паузы, при условии, что женщина последовательно и точно выполняла рекомендации по приему предыдущего гормонального препарата либо имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. При этом нет необходимости дожидаться начала следующего менструального цикла.
- ▲ Если предыдущий гормональный контрацептив вводился инъекционным путем, то прием ПТП следует начинать в день предполагавшейся очередной инъекции предыдущего контрацептива. При этом нет необходимости прибегать к какому-либо дополнительному способу контрацепции.

Отказ от негормональной контрацепции (исключая ВМС) в пользу ПТП

- ▲ Прием ПТП можно начинать в течение 5 дней после начала менструального кровотечения. Применения дополнительного метода контрацепции не требуется.
- ▲ Также, женщина может начать прием ПТП немедленно после отказа от предыдущего метода контрацепции или в любое другое время, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. Если прием ПТП начинается по прошествии 5 дней после начала менструального кровотечения, женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительное противозачаточное средство в течение последующих 2 дней.

Отказ от ВМС (включая левоноргестрел-содержащие ВМС) в пользу ПТП

- ▲ Прием ПТП можно начинать в течение 5 дней после начала менструального кровотечения. Применения дополнительного метода контрацепции не требуется. ВМС может быть удалена в течение этого периода.
- ▲ Также, женщина может начать прием ПТП в любое другое время, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна.

- Если в течение данного менструального цикла женщина жила активной половой жизнью и с начала менструации прошло более 5 дней, то в этом случае рекомендуется удалить ВМС во время следующего менструального цикла.

- Если в течение данного менструального цикла женщина не жила половой жизнью и с начала менструации прошло более 5 дней, то в этом случае ей рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительное противозачаточное средство в течение последующих 2 дней. Если в качестве вышеупомянутого дополнительного средства контрацепции служит внутриматочная спираль, то ее следует удалить во время следующего менструального цикла.

- ▲ Если у женщины отсутствует менструальный цикл или менструальные кровотечения носят нерегулярный характер, то прием ПТП должен осуществляться в соответствии с рекомендациями для женщин с аменореей.

Примечания

По мнению экспертной рабочей группы, вероятность того, что овуляция произойдет в течение первых 5 дней после начала менструации, является достаточно низкой. Считается, что подавление овуляции будет менее эффективным в том случае, если прием ПТП начинается по прошествии 5 дней после начала менструального цикла. Надежный противозачаточный эффект (изменение свойств цервикальной слизи) обеспечивается по прошествии примерно 48 часов после начала приема ПТП.

Необходимость в использовании дополнительного метода контрацепции при отказе от другого гормонального средства в пользу ПТП зависит от конкретных характеристик предыдущего гормонального препарата.

Учитывая определенное беспокойство в отношении риска возникновения беременности при удалении ВМС во время менструального цикла, когда имел место недавний половой контакт, эксперты рабочей группы рекомендуют оставлять ВМС на месте до начала следующего менструального цикла.

Вопрос в рамках систематического обзора

Каким образом начало приема ПТП в различные дни менструального цикла влияет на выраженность противозачаточного эффекта?

Литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

Узкоспециальной справочной литературы по данному вопросу авторами найдено не было.

Другие источники

1. McCann MF, Potter LS. Progestin-only oral contraception: a comprehensive review. *Contraception*, 1994, 50 (6 Suppl 1):S1-195.
2. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal*, 2000, 321:1259-1262.
3. Wilcox AJ et al. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*, 2001, 63:211-215.

Основные неразрешенные вопросы

По прошествии, какого времени после начала приема ПТП можно говорить о возникновении надежного противозачаточного эффекта?

Если женщина начинает прием новой упаковки в строго определенный день недели, то способствует ли это последовательному, правильному и регулярному использованию ПТП?

Насколько точно можно прогнозировать риск возникновения беременности при использовании ПТП, опираясь на результаты ультразвукового обследования, гормональных исследований и анализа состава цервикальной слизи?



Когда допускается начинать применение инъекционных контрацептивов прогестогенового ряда – медроксипрогестерона ацетата продолжительного действия или норэтистерона энантата?



5. Когда допускается начинать применение инъекционных контрацептивов прогестогенового ряда (ИКП) – медроксипрогестерона ацетата пролонгированного действия (МПАПД) или норэтистерона энантата (НЭЭ)?

Примечание: Хотя нижеследующие рекомендации разработаны с учетом имеющейся информации о контрацептивах, вводимых инъекционным путем и содержащих в качестве активного вещества медроксипрогестерона ацетат пролонгированного действия (МПАПД), они также применимы в отношении контрацептивов, вводимых инъекционным путем, которые содержат в качестве действующего агента норэтистерона энантат (НЭЭ).

Если по каким-либо причинам инъекция ИКП не может быть произведена в момент обращения женщины за консультацией к врачу, то следует обеспечить возможность получения инъекции позднее.

Наличие регулярного менструального цикла

- ▲ Женщина может получить первую инъекцию контрацептива прогестогенового ряда (ИКП) в течение 7 дней после начала менструального кровотечения. При этом применения какого-либо дополнительного средства контрацепции не требуется.
- ▲ Также, допускается начинать инъекции в любое другое время, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. Если использование ИКП начинается по прошествии 7 дней после начала менструального кровотечения, женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительный метод контрацепции в течение последующих 7 дней.

Отсутствие менструальных циклов

- ▲ При отсутствии менструального цикла первую инъекцию ИКП допускается производить в любое время, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. В этом случае женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительный метод контрацепции в течение последующих 7 дней.

Период грудного вскармливания*

- ▲ Если после родов прошло более 6 недель и менее 6 месяцев, и у женщины отсутствует менструальный цикл, то введение ИКП может начинаться в любое время. Если женщина применяет ИКП и ребенок находится полностью или в основном на грудном вскармливании, то использования какого-либо дополнительного средства контрацепции не требуется.
- ▲ Если после родов прошло более 6 недель, и у женщины восстановился менструальный цикл, то введение ИКП может начинаться с учетом рекомендаций, которые обычно даются женщинам с нормальным месячным циклом.

* **Дополнительные рекомендации (по материалам третьего издания «Медицинских критериев приемлемости пользования средствами контрацепции», 2004 г.):**

Если послеродовой период не превышает 6 недель и ребенок находится в основном на грудном вскармливании, то в таких случаях назначать ИКП не рекомендуется, за исключением тех случаев, когда применение более подходящих средств контрацепции является по тем или иным причинам невозможным или недопустимым.

Послеродовой период (искусственное вскармливание)

- ▲ Если после родов прошло 3 и более недель, и у женщины отсутствует менструальный цикл, то применение ИКП можно начинать в любое время. При этом использования какого-либо дополнительного средства контрацепции не требуется.*
- ▲ Если после родов прошло 3 и более недель, и у женщины отсутствует менструальный цикл, то введение ИКП можно начинать в любое время, при условии, что имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. При этом женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительное противозачаточное средство в течение последующих 7 дней.

- ▲ Если менструальный цикл восстановился, то введение ИКП можно начинать с учетом рекомендаций, которые обычно даются в случаях наличия у женщины регулярных месячных.

* Вероятность наступления овуляции и последующей беременности в течение первых 3 недель после родов является очень низкой. Однако, по соображениям программного характера, допускается использование некоторых методов контрацепции в течение данного периода.

Период после аборта

- ▲ Женщина может начинать применение ИКП практически сразу после производства аборта. При этом не требуется дополнительного использования какого-либо другого противозачаточного средства.

Отказ от другого метода гормональной контрацепции в пользу ИКП

- ▲ При отказе от какого-либо другого гормонального противозачаточного средства в пользу ИКП, первая инъекция может производиться без промежуточной паузы, при условии, что женщина последовательно и точно выполняла рекомендации по приему предыдущего препарата или имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. При этом нет необходимости дожидаться начала следующего менструального цикла.
- ▲ Если предыдущий гормональный контрацептив вводился также инъекционным путем, то первое введение ИКП должно производиться в день предполагавшейся очередной инъекции предыдущего контрацептива. При этом нет необходимости прибегать к какому-либо дополнительному способу контрацепции.

Отказ от негормональной контрацепции (исключая ВМС) в пользу ИКП

- ▲ Женщина может получить первую инъекцию ИКП немедленно после отказа от предыдущего метода контрацепции, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. При этом нет необходимости дожидаться начала следующего менструального цикла.

- Если первая инъекция ИКП производится в течение 7 дней после начала менструального кровотечения, то в этом случае нет необходимости прибегать к какому-либо дополнительному способу контрацепции.

- Если первая инъекция ИКП производится по прошествии 7 дней после начала менструального кровотечения, то в этом случае женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительный метод контрацепции в течение последующих 7 дней.

Отказ от использования ВМС (включая левоноргестрел-содержащие ВМС) в пользу ИКП

- ▲ Первая инъекция ИКП может быть произведена в течение 7 дней после начала менструального кровотечения. Применения дополнительного метода контрацепции в этом случае не требуется. ВМС может быть удалена в течение этого периода.
- ▲ Также, женщина может получить первую инъекцию ИКП в любое другое время, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна.

- Если в течение данного менструального цикла женщина жила активной половой жизнью и с начала менструации прошло более 7 дней, то в этом случае ВМС рекомендуется удалить во время следующего менструального цикла.

- Если в течение данного менструального цикла женщина не жила половой жизнью и с начала менструации прошло более 7 дней, то в этом случае ей рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительный метод контрацепции в течение последующих 7 дней. Если в качестве вышеупомянутого дополнительного средства контрацепции служит внутриматочная спираль, то ее следует удалить во время следующего менструального цикла.

- ▲ Если у женщины отсутствует менструальный цикл или менструальные кровотечения носят нерегулярный характер, то использование ИКП должен осуществляться в соответствии с рекомендациями для женщин с аменореей.

Примечания

По мнению экспертной рабочей группы, инъекция ИКП, произведенная не позднее 7-го дня менструального цикла, позволяет существенно снизить вероятность возникновения овуляции и, соответственно, беременности.

Необходимость в использовании дополнительного метода контрацепции при отказе от другого гормонального средства в пользу ИКП зависит от конкретных характеристик предыдущего гормонального метода контрацепции.

Учитывая определенное беспокойство в отношении риска возникновения беременности при удалении ВМС во время менструального цикла, когда имел место недавний половой контакт, эксперты рабочей группы рекомендуют оставлять ВМС на месте до начала следующего менструального цикла.

В то время как по оценкам экспертов надежный контрацептивный эффект (изменение свойств цервикальной слизи) при использовании противозачаточных таблеток прогестогенового ряда (ПТП) обеспечивается по прошествии примерно 48 часов после начала приема таблеток, длительность периода, необходимого для достижения указанного эффекта при введении прогестогеновых контрацептивов инъекционным путем, остается неясной.

Вопрос в рамках систематического обзора

Каким образом начало использования ИКП в различные дни менструального цикла влияет на выраженность противозачаточного эффекта? **Уровень доказанности:** II-1. хорошо, косвенное подтверждение.

Литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

1. Petta CA et al. Timing of onset of contraceptive effectiveness in Depo-Provera users: Part I. Changes in cervical mucus. *Fertility & Sterility*, 1998, 69:252-257.
2. Petta CA et al. Timing of onset of contraceptive effectiveness in Depo-Provera users. II. Effects on ovarian function. *Fertility & Sterility*, 1998, 70:817-20.
3. Siriwongse T et al. Effect of depomedroxyprogesterone acetate on serum progesterone levels when administered on various cycle days. *Contraception*, 1982, 26:487-493.

Другие источники

1. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal*, 2000, 321:1259-1262.
2. Wilcox AJ et al. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*, 2001, 63:211-215.

Основные неразрешенные вопросы

По прошествии какого времени после начала инъекционного применения МПАПД и НЭЭ можно говорить о возникновении надежного противозачаточного эффекта?

Насколько точно можно прогнозировать риск возникновения беременности при использовании ИКП, опираясь на результаты ультразвукового обследования, гормональных исследований и анализа состава цервикальной слизи?



Когда допускается производить повторное введение инъекционных контрацептивов прогестогенового ряда – медроксипрогестерона ацетата продолжительного действия или норэтистерона энантата?



6. Когда допускается производить повторное введение инъекционных контрацептивов прогестогенового ряда (ИКП) – медроксипрогестерона ацетата продолжительного действия (МПАПД) или норэтистерона энантата (НЭЭ)?

Рекомендуемый интервал между повторными инъекциями

- ▲ Повторные инъекции МПАПД рекомендуется производить через каждые 3 месяца.
- ▲ Повторные инъекции НЭЭ рекомендуется производить через каждые 2 месяца.

Производство инъекции раньше рекомендуемого срока

- ▲ Если по каким-либо обстоятельствам соблюдение рекомендуемого интервала между повторными инъекциями МПАПД или НЭЭ является невозможным, допускается произвести инъекцию на 2 недели раньше графика.

Производство инъекции позже рекомендуемого срока

- ▲ Если по каким-либо обстоятельствам соблюдение рекомендуемого интервала между повторными инъекциями МПАПД или НЭЭ является невозможным, допускается произвести инъекцию на 2 недели позже установленного графика. При этом нет необходимости прибегать к какому-либо дополнительному средству контрацепции.
- ▲ Если запоздание превышает 2 недели, повторная инъекция МПАПД или НЭЭ может быть произведена, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. В этом случае женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительное средство контрацепции в течение последующих 7 дней. При необходимости, женщина может прибегнуть к неотложной контрацепции.

Попеременное использование МПАПД или НЭЭ

- ▲ Попеременное использование МПАПД и НЭЭ не рекомендуется.
- ▲ Если возникает необходимость в переходе с МПАПД на НЭЭ или наоборот, то в этом случае первую инъекцию нового препарата следует производить в день, когда предполагалось сделать инъекцию предыдущего препарата.

Введение повторной дозы ИКП в случае, если тип предыдущего инъекционного контрацептива и/или время предшествующей инъекции неизвестны

- ▲ Инъекция может быть произведена, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. В этом случае женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительное средство контрацепции в течение последующих 7 дней.
- ▲ При необходимости, женщина может прибегнуть к неотложной контрацепции.

Примечания

По мнению экспертной рабочей группы, вероятность возникновения овуляции является минимальной в течение 2 недель, следующих за днем, когда должна была быть произведена повторная инъекция (рекомендуемый интервал между повторными инъекциями МПАПД и НЭЭ составляет, соответственно, 3 месяца и 2 месяца).

Механизм действия, медицинские критерии допустимости применения и побочные эффекты МПАПД и НЭЭ являются аналогичными. Соответственно, переключение с МПАПД на НЭЭ или наоборот не представляет опасности для здоровья женщины.

В то время как по оценкам экспертов надежный контрацептивный эффект (изменение свойств цервикальной слизи) при использовании ИКП обеспечивается по прошествии примерно 48 часов после начала приема таблеток, длительность периода, необходимого для достижения указанного эффекта при введении прогестогеновых контрацептивов инъекционным путем, остается неясной.

Вопрос в рамках систематического обзора

Как скоро после последней инъекции ИКП происходит восстановление овуляторного цикла и фертильности? **Уровень доказанности:** II-3, удовлетворительно, косвенное подтверждение.

Литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

1. Anonymous. ICMR (Indian Council of Medical Research) Task Force on Hormonal Contraception. Return of fertility following discontinuation of an injectable contraceptive — norethisterone oenanthate (NET-EN) 200 mg dose. *Contraception*, 1986, 34:573-82.
2. Bassol S et al. Ovarian function following a single administration of depo-medroxy progesterone acetate (DMPA) at different doses. *Fertility & Sterility*, 1984, 42:216-222.
3. Fotherby K et al. A preliminary pharmacokinetic and pharmacodynamic evaluation of depot-medroxyprogesterone acetate and norethisterone oenanthate. *Fertility & Sterility*, 1980, 34:131-139.
4. Garza-Flores J, Cardenas S, Rodriguez V, Cravioto MC, Diaz-Sanchez V. Return to ovulation following the use of long-acting injectable contraceptives: a comparative study. *Contraception*, 1985, 31:361-366.
5. Lan PT et al. Return of ovulation following a single injection of depo-medroxyprogesterone acetate: a pharmacokinetic and pharmacodynamic study. *Contraception*, 1984, 29:1-18.
6. Ortiz A et al. Serum medroxyprogesterone acetate (MPA) concentrations and ovarian function following intramuscular injection of Depo-MPA. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 1977, 44:32-38.
7. Pardthaisong T. Return of fertility after the use of the injectable contraceptive Depo Provera: Updated data analysis. *Journal of Biosocial Science*, 1984, 16:23-34.
8. Saxena BN et al. Return of ovulation after the cessation of depot-medroxy progesterone acetate treatment in Thai women. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 1980, 63:66-69.

Основные неразрешенные вопросы

Насколько распространена практика переключения с использования МПАПД на НЭЭ и наоборот, и какова причина таких переключений?

Насколько точно можно прогнозировать риск возникновения беременности при использовании ИКП, опираясь на результаты ультразвукового обследования, гормональных исследований и анализа состава цервикальной слизи?

Какова максимально допустимая продолжительность интервала между инъекциями, обеспечивающая возможность поддержания противозачаточного эффекта ИКП на требуемом уровне?

Каковы наиболее эффективные методы врачебного консультирования и других методов общения с пациентами, позволяющие обеспечить надлежащее соблюдение интервалов между повторными инъекциями ИКП?



Когда допускается вживлять противозачаточный имплантат?



7. Когда допускается вживлять противозачаточный имплантат?

Примечание: нижеследующие рекомендации разработаны с учетом имеющейся информации об одобренных для широкого применения имплантатах левоноргестрелового ряда («Норплант», «Джаделл») и действуют только в отношении таких имплантатов. Степень, в которой эти рекомендации могут быть применимы к этоноргестреловым имплантатам, на настоящий момент неизвестна. В аннотациях к этоноргестреловым имплантатам («Импланон») указывается, что имплантат должен вживляться на 1–5 день естественного менструального цикла (но не позднее 5-го дня).

Наличие регулярного менструального цикла

- ▲ Имплантат может быть вживлен в течение 7 дней после начала менструального кровотечения. При этом применения какого-либо дополнительного метода контрацепции не требуется.
- ▲ Также, имплантат может быть вживлен в любое другое время, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. Если имплантат вживляется по прошествии 7 дней после начала менструального кровотечения, женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительное средство контрацепции в течение последующих 7 дней.

Отсутствие менструальных циклов

- ▲ При отсутствии менструального цикла имплантат допускается вживлять в любое время, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. В этом случае женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительный метод контрацепции в течение последующих 7 дней.

Период грудного вскармливания*

- ▲ Если после родов прошло более 6 недель и менее 6 месяцев, и у женщины отсутствует менструальный цикл, то вживление имплантата может осуществляться в любое время. Если женщина применяет имплантат, и ребенок находится полностью или в основном на грудном вскармливании, то использования какого-либо дополнительного средства контрацепции не требуется.
- ▲ Если после родов прошло более 6 недель, и у женщины восстановился менструальный цикл, то вживление имплантата может осуществляться с учетом рекомендаций, которые обычно даются женщинам с нормальным месячным циклом.

* **Дополнительные рекомендации (по материалам третьего издания «Медицинских критериев приемлемости пользования средствами контрацепции», 2004 г.):**

Если послеродовой период не превышает 6 недель и ребенок находится в основном на грудном вскармливании, то в таких случаях назначать ИКП не рекомендуется, за исключением тех случаев, когда применение более подходящих средств контрацепции является по тем или иным причинам невозможным или недопустимым.

Послеродовой период (искусственное вскармливание)

- ▲ Если после родов прошло 3 и более недель, и у женщины отсутствует менструальный цикл, то вживление имплантата может осуществляться в любое время. При этом использования какого-либо дополнительного средства контрацепции не требуется.*
- ▲ Если после родов прошло 3 и более недель, и у женщины отсутствует менструальный цикл, то вживление имплантата может осуществляться в любое время, при условии, что имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. При этом женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительное противозачаточное средство в течение последующих 7 дней.
- ▲ Если менструальный цикл восстановился, то вживление имплантата может осуществляться с учетом рекомендаций, которые обычно даются в случаях наличия у женщины регулярных месячных.

* Вероятность наступления овуляции и последующей беременности в течение первых 3 недель после родов является очень низкой. Однако, по соображениям программного характера, допускается использование некоторых методов контрацепции в течение данного периода.

Период после аборта

- ▲ Имплантат может вживляться практически сразу после производства аборта. При этом не требуется дополнительного использования какого-либо другого противозачаточного средства.

Отказ от другого метода гормональной контрацепции в пользу ИКП

- ▲ Имплантат допускается вживлять практически сразу после отказа от предыдущего метода контрацепции, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. При этом нет необходимости дожидаться начала следующего менструального цикла.
- ▲ Если предыдущий контрацептив вводился инъекционным путем, то вживление имплантата должно производиться в день предполагавшейся очередной инъекции предыдущего контрацептива. При этом нет необходимости прибегать к какому-либо дополнительному способу контрацепции.

Отказ от негормональной контрацепции (исключая ВМС) в пользу имплантата

- ▲ Имплантат допускается вживлять практически сразу после отказа от предыдущего метода контрацепции, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. При этом нет необходимости дожидаться начала следующего менструального цикла.
 - Если имплантат вживляется в течение 7 дней после начала менструального кровотечения, то в этом случае нет необходимости прибегать к какому-либо дополнительному способу контрацепции.
 - Если имплантат вживляется по прошествии 7 дней после начала менструального кровотечения, то в этом случае женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительный метод контрацепции в течение последующих 7 дней.

Отказ от использования ВМС (включая левоноргестрел-содержащие ВМС) в пользу ИКП

- ▲ Вживление имплантата может быть произведено в течение 7 дней после начала менструального кровотечения. Применения дополнительного метода контрацепции не требуется. ВМС может быть удалена в течение этого периода.
- ▲ Также, вживление имплантата может быть произведено в любое другое время, при условии, что женщина уверена в отсутствии у нее беременности.
 - Если в течение данного менструального цикла женщина жила активной половой жизнью и с начала менструации прошло более 7 дней, то в этом случае ВМС рекомендуется удалить во время следующего менструального цикла.
 - Если в течение данного менструального цикла женщина не жила половой жизнью и с начала менструации прошло более 7 дней, то в этом случае ей рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительный метод контрацепции в течение последующих 7 дней. Если в качестве вышеупомянутого дополнительного средства контрацепции служит внутриматочная спираль, то ее следует удалить во время следующего менструального цикла.
- ▲ Если у женщины отсутствует месячный цикл или менструальные кровотечения носят нерегулярный характер, то вживление имплантата должно осуществляться в соответствии с рекомендациями для женщин с аменореей.

Примечания

По мнению экспертной рабочей группы, вживление имплантата, произведенное не позднее 7-го дня менструального цикла, позволяет существенно снизить вероятность наступления овуляции и, соответственно, беременности.

Необходимость в использовании дополнительного метода контрацепции при отказе от другого гормонального средства в пользу противозачаточного имплантата зависит от конкретных характеристик предыдущего гормонального метода контрацепции.

Учитывая определенное беспокойство в отношении риска возникновения беременности при удалении ВМС во время менструального цикла, когда имел место недавний половой контакт, эксперты рабочей группы рекомендуют оставлять ВМС на месте до начала следующего менструального цикла.

В то время как по оценкам экспертов надежный контрацептивный эффект (изменение свойств цервикальной слизи) при использовании противозачаточных таблеток прогестогенового ряда (ПТП) обеспечивается по прошествии примерно 48 часов после начала приема таблеток, длительность периода, необходимого для достижения указанного эффекта при вживлении левоноргестреловых имплантатов, остается неясной.

Вопрос в рамках систематического обзора

Каким образом вживление имплантата в различные дни менструального цикла влияет на выраженность противозачаточного эффекта? **Уровень доказанности:** II-3, хорошо, косвенное подтверждение.

Литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

1. Brache V et al. Effect of preovulatory insertion of Norplant implants over luteinizing hormone secretion and follicular development. *Fertility & Sterility*, 1996, 65:1110-1114.
2. Brache V et al. Timing of onset of contraceptive effectiveness in Norplant implant users. II. Effect on the ovarian function in the first cycle of use. *Contraception*, 1999, 59:245-251.
3. Dunson TR et al. Timing of onset of contraceptive effectiveness in Norplant implant users. Part I. Changes in cervical mucus. *Fertility & Sterility*, 1998, 69:258-266.

Другие источники

1. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal*, 2000, 321:1259-1262.
2. Wilcox AJ et al. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*, 2001, 63:211-215.

Основные неразрешенные вопросы

В течение скольких дней после начала менструального цикла допускается вживлять этоногестреловые имплантаты, и в течение какой части данного менструального цикла будет действовать вживленный имплантат?

По прошествии какого времени после вживления этоногестрелового имплантата можно говорить о возникновении надежного противозачаточного эффекта?

Как скоро восстанавливается способность к зачатию после удаления этоногестрелового имплантата?



Как долго можно оставлять на месте левоноргестрел-содержащий имплантат?

8. Как долго можно оставлять на месте левоноргестрел-содержащий имплантат?

Примечание: нижеследующие рекомендации разработаны с учетом имеющейся информации об одобренных для широкого применения имплантатах левоноргестрелового ряда («Норплант», «Джаделл») и действуют только в отношении таких имплантатов. В аннотациях к этоноргестреловым имплантатам («Импланон») указывается, что имплантат может оставаться на месте до 3 лет.

НОРПЛАНТ

Вес женщины не превышает 70 кг

- ▲ Если на момент вживления имплантата женщина весит менее 70 кг и продолжает сохранять этот вес, имплантат может оставаться на месте сроком до 7 лет.
- ▲ Врач должен информировать женщину о том, что увеличение веса (более 70 кг) может приводить к снижению эффективности Норпланта по прошествии 4-5 лет (в зависимости от количества набранного веса).

Вес женщины составляет 70-79 кг

- ▲ Если на момент вживления имплантата женщина весит от 70 до 79 кг, то врач должен информировать пациентку о том, что по прошествии 5 лет противозачаточный эффект имплантата может снизиться, если ее вес будет оставаться в этих же пределах.
- ▲ К концу 4 года после вживления имплантата женщина должна нанести повторный визит к врачу.
 - Если вес женщины продолжает оставаться в диапазоне от 70 до 79 кг, то врач и пациентка должны совместно решить, будет ли имплантат оставлен на месте еще на три года.
 - Если вес женщины на момент повторного визита к врачу составляет 80 и более кг, то в этом случае имплантат настоятельно рекомендуется удалить по истечении 4 лет с момента его вживления в связи со снижением его контрацептивного эффекта.

Вес женщины составляет 80 и более кг

- ▲ К концу 4 года после вживления имплантата женщина должна нанести повторный визит к врачу. Если на этот момент вес женщины продолжает составлять 80 и более кг, то в этом случае имплантат настоятельно рекомендуется удалить в связи со снижением его контрацептивного эффекта.

Джаделл

Если на момент вживления имплантата женщина не более 79 кг и продолжает сохранять этот вес, имплантат может оставаться на месте сроком до 5 лет. Если вес женщины составляет 80 и более кг, то в этом случае имплантат настоятельно рекомендуется удалить по истечении 4 лет с момента его вживления в связи со снижением его контрацептивного эффекта.

Примечания

Экспертная рабочая группа изучила опубликованные фактические данные о том, что (i) у женщин, весивших менее 70 кг на момент вживления Норпланта, наступление беременности на 7-ой год пользования имплантатом является крайне редким явлением и что (ii) наступление беременности также было маловероятно на 4-й год пользования Норплантом, если на момент вживления женщина весила 70 и более кг. Контрацептивный эффект несколько снижается по прошествии 4 лет пользования имплантатом, если на момент его вживления женщина весила 70 и более кг, и становится гораздо менее выраженным, если женщина весила более 79 кг на момент вживления имплантата. Экспертная рабочая группа также ознакомилась с неопубликованными данными, указывающими на то, что женщины, чей текущий вес составляет 70-79 кг, подвергаются повышенному риску наступления беременности по прошествии 5 лет пользования имплантатом, в то время как у женщин, весящих 80 и более кг, беременность может наступить уже на 5-й год с момента вживления имплантата с вероятностью 6 из 100. Соответственно, женщины весом 70-79 кг, должны помнить о снижении контрацептивного эффекта имплантата по прошествии 5 лет с момента его вживления и возможности наступления беременности на 6-й и 7-й год ношения имплантата. Женщинам, чей вес составляет 80 и более кг, настоятельно рекомендуется удалить имплантат по истечении 4 лет с момента его вживления. Самые последние опубликованные данные о количестве женщин, забеременевших на 5-й, 6-й и 7-й пользования имплантатом (с разбивкой по весу на момент вживления имплантата) приводятся в документе, указанном под номером 3 в списке литературы, использовавшейся при систематическом обзоре (см. ниже). В то время как среди женщин весом 70-79 кг процент забеременевших возрастает по прошествии 5 лет с момента вживления имплантата, частота наступления беременности на 6-й и 7-й год пользования имплантатом не превышает аналогичный показатель, характерный для ряда других методов контрацепции. Вероятность развития внематочной беременности у женщин, пользующихся Норплантом или Джаделлом, намного ниже по сравнению с женщинами, не применяющими какой-либо метод контрацепции. Однако, если при использовании имплантата беременность все же наступает, то вероятность ее внематочного развития существенно возрастает.

Если женщина, весящая 70-79 кг, испытывает беспокойство по поводу снижения противозачаточного эффекта Норпланта по прошествии 5 лет с момента его вживления, то имплантат может быть удален до истечения 7-летнего срока. По желанию женщины, ей может быть вживлен свежий комплект сразу после удаления старого имплантата. Как и в остальных случаях, женщина может в любое время попросить врача удалить имплантат.

Вопрос в рамках систематического обзора

Допускается ли пользование левоноргестреловым имплантатом по прошествии 5 лет с момента его вживления? **Уровень доказанности:** II-1, хорошо, прямое подтверждение.

Литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

1. Gu S et al. Effectiveness of Norplant implants through seven years: a large-scale study in China, *Contraception*, 1995, 52:99-103.
2. Nour El-Dine Nm et al. Extension of use of the contraceptive implants, Norplant and levonorgestrel rods to seven years. *Egyptian Society of Obstetrics and Gynecology*, 2000, 61:187-194.
3. Sivin I et al. Prolonged effectiveness of Norplant@ capsule implants: a 7-year study. *Contraception*, 2000, 61:187-194.
4. Sivin I et al. Levonorgestrel concentrations during 7 years of continuous use of Jadelle contraceptive implants. *Contraception*, 2001, 64:43-49.
5. Wan LS, Stiber A, Lam L. The levonorgestrel two-rod implant for long-acting contraception: 10 years of clinical experience. *Obstetrics and Gynecology*, 2003, 102:24-26.

Основные неразрешенные вопросы

Какое влияние оказывает возраст и избыточный вес на выраженность контрацептивного эффекта Норпланта на 5-й, 6-й и 7-й год его применения?



Когда допускается устанавливать медьсодержащую внутриматочную спираль?

9. Когда допускается устанавливать медьсодержащую внутриматочную спираль (ВМС)?

Наличие регулярного менструального цикла

- ▲ Установка медьсодержащей ВМС может быть произведена в течение 12 дней после начала менструального кровотечения в любое удобное для женщины время (не только в период менструального кровотечения). При этом применения какого-либо дополнительного метода контрацепции не требуется.
- ▲ Также, медьсодержащая ВМС может быть установлена в любое другое, удобное для женщины, время в период менструального кровотечения, если имеются достаточные основания полагать, что она не беременна. Применения какого-либо дополнительного метода контрацепции при этом не требуется.

Отсутствие менструальных циклов (не связанное с недавними родами)

- ▲ При отсутствии менструального цикла установка медьсодержащей ВМС может быть произведена в любое время, *если имеется возможность точно установить, что женщина не беременна*. Применения какого-либо дополнительного метода контрацепции при этом не требуется.

Послеродовой период и грудное вскармливание (включая период после кесарева сечения)*

- ▲ Установка медьсодержащей ВМС в целом допускается, если после родов прошло менее 48 часов.
- ▲ Если после родов прошло 4 и более недель, и у женщины отсутствует менструальный цикл, то установка медьсодержащей ВМС допускается при условии, что имеются достаточные основания полагать, что она не беременна. Использования какого-либо дополнительного средства контрацепции при этом не требуется.
- ▲ Если после родов прошло 4 и более недель, и у женщины восстановился менструальный цикл, то установка медьсодержащей ВМС может осуществляться с учетом рекомендаций, которые обычно даются женщинам с нормальным месячным циклом.

* **Дополнительные рекомендации (по материалам третьего издания «Медицинских критериев приемлемости пользования средствами контрацепции», 2004 г.):**

При послеродовом сепсисе установка медьсодержащей ВМС не допускается. Если после родов прошло от 48 часов до 4 недель, то устанавливать медьсодержащую ВМС не рекомендуется, за исключением тех случаев, когда применение более подходящих средств контрацепции является по тем или иным причинам невозможным или недопустимым.

Послеродовой период и искусственное вскармливание (включая период после кесарева сечения)*

- ▲ Установка медьсодержащей ВМС в целом допускается, если после родов прошло менее 48 часов.
- ▲ Если после родов прошло 4 и более недель, и у женщины отсутствует менструальный цикл, то установка медьсодержащей ВМС допускается *при условии, что имеются возможность точно установить, что она не беременна*. Использования какого-либо дополнительного средства контрацепции при этом не требуется.
- ▲ Если после родов прошло 4 и более недель, и у женщины восстановился менструальный цикл, то установка медьсодержащей ВМС может осуществляться с учетом рекомендаций, которые обычно даются женщинам с нормальным месячным циклом.

* **Дополнительные рекомендации (по материалам третьего издания «Медицинских критериев приемлемости пользования средствами контрацепции», 2004 г.):**

При послеродовом сепсисе установка медьсодержащей ВМС не допускается. Если после родов прошло от 48 часов до 4 недель, то устанавливать медьсодержащую ВМС не рекомендуется, за исключением тех случаев, когда применение более подходящих средств контрацепции является по тем или иным причинам невозможным или недопустимым.

Период после аборта*

- ▲ Если прерывание беременности проводится в первом триместре, то медьсодержащая ВМС может устанавливаться практически сразу после производства аборта.
- ▲ Если прерывание беременности проводится во втором триместре, то медьсодержащая ВМС может, в целом, устанавливаться практически сразу после производства аборта.
- * **Дополнительные рекомендации (по материалам третьего издания «Медицинских критериев приемлемости пользования средствами контрацепции», 2004 г.):**
Установка медьсодержащей ВМС сразу после производства септического аборта не допускается.

Отказ от другого метода контрацепции в пользу ВМС

- ▲ Медьсодержащая ВМС может устанавливаться немедленно после отказа от предыдущего метода контрацепции, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. При этом нет необходимости дожидаться начала следующего менструального цикла. Использования какого-либо дополнительного средства контрацепции в данном случае не требуется.

Использование ВМС в целях неотложной контрацепции*

- ▲ При использовании в целях неотложной контрацепции, медьсодержащая ВМС должна устанавливаться в течение 5 дней после полового контакта, проводившегося без использования противозачаточных средств.
- ▲ Также допускается устанавливать медьсодержащую ВМС по прошествии 5 дней с момента полового контакта, проводившегося без использования противозачаточных средств, если известно, что после наступления овуляции прошло не более 5 дней.
- * **Дополнительные рекомендации (по материалам третьего издания «Медицинских критериев приемлемости пользования средствами контрацепции», 2004 г.):**
Установка медьсодержащей ВМС в целях неотложной контрацепции может осуществляться при условии допустимости использования данного метода у данной женщины.

Примечания

Экспертная рабочая группа установила, что риск наступления овуляции в течение первых 7-ти дней менструального цикла является достаточно низким. Учитывая 5-дневный неотложный контрацептивный эффект, оказываемый медьсодержащей ВМС, Экспертная рабочая группа установила, что вероятность развития беременности в течение первых 12 дней менструального цикла является низкой.

Рекомендации, разработанные экспертной рабочей группой для женщин, пользующихся медьсодержащей ВМС, не должны применяться в случаях, когда речь идет о ВМС с левоноргестреловым компонентом, так как последние не обладают неотложным противозачаточным эффектом, характерным для медьсодержащих ВМС. Таким образом, использование левоноргестрел-содержащих спиралей в целях неотложной контрацепции не рекомендуется. Также, существуют теоретические опасения, что плод может подвергаться дополнительному риску в связи с присутствием в составе внутриматочной спирали гормонального компонента. Однако на настоящий момент остается неизвестным, являются ли такие опасения оправданными.

Как отмечается в *Медицинских критериях приемлемости применения контрацептивных средств*, использование ВМС является противопоказанным при беременности в связи с опасностью развития тяжелой формы инфекции органов малого таза или самопроизвольного септического выкидыша. Экспертная рабочая группа установила, что 6 критериев в вопросе №33 («На основании каких признаков можно с достаточной степенью уверенности полагать, что женщина не беременна?») могут оказать помощь врачу в определении вероятности того, что женщина, находящаяся в послеродовом периоде и практикующая грудное вскармливание, может быть беременной. Однако вышеупомянутые критерии являются бесполезными при установлении факта наличия беременности у женщин, находящихся в послеродовом периоде и использующих методы искусственного вскармливания, или нерожавших женщин, у которых менструальный цикл отсутствует. В таких случаях следует использовать другие методы диагностики беременности.

Вопрос в рамках систематического обзора

Каким образом установка ВМС в различные дни менструального цикла влияет на безопасность данного метода контрацепции для здоровья женщины, выраженность противозачаточного эффекта, а также соблюдение рекомендуемого режима применения метода? **Уровень доказанности:** II-3, удовлетворительно, косвенное подтверждение.

Литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

1. White MK et al. Intrauterine device termination rates and the menstrual cycle day of insertion. *Obstetrics & Gynecology*, 1980, 55:220-224.
2. Goldstuck ND. Pain response following insertion of a Gravigard (Copper-7) intrauterine contraceptive device in nulliparous women. *International Journal of Fertility*, 1981, 26:53-56.
3. Goldstuck ND et al. A comparison of the actual and expected pain response following insertion of an intrauterine contraceptive device. *Clinical Reproduction & Fertility*, 1985, 3:65-71.

Другие источники

1. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal*, 2000, 321:1259-1262.
2. Wilcox AJ, Dunson DB, Weinberg CR, Trussell J, Baird DD. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*, 2001, 63:211-215.

Основные неразрешенные вопросы

По прошествии, какого времени после установки медьсодержащей ВМС можно говорить о возникновении надежного противозачаточного эффекта?



Следует ли проводить профилактический курс лечения антибиотиками при установке медьсодержащей ВМС?

10. Следует ли проводить профилактический курс лечения антибиотиками при установке медьсодержащей ВМС?

Стандартная установка медьсодержащей ВМС

- ▲ Как правило, проведения профилактического курса лечения антибиотиками при установке медьсодержащей ВМС не требуется. Однако профилактическая антибиотикотерапия может оказаться целесообразной при высокой распространенности гонококковой и хламидийной инфекции шейки матки и ограниченном охвате населения скринингом в данном регионе.
- ▲ После установки медьсодержащей ВМС врач должен порекомендовать, чтобы женщина следила за возможным появлением симптомов ВЗОМТ в последующий период, в особенности в течение первого месяца.

Примечания

По заключению экспертной группы, целесообразность проведения профилактического курса антибиотикотерапии после установки медьсодержащей ВМС у женщин, подверженным низкому риску заражения ИППП, является низкой или практически нулевой.

Данная рекомендация действует только в отношении здоровых женщин; женщины с расстройствами здоровья (например, нарушения функции сердечных клапанов), требующие проведения превентивного курса антибиотикотерапии перед проведением инвазивных процедур, могут также нуждаться в предварительной профилактике антибиотиками перед установкой медьсодержащей ВМС.

Вопрос в рамках систематического обзора

Способствует ли проведение профилактического курса антибиотикотерапии при установке ВМС снижению риска инфицирования? **Уровень доказанности:** I, хороший, прямое подтверждение.

Литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

1. Grimes DA, Schulz KF. Prophylactic antibiotics for intrauterine device insertion: a meta-analysis of the randomized controlled trials. *Contraception*, 1999, 60:57-63.

Основные неразрешенные вопросы

Способствует ли назначение профилактического курса антибиотикотерапии перед установкой медьсодержащей ВМС предупреждению ВЗОМТ у пациенток при значительной распространенности ИППП в конкретном регионе?



Когда допускается устанавливать левоноргестрел-содержащую внутриматочную спираль?

11. Когда допускается устанавливать левоноргестрел-содержащую внутриматочную спираль (ВМС)?

Наличие регулярного менструального цикла

- ▲ Установка левоноргестрел-содержащей ВМС может быть произведена в течение 7 дней после начала менструального кровотечения в любое удобное для женщины время (не только в период менструального кровотечения). При этом применения какого-либо дополнительного метода контрацепции не требуется.
- ▲ Также, левоноргестрел-содержащая ВМС может быть установлена в любое другое, удобное для женщины, время в период менструального кровотечения, если имеются достаточные основания полагать, что она не беременна. Если установка левоноргестрел-содержащей ВМС осуществляется по прошествии 7 дней после начала менструального кровотечения, женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо пользоваться дополнительным средством контрацепции в течение последующих 7 дней.

Отсутствие менструальных циклов (не связанное с недавними родами)

- ▲ При отсутствии менструального цикла установка левоноргестрел-содержащей ВМС может быть произведена в любое время, *если имеется возможность точно установить, что женщина не беременна*. При этом женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо пользоваться дополнительным средством контрацепции в течение последующих 7 дней.

Послеродовой период и грудное вскармливание (включая период после кесарева сечения)*

- ▲ Если после родов прошло 4 и более недель, и у женщины отсутствует менструальный цикл, то установка левоноргестрел-содержащей ВМС допускается при условии, что имеются достаточные основания полагать, что она не беременна. Использования какого-либо дополнительного средства контрацепции при этом не требуется.
- ▲ Если после родов прошло 4 и более недель, и у женщины восстановился менструальный цикл, то установка левоноргестрел-содержащей ВМС может осуществляться с учетом рекомендаций, которые обычно даются женщинам с нормальным месячным циклом.

* **Дополнительные рекомендации (по материалам третьего издания «Медицинских критериев приемлемости пользования средствами контрацепции», 2004 г.):**

При послеродовом сепсисе установка медьсодержащей ВМС не допускается. Если после родов прошло менее 48 часов или от 48 часов до 4 недель, то устанавливать левоноргестрел-содержащую ВМС не рекомендуется, за исключением тех случаев, когда применение более подходящих средств контрацепции является по тем или иным причинам невозможным или недопустимым.

Послеродовой период и искусственное вскармливание (включая период после кесарева сечения)*

- ▲ Если после родов прошло 4 и более недель, и у женщины отсутствует менструальный цикл, то установка левоноргестрел-содержащей ВМС допускается *при условии, что имеются возможность точно установить, что женщина не беременна*. Использования какого-либо дополнительного средства контрацепции при этом не требуется.
- ▲ Если после родов прошло 4 и более недель, и у женщины восстановился менструальный цикл, то установка левоноргестрел-содержащей ВМС может осуществляться с учетом рекомендаций, которые обычно даются женщинам с нормальным месячным циклом.

* **Дополнительные рекомендации (по материалам третьего издания «Медицинских критериев приемлемости пользования средствами контрацепции», 2004 г.):**

При послеродовом сепсисе установка левоноргестрел-содержащей ВМС не допускается. Если после родов прошло менее 48 часов или от 48 часов до 4 недель, то устанавливать левоноргестрел-содержащую ВМС не рекомендуется, за исключением тех случаев, когда применение более подходящих средств контрацепции является по тем или иным причинам невозможным или недопустимым.

Период после аборта*

- ▲ Если прерывание беременности проводится в первом триместре, то левоноргестрел-содержащая ВМС может устанавливаться практически сразу после производства аборта.
- ▲ Если прерывание беременности проводится во втором триместре, то левоноргестрел-содержащая ВМС может, в целом, устанавливаться практически сразу после производства аборта.

* **Дополнительные рекомендации (по материалам третьего издания «Медицинских критериев приемлемости пользования средствами контрацепции», 2004 г.):**

Установка левоноргестрел-содержащей ВМС сразу после производства септического аборта не допускается.

Отказ от другого метода контрацепции в пользу ВМС

- ▲ Левоноргестрел-содержащая ВМС может устанавливаться немедленно после отказа от предыдущего метода контрацепции, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. При отсутствии менструального цикла установка левоноргестрел-содержащей ВМС может быть произведена без какой-либо промежуточной паузы при отказе от другого метода контрацепции, *если имеется возможность точно установить, что женщина не беременна*. При этом нет необходимости дожидаться следующего менструального кровотечения.

- Если после начала менструального кровотечения прошло не более 7 дней, то использования какого-либо дополнительного средства контрацепции в этом случае не требуется.

- Если после начала менструального кровотечения прошло более 7 дней, то женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо пользоваться дополнительным средством контрацепции в течение последующих 7 дней.

- Если предыдущий контрацептив вводился инъекционным путем, то установка левоноргестрел-содержащей ВМС должно производиться в день предполагавшейся очередной инъекции предыдущего контрацептива. При этом нет необходимости прибегать к какому-либо дополнительному способу контрацепции.

Примечания

Экспертная рабочая группа установила, что риск наступления овуляции в течение первых 7-ти дней менструального цикла является достаточно низким и, соответственно, вероятность развития беременности до наступления 8-го дня менструального цикла является низкой.

Рекомендации, разработанные экспертной рабочей группой для женщин, пользующихся медьсодержащей ВМС, не должны применяться в случаях, когда речь идет о ВМС с левоноргестреловым компонентом, так как последние не обладают неотложным противозачаточным эффектом, характерным для медьсодержащих ВМС. Таким образом, использование левоноргестрел-содержащих спиралей в целях неотложной контрацепции не рекомендуется. Также, существуют теоретические опасения, что плод может подвергаться дополнительному риску в связи с присутствием в составе внутриматочной спирали гормонального компонента. Однако на настоящий момент остается неизвестным, являются ли такие опасения оправданными.

Как отмечается в *Медицинских критериях приемлемости применения контрацептивных средств*, использование ВМС является противопоказанным при беременности в связи с опасностью развития тяжелой формы инфекции органов малого таза или самопроизвольного септического выкидыша. Экспертная рабочая группа установила, что 6 критериев в вопросе №33 («На основании каких признаков можно с достаточной степенью уверенности полагать, что женщина не беременна?») могут оказать помощь врачу в определении вероятности того, что женщина, находящаяся в послеродовом периоде и практикующая грудное вскармливание, может быть беременной. Однако вышеупомянутые критерии являются бесполезными при установлении факта наличия беременности у женщин, находящихся в послеродовом периоде и использующих методы искусственного вскармливания, или нерожавших женщин, у которых менструальный цикл отсутствует. В таких случаях следует использовать другие методы диагностики беременности.

Вопрос в рамках систематического обзора

Каким образом установка ВМС в различные дни менструального цикла влияет на безопасность данного метода контрацепции для здоровья женщины, выраженность противозачаточного эффекта, а также соблюдение рекомендуемого режима применения метода? **Уровень доказанности:** I, хорошо, косвенное подтверждение.

Литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

1. Harrison-Woolrych M, Zhou L, Coulter D. Insertion of intrauterine devices: a comparison of experience with Mirena and Multiload Cu 375 during post-marketing monitoring in New Zealand. *New Zealand Medical Journal*, 2003, 116:538-544.
2. Luukkainen T et al. Effective contraception with the levonorgestrel-releasing intrauterine device: 12-month report of a European multicenter study. *Contraception*, 1987, 36:169-179.
3. Sivin I et al. Long term contraception with the levonorgestrel 20 µ/day (LNG 20) and the copper T 380 Ag intrauterine devices: a five-year randomized study. *Contraception*, 1990, 42:361-378.

Основные неразрешенные вопросы

По прошествии, какого времени после установки левоноргестрел-содержащей ВМС можно говорить о возникновении надежного противозачаточного эффекта?

Какое отрицательное влияние может оказывать (если такое отрицательное влияние вообще существует) применение прогестоген-содержащих контрацептивов на здоровье новорожденных в возрасте до 6 недель, находящихся на естественном грудном вскармливании?



**Следует ли проводить профилактический курс
лечения антибиотиками при установке
левоноргестрел-содержащей ВМС?**

12. Следует ли проводить профилактический курс лечения антибиотиками при установке левоноргестрел-содержащей ВМС?

Стандартная установка левоноргестрел-содержащей ВМС

- ▲ Как правило, проведения профилактического курса лечения антибиотиками при установке левоноргестрел-содержащей ВМС не требуется. Однако профилактическая антибиотикотерапия может оказаться целесообразной при высокой распространенности гонококковой и хламидийной инфекции шейки матки и ограниченном охвате населения скринингом в данном регионе.
- ▲ После установки левоноргестрел-содержащей ВМС врач должен порекомендовать, чтобы женщина следила за возможным появлением симптомов ВЗОМТ в последующий период, в особенности в течение первого месяца.

Примечания

По заключению экспертной группы, целесообразность проведения профилактического курса антибиотикотерапии после установки левоноргестрел-содержащей ВМС у женщин, подверженным низкому риску заражения ИППП, является низкой или практически нулевой.

Данная рекомендация действует только в отношении здоровых женщин; женщины с расстройствами здоровья (например, нарушения функции сердечных клапанов), требующие проведения превентивного курса антибиотикотерапии перед проведением инвазивных процедур, могут также нуждаться в предварительной профилактике антибиотиками перед установкой левоноргестрел-содержащей ВМС.

Эти рекомендации основываются на фактических данных об использовании медь-содержащих ВМС.

Вопрос в рамках систематического обзора

Способствует ли проведение профилактического курса антибиотикотерапии при установке левоноргестрел-содержащей ВМС снижению риска инфицирования?

Литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

- ▲ Литература по данному вопросу не найдена.

Другие основные источники

- ▲ См. список литературы по Вопросу 10 («Следует ли проводить профилактический курс лечения антибиотиками при установке медьсодержащей ВМС?»).

Основные неразрешенные вопросы

Способствует ли назначение профилактического курса антибиотикотерапии перед установкой левоноргестрел-содержащей ВМС предупреждению ВЗОМТ у пациенток при значительной распространенности ИППП в конкретном регионе?



Как следует принимать таблетки для неотложной контрацепции (ТНК)?

13. Как следует принимать таблетки для неотложной контрацепции (ТНК)?

Время приема

- ▲ Левоноргестрел-содержащие или комбинированные эстроген-прогестогеновые ТНК рекомендуется принимать как можно раньше после полового акта, проводившегося без использования средств контрацепции (не позднее 72 часов).
- ▲ Левоноргестрел-содержащие или комбинированные эстроген-прогестогеновые ТНК можно также принимать после 72, но позднее 120 часов после полового акта, проводившегося без использования средств контрацепции. В этом случае женщине следует учитывать, что противозачаточный эффект ТНК снижается по мере увеличения промежутка между незащищенным половым актом и приемом контрацептива.

Способ применения

- ▲ Дозу ТНК, эквивалентную 1,5 мг левоноргестрела, желательно употреблять в один прием.
- ▲ Альтернативным вариантом является употребление левоноргестрела в два приема (сначала первая доза, эквивалентная 0,75 мг левоноргестрела, затем вторая доза с аналогичным содержанием левоноргестрела через 12 часов).
- ▲ Еще одним вариантом является употребление комбинированного эстроген-левоноргестреловой ТНК в два приема (сначала первая доза, эквивалентная 100 мкг этинилэстрадиола плюс 0,50 мг левоноргестрела, затем вторая доза с аналогичным содержанием этинилэстрадиола и левоноргестрела через 12 часов).

Примечания

Экспертная рабочая группа изучила фактические данные, свидетельствующие о том, что ТНП наиболее эффективны в том случае, когда они принимаются как можно раньше после полового акта, проводившегося без использования средств контрацепции (в идеале, не позднее 72 часов). Эти данные также указывают на то, что ТНП сохраняют свою эффективность, если они принимаются между 72 и 120 часами после незащищенного сексуального контакта (в особенности, по прошествии 96 часов). Данные о степени эффективности противозачаточного эффекта по прошествии 120 часов после полового акта отсутствуют.

Экспертная рабочая группа также ознакомилась с данными, свидетельствующими о том, что левоноргестрел-содержащие ТНК являются более предпочтительными по сравнению с комбинированными эстроген-прогестогеновыми ТНК по той причине, что их применение реже приводит к таким побочным эффектам, как тошнота и рвота.

Экспертная рабочая группа изучила фактические данные, свидетельствующие о том, что однократный прием 1,5 мг левоноргестрела (две таблетки по 0,75 мг) приводит, как минимум, к такому же противозачаточному эффекту, как и прием двух последовательных доз левоноргестрела (сначала первая доза, эквивалентная 0,75 мг левоноргестрела, затем вторая доза с аналогичным содержанием левоноргестрела через 12 часов). Предпочтение может отдаваться первому или второму варианту в зависимости от формы приготовления имеющихся препаратов. Однако Экспертная рабочая группа считает, что однократный прием препарата более предпочтителен по сравнению с двукратным приемом, так как в последнем случае существует вероятность того, что женщина забудет принять вторую дозу.

Вопрос в рамках систематического обзора

Целесообразно ли принимать таблетки для неотложной контрацепции по истечении 72 часов после полового контакта, проводившегося без использования противозачаточных средств? **Уровень доказанности:** II-2, хорошо, прямое подтверждение.

Допускается ли прием таблеток для неотложной контрацепции в виде однократной дозы? **Уровень доказанности:** I, хорошо, прямое подтверждение.

Литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

1. Arowojolu AO, Okewole IA, Adekunle AO. Comparative evaluations of the effectiveness and safety of two regimens of levonorgestrel for emergency contraception in Ngerians. *Contraception*, 2002, 66:269-273.
2. Ellertson C et al. Extending the time limit for starting the Yuzpe regimen of emergency contraception to 120 hours. *Obstetrics and Gynecology*, 2003, 101:1168-1171.
3. Johansson E et al. Phramacokinetic study of different dosing regimens of levonorgestrel for emergency contraception in healthy women. *Human Reproduction*, 2002, 17:1472-1476.
4. Piaggio G, von Hertzen H. *Effect of delay in the administration of ;evonorgestrel for emergency contraception*. Presented at the XVII FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics, 2-7 November 2003, Santiago, Chile.
5. Rodrigues I, Grou F, Joly J. Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2001, 184:531-537.
6. von Hertzen H et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicenter randomized trial. *Lancet*, 2002, 360:1803-1810.

Основные неразрешенные вопросы

Какова минимальная доза ТНК, обеспечивающая надежный противозачаточный эффект?

Какова степень снижения эффективности ТНП с каждым днем задержки в приеме препарата по истечении 72 часов после полового контакта, проводившегося без использования каких-либо средств контрацепции?



Может ли женщина заранее запастись таблетками для неотложной контрацепции (ТНК)?

14. Может ли женщина заранее запастись таблетками для неотложной контрацепции (ТНК)?

- ▲ Женщина может заранее запастись таблетками для неотложной контрацепции с тем, чтобы она могла ими незамедлительно воспользоваться после полового контакта, проводившегося без применения контрацептивных средств.

Примечания

Экспертная рабочая группа установила, что в некоторых странах средства неотложной контрацепции в свободной продаже отсутствуют - в этом случае врач может выписать рецепт для того, чтобы женщина могла запастись ТНК заранее.

Экспертная рабочая группа изучила фактические данные, свидетельствующие о том, что вероятность применения ТНК женщиной после полового контакта, проводившегося без использования презервативов, выше в том случае, если у нее имеется созданный ранее запас таблеток и наличие такого запаса не влияет на характер пользования средствами контрацепции, не увеличивает частоту использования ТНК или частоту половых незащищенных контактов.

Вопрос в рамках систематического обзора

Может ли женщина запастись таблетками для неотложной контрацепции задолго до того момента, когда ей потребуется их применить? **Уровень доказанности:** I, хорошо, прямое подтверждение.

Литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

1. Belzer M et al. Advanced supply of emergency contraception for adolescent mothers increased utilization without reducing condom or primary contraception use. *Journal of Adolescent Health*, 2003, 32:122-123.
2. Ellertson C et al. Emergency contraception: randomized comparison of advance provision and information only. *Obstetrics and Gynecology*, 2001, 98:570-575.
3. Glasier A, Baird D. The effects of self-administered emergency contraception. *New England Journal of Medicine*, 1998, 339:1-4.
4. Jackson RA et al. Advance supply of emergency contraception: effect on use and usual contraception – a randomized trial. *Obstetrics and Gynecology*, 2003, 102:8-16.
5. Lovvorn A et al. Provision of emergency contraceptive pills to spermicide users in Ghana. *Contraception*, 2000, 61:287-293.
6. Raine T et al. Emergency contraception: advance provision in a young, high-risk clinic population. *Obstetrics and Gynecology*, 2000, 96:1-7.
7. Roye CF. Routine provisions of emergency contraception to teens and subsequent condom use: a preliminary study. *Journal of Adolescent Health*, 2001, 28:165-166.

Основные неразрешенные вопросы

Влияет ли создание предварительного запаса ТНК на количество забеременевших женщин и уровень распространенности инфекций, передаваемых половым путем?



По истечении какого времени наступает надежный противозачаточный эффект вазэктомии у мужчин?

15. По истечении какого времени наступает надежный противозачаточный эффект вазэктомии у мужчин?

- ▲ Надежный противозачаточный эффект вазэктомии у мужчин наступает по прошествии 3 месяцев после операции.
- ▲ В течение этого периода мужчина может жить активной половой жизнью при условии, что он или его партнерша применяют дополнительные средства контрацепции.
- ▲ Через 3 месяца после вазэктомии целесообразно сделать спермограмму (при наличии такой возможности) для подтверждения наступления стойкого противозачаточного эффекта.

Примечания

По мнению Экспертной рабочей группы, вазэктомия представляет собой высокоэффективный метод контрацепции при условии, что процедура была проведена правильно, и мужчина или его партнерша пользуются дополнительными средствами контрацепции в течение 3 месяцев после вазэктомии. Экспертная рабочая группа изучила фактические данные, свидетельствующие о том, что трехмесячная пауза после вазэктомии является достаточной для формирования надежного противозачаточного эффекта. При этом было отмечено, что проведение спермограммы (при наличии такой возможности) является самым надежным средством документального подтверждения стойкого противозачаточного эффекта вазэктомии.

Экспертная рабочая группа также ознакомилась с доказательными фактами, указывающими на то, что 20 семяизвержений после вазэктомии, имевших место до окончания установленного 3-месячного периода, не являются надежным свидетельством наступления противозачаточного эффекта процедуры. Однако мужчине рекомендуется возобновить половую жизнь (с применением дополнительных методов контрацепции) в течение 3 месяцев после производства вазэктомии с тем, чтобы очистить семявыводящие пути от остатков спермы.

Вопрос в рамках систематического обзора

Сколько месяцев должно пройти (сколько семяизвержений должно произойти) после вазэктомии для наступления надежного противозачаточного эффекта вазэктомии? **Уровень доказанности:** I, хорошо, прямое подтверждение.

Литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

1. Albert PS, Mininberg DT, Davis JE. The nitrofurans as sperm immobilising agents: their tissue toxicity and their clinical application. *British Journal of Urology*, 1975, 47:459-462.
2. Albert PS, Seebode J. Nitrofurazone: vas irrigation as adjunct in vasectomy. *Urology*, 1977, 10:450-451.
3. Albert PS, Seebode J. Nitrofurazone: vas irrigation as adjunct in vasectomy. *Fertility and Sterility*, 1978, 29:442-443.
4. Albert PS et al. The nitrofurans as sperm immobilising agents, *Journal of Urology*, 1975, 113:69-70.
5. The nitrofurans as sperm immobilising agents: their tissue toxicity and their clinical application in vasectomy. *Fertility and Sterility*, 1975, 26:485-491.
6. Alderman PM. The lurking sperm. A review of failures in 8879 vasectomies performed by one physician. *Journal of the American Medical Association*, 1988, 259:3142-3144.
7. Alderman PM. General and anomalous sperm disappearance characteristics found in a large vasectomy series. *Fertility and Sterility*, 1989, 51:859-862.
8. Anonymous. One thousand vasectomies. *British Medical Journal*, 1973, 4(5886): 216-221.

9. Arellano LE et al. No-scalpel vasectomy: review of the first 1,000 cases in a family medicine unit. *Archives of Medical Research*, 1997, 28:517-522.
10. Badrakumar C, Cojoi NK, Sundaram SK. Semen analysis after vasectomy: when and how many? *British Journal of Urology International*, 2000, 86:479-481.
11. Barone Ma et al. A prospective study of time and number of ejaculations to azoospermia after vasectomy by ligation and excision. *Journal of Urology*, 2003, 170:892-896.
12. Barros D'Sa IJ, Guy PJ. No-scalpel vasectomy: a cautionary tale of failure. *British Journal of Urology International*, 2003, 92:331-332.
13. Bedford JM, Zelikovsky G. Viability of spermatozoa in the human ejaculate after vasectomy. *Fertility and Sterility*, 1979, 32:460-463.
14. Belker AM et al. The high rate of noncompliance for post-vasectomy semen examination: medical and legal considerations. *Journal of Urology*, 1990, 144 (2 Pt 1): 284-286.
15. Berthelsen JG. [Irrigation of the vas deferens during vasectomy]. *Ugeskrift for Laeger*, 1975, 137:1527-1529.
16. Berthelsen JG. Perioperative irrigation of the vas deferens during vasectomy. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 1976, 10:100-102.
17. Berthelsen JG, Gandrup P. [Investigation of fertility after vasectomy by means of eosin differential staining (vital staining) of the spermatozoa]. *Ugeskrift for Laeger*, 1979, 141:2116-2118.
18. Bradshaw HD et al. Review of current practice to establish success after vasectomy. *British Journal of Surgery*, 2001, 88:290-293.
19. Chan J, Anderson R, Glasier A. Post-vasectomy semen analysis: unnecessary delay or belt and braces? *British Journal of Family Planning*, 1997, 23:77-79.
20. Cortes M et al. Results of a pilot study of the time to azoospermia after vasectomy in Mexico City. *Contraception*, 1997, 56:215-222.
21. Craft I. Irrigation at vasectomy and the onset of "sterility". *British Journal of Urology*, 1973, 45:441-442.
22. Craft I, McQueen J. Effect of irrigation of the vas on post-vasectomy semen-counts. *Lancet*, 1972, 1(7749):515-516.
23. Davies AH et al. The long-term outcome following "special clearance" after vasectomy. *British Journal of Urology*, 1990, 66:211-212.
24. De Kniff DW et al. Persistence or reappearance of nonmotile sperm after vasectomy: does it have clinical consequences? *Fertility and Sterility*, 1997, 67:332-335.
25. Edwards IS. Vasectomy: elimination of non-motile sperm [letter]. *Medical Journal of Australia*, 1976, 1(25):978.
26. Edwards IS. Vasectomy: a simple postoperative regimen. *Medical Journal of Australia*, 1977, 1:814-817.
27. Edwards IS. Vasectomy: irrigation with euflavine. *Medical Journal of Australia*, 1977, 1:847-849.
28. Edwards IS. Postvasectomy testing: reducing the delay [letter]. *Medical Journal of Australia*, 1981, 1:649.
29. Edwards IS. Earlier testing after vasectomy, based on the absence of motile sperm. *Fertility and Sterility*, 1993, 59:341-346.

30. Edwards IS, Farlow JL. Non-motile sperms persisting after vasectomy: do they matter? *British Medical Journal*, 1979, 1(6156):87-88.
31. Esho JO, Cass AS. Recanalization rate following methods of vasectomy using interposition of fascial sheath of vas deferens. *Journal of Urology*, 1978, 120:178-179.
32. Esho JO, Cass AS, Ireland GW. Morbidity associated with vasectomy. *Journal of Urology*, 1973, 110:413-415.
33. Esho JO, Cass AS, Ireland GW. Recanalization following vasectomy. *Urology*, 1974, 3:211-214.
34. Esho JO, Ireland GW, Cass AS. Vasectomy: comparison of ligation and fulguration methods. *Urology*, 1974, 3:337-338.
35. Freund M, Davis JE. Disappearance rate of spermatozoa from the ejaculate following vasectomy. *Fertility and Sterility*, 1969, 20:163-170.
36. Gandrup P, Berthelsen JG, Neilsen OS. Irrigation during vasectomy: a comparison between sterile water and the spermicide euaflavine. *Journal of Urology*, 1982, 127:60-61.
37. Goldstein M. Vasectomy failure using an open-ended technique. *Fertility and Sterility*, 1983, 40:699-700.
38. Gupta AS, Kohari LK, Devpura TP. Vas occlusion by tantalum clips and its comparison with conventional vasectomy in man: reliability, reversibility and complications. *Fertility and Sterility*, 1977, 28:1086-1089.
39. Haldar N et al. How reliable is a vasectomy? Long-term follow-up of vasectomised men. *Lancet*, 2000, 356(9223):43-44.
40. Hamilton DW. Immediate sterility after vasectomy. *Medical Journal of Australia*, 1977, 1:402-403.
41. Jackson P et al. A male sterilization clinic. *British Medical Journal*, 1970, 4:295-297.
42. Jensen UH, Siemsen SJ. [Vasectomy with immediate sterility]. *Ugeskrift for Laeger*, 1978, 140:916-917.
43. Jones JS. Percutaneous vasectomy: a simple modification eliminates the steep learning curve of no-scalpel vasectomy. *Journal of Urology*, 2003, 169:1434-1436.
44. Jouannet P, David G. Evolution of the properties of semen immediately following vasectomy. *Fertility and Sterility*, 1978, 29:435-441.
45. Klapproth HJ, Young IS. Vasectomy, vas ligation and vas occlusion. *Urology*, 1973, 1:292-300.
46. Koneitzko D, Reinecke F. [prolonged demonstration of spermatozoa after vasectomy]. *Deutsche Medicinische Wochenschrift*, 1973, 98:1221-1223.
47. Kumar V, Kaza RM. A combination of check tug and fascial interposition with no-scalpel vasectomy. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2001, 27:100.
48. Labrecque M et al. Effectiveness and complications associated with 2 vasectomy occlusion techniques. *Journal of Urology*, 2002, 168:2495-2498.
49. Lauritsen NP, Klove-Mogensen M, Glavind K. Vasectomy with rivanol injection and fertility control by vital staining with eosin. *International Urology and Nephrology*, 1987, 19:419-422.
50. Lee C, Paterson IS. Review of current practice to establish success after vasectomy. *British Journal of Surgery*, 2001, 88:1267-1268.
51. Lehtonen T. Effect of irrigation of vas deferens on sperm analyses after vasectomy. *Annales Chirurgiae et Gynaecologiae Fenniae*, 1975, 64:224-226.

52. Lehtonen T. Vasectomy for voluntary male sterilization. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 1975, 9:174-176.
53. Lemack GE, Goldstein M. Presence of sperm in the pre-vasectomy reversal semen analysis: incidence and implications. *Journal of Urology*, 1996, 155:167-169.
54. Leungwattanakij S, Lertsuwannarroj A, Ratana-Olarn K. Irrigation of the distal vas deferens during vasectomy: does it accelerate the post-vasectomy sperm-free rate? *International Journal of Andrology*, 2001, 24:241-245.
55. Lewis EL, Brazil CK, Overstreet JW. Human sperm function in the ejaculate following vasectomy. *Fertility and Sterility*, 1984, 42:895-898.
56. Linnet L [Control of vasectomy. A prospective study of the semen of 45 vasectomized patients and experience from control study of 197 patients in whom vasectomy was undertaken employing fascial interposition]. *Ugeskrift for Laeger*, 1977, 139:1708-1714.
57. Linnet L, Linnet-Jepsen P. [Acceptability of offers of vasectomy control]. *Ugeskrift for Laeger*, 1980, 142:637-640.
58. Maatman TJ, Aldrin L, Carothers GG. Patient noncompliance after vasectomy. *Fertility and Sterility*, 1997, 68:552-555.
59. McEwan J, Newton J, Yates-Bell A. Hospital family planning: a vasectomy service. *Contraception*, 1974, 9:177-192.
60. Madrigal V, Edelman DA, Goldsmith A. Male sterilization in El Salvador: a preliminary report. *Journal of Reproductive Medicine*, 1975, 14:167-170.
61. Marshall S, Lyon RP. Transient reappearance of sperm after vasectomy. *Journal of the American Medical Association*, 1972, 219:1753-1754.
62. Marshall S, Lyon RP. Variability of sperm disappearance from the ejaculate after vasectomy. *Journal of Urology*, 1972, 107:815-817.
63. Marwood RP, Beral V. Disappearance of spermatozoa from ejaculate after vasectomy. *British Medical Journal*, 1979, 1(6156):87.
64. Mason RG, Dodds L, Swami SK. Sterile water irrigation of the distal vas deferens at vasectomy: does it accelerate clearance of sperm? A prospective randomized trial. *Urology*, 2002, 59:424-427.
65. Nazerali H et al. Vasectomy effectiveness in Nepal: a retrospective study. *Contraception*, 2003, 67:397-401.
66. O'Brien Ts et al. Temporary reappearance of sperm 12 months after vasectomy. *British Journal of Urology*. 1995, 76:371-372.
67. Orr D, Moore B. Vasectomy as a contraceptive method. *Irish Medical Journal*, 1989, 82:19-20.
68. Pearce I et al. The effect of perioperative distal vassal lavage on subsequent semen analysis after vasectomy: a prospective randomized controlled trial. *British Journal of Urology International*, 2002, 90:282-285.
69. Penna RM, Potash J, Penna SM. Elective vasectomy: a study of 843 patients. *Journal of Family Practice*, 1979, 8:857-858.
70. Philp T, Guillebaud J, Budd D. Late failure of vasectomy after two documented analyses showing azoospermic semen. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, 1984, 289 (6437):77-79.

71. Poddar AK, Roy S. Disappearance of spermatozoa from semen after vasectomy. *Journal of Population Research*, 1976, 3:61-70.
72. Rees RW. Vasectomy: problems of follow-up. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*. 1973, 66:2-4.
73. Rhodes DB, Mumford SD, Free MJ. Vasectomy: efficacy of placing the cut vas in different fascial planes. *Fertility and Sterility*, 1980, 33:433-438.
74. Richardson DW, Aitken RJ, Loudon NB. The functional competence of human spermatozoa recovered after vasectomy. *Journal of Reproduction and Fertility*, 1984, 70:575-579.
75. Robson AJ, Hunt PK. Flushing of the vas deferens during vasectomy. *Canadian Medical Association Journal*, 1978, 118:770-771.
76. Santiso R et al. Vasectomy in Guatemala: a follow-up study of five hundred acceptors. *Social Biology*, 1981, 28:253-264.
77. Schmidt SS. Vasectomy by section, luminal fulguration and fascial interposition: results from 6248 cases. *British Journal of Urology*, 1995, 76:373-374.
78. Schraubman IG. One thousand vasectomies. *British Medical Journal*, 1973, 4:418.
79. Sekhon GS. Percutaneous vasectomy: a comparative study using a new instrument and technique. *Indian Journal of Medical Research*, 1970, 58:1433-1442.
80. Sivanesaratnam V. Onset of azoospermia after vasectomy. *New Zealand Medical Journal*, 1985, 98(778): 331-333.
81. Smith AG et al. Is the timing of post-vasectomy seminal analysis important? *British Journal of Urology*, 1998, 81:458-460.
82. Sokal DC et al. Vasectomy by ligation and excision, with versus without fascial interposition: a randomized controlled trial. *BioMed Central Medicine*, 2004, 2:6.
83. Sorensen TT, Knudsen Pr, Hangaard J. [Outpatient vasectomy]. *Ugeskrift for Laeger*, 1980, 143:26-27.
84. Stamm H, Acheampong A. [Vasectomy within the scope of contraception]. *Gynakologische Rundschau*, 1984, 24:85-97.
85. Tailly G, Vereecken RL, Verduyn H. A review of 357 bilateral vasectomies for male sterilization. *Fertility and Sterility*, 1984, 41:424-427.
86. Temmerman M et al. Evaluation of one-hundred open-ended vasectomies. *Contraception*, 1986, 33:529-532.
87. Thompson B et al. Experience with sperm counts following vasectomy. *British Journal of Urology*, 1991, 68:230-233.
88. Urquhart-Hay D. Immediate sterility after vasectomy. *British Medical Journal*, 1973, 3 (5876):378-379.
89. Valera Rico J et al. Vasectomy with immediate sterilization using intraductal phenylmercuric acetate. *Current Therapeutic Research, Clinical and Experimental*, 1979, 26:881-884.
90. Yu HY, Halim A, Evans PR. Chlorhexidine for irrigation of vas: a clinical trial and the study of viability of non-motile sperms in post-vasectomy patients with trypan blue uptake. *British Journal of Urology*, 1976, 48:371-375.

Основные неразрешенные вопросы

Существует ли некое количество семяизвержений, после которых мужчина может полностью полагаться на контрацептивный эффект вазэктомии?

Какова степень зависимости контрацептивного эффекта вазэктомии от примененного метода закрытия просвета семявыводящих протоков (в особенности, процедур, проведенных в условиях ограниченности ресурсов)?

Возможна ли разработка надежных тестов, позволяющих установить степень эффективности проведенной вазэктомии в условиях ограниченности ресурсов (включая проведение спермограммы)?



Что можно предпринять, если у женщины, пользующейся календарным методом контрацепции, менструальный цикл длится менее 26 или более 32 дней?

16. Что можно предпринять, если у женщины, пользующейся календарным методом контрацепции, менструальный цикл длится менее 26 или более 32 дней?

Примечание: календарный метод контрацепции представляет собой метод, основанный на знании о сменяемости периодов, когда женщина способна к зачатию, периодами, когда способность к зачатию отсутствует. При использовании данного метода рекомендуется предохраняться с помощью других методов контрацепции с 8 по 19 день менструального цикла.

Наличие в течение одного года 2 и более менструальных циклов, длящихся менее 26 или более 32 дней

- ▲ Врач должен объяснить женщине, что календарный метод может быть непригодным для нее ввиду высокого риска возникновения беременности, и помочь в выборе альтернативного метода контрацепции.

Первые месяцы использования календарного метода контрацепции у женщин с обычной продолжительностью менструального цикла (26-32 дня)

- ▲ По желанию женщины, врач должен помочь ей в выборе дополнительного средства контрацепции для использования в «опасные» дни (8-19 дни менструального цикла) и заранее обеспечить ее необходимым запасом контрацептива.

Женщина, пользующаяся календарным методом контрацепции, имела незащищенный половой контакт в один из «опасных» дней (8-19 дни менструального цикла)

- ▲ При необходимости, рекомендуется проведение неотложной контрацепции.

Примечания

По заключению экспертной группы, если продолжительность менструального цикла находится за пределами обычного диапазона (26-32 дня), то в этом случае вероятность нежелательного зачатия возрастает, даже если женщина избегала незащищенных половых контактов с 8 по 19 день менструального цикла.

Вопрос в рамках систематического обзора

Какова эффективность применения календарного метода контрацепции в случаях, когда продолжительность менструального цикла находится за пределами обычного диапазона (26-32 дня)?
Уровень доказанности: II-3, удовлетворительно, прямое подтверждение.

Справочная литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

1. Arevalo M, Sinau I, Jennings V. A fixed formula to define the fertile window of the menstrual cycle as the basis of a simple method of natural family planning. *Contraception*, 2000, 60:357-360.

Другие источники

1. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal*, 2000, 321:1259-1262.
2. Wilcox AJ, Dunson DB, Weinberg CR, Trussell J, Baird DD. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*, 2001, 63:211-215.

Основные неразрешенные вопросы

Каковы самые эффективные методы консультирования и другие способы общения с пациентом, обеспечивающие последовательное, правильное и регулярное пользование методами контрацепции, основанными на знании о перемежающемся характере фертильности?

Неправильное применение методов контрацепции

17. Что можно предпринять в случае, если женщина пропустила очередной прием комбинированного орального контрацептива (КОК)?
18. Что можно предпринять в случае, если женщина пропустила очередной прием противозачаточной таблетки прогестогенового ряда?



**Что можно предпринять в случае, если женщина пропустила
очередной прием комбинированного орального
контрацептива (КОК)?**

17. Что можно предпринять в случае, если женщина пропустила очередной прием комбинированного оральное контрацептива (КОК)?

Этинилэстрадиол (таблетки по 30-35 мкг)

Пропуск очередного приема 1 или 2 активных (гормональных) таблеток или начало приема очередной упаковки таблеток позже положенного срока на 1 или 2 дня

В этом случае женщине необходимо:

- ▲ Как можно раньше принять пропущенную таблетку активного (гормонального) контрацептива* и затем продолжать прием таблеток по обычной схеме, т.е. по одной таблетке в день.
- ▲ Применения дополнительного метода контрацепции в данном случае не требуется.

Пропуск очередного приема 3 и более активных (гормональных) таблеток или начало приема очередной упаковки таблеток позже положенного срока на 3 и более дней

В этом случае женщине необходимо:

- ▲ Как можно раньше принять пропущенную таблетку активного (гормонального) контрацептива* и затем продолжать прием таблеток по обычной схеме, т.е. по одной таблетке в день.
- ▲ Воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительное противозачаточное средство (презерватив) в течение последующих 7 дней.
- ▲ Если прием таблеток пропущен на третьей неделе, следует принять оставшиеся активные (гормональные) таблетки из упаковки и начать прием таблеток из новой упаковки на следующий день. При этом нет необходимости принимать 7 оставшихся неактивных таблеток.
- ▲ Если прием таблеток пропущен на первой неделе, и в это время имел место незащищенный половой контакт, то в этом случае женщина может прибегнуть к неотложной контрацепции.

Этинилэстрадиол (таблетки по 20 и менее мкг)

- ▲ Если женщина пропустила прием 1 активной (гормональной) таблетки или начала прием таблеток из новой упаковки на 1 день позже рекомендуемого срока, то в этом случае ей необходимо следовать указаниям, приведенным в пункте «Пропуск очередного приема 1 или 2 активных (гормональных) таблеток или начало приема очередной упаковки таблеток позже положенного срока на 1 или 2 дня» выше.
- ▲ Если женщина пропустила прием 2 и более активных (гормональных) таблеток или начала прием таблеток из новой упаковки на 2 и более дней позже рекомендуемого срока, то в этом случае ей необходимо следовать указаниям, приведенным в пункте «Пропуск очередного приема 3 и более активных (гормональных) таблеток или начало приема очередной упаковки таблеток позже положенного срока на 3 и более дней» выше.

Этинилэстрадиол (таблетки по 30-35 мкг и таблетки по 20 и менее мкг)

Женщина пропустила прием 1 и более неактивных (негормональных) таблеток

- ▲ В этом случае женщине необходимо избавиться от пропущенных неактивных таблеток и продолжать прием таблеток по обычной схеме, т.е. по одной таблетке в день.
- * Если женщина пропустила прием 2 и более активных (гормональных) таблеток, то в этом случае рекомендуется принять первую пропущенную таблетку и затем продолжать прием остальных пропущенных таблеток либо избавиться от них с тем, чтобы не отклоняться от первоначального графика приема. В зависимости от того, в какой момент времени женщина вспомнила о пропущенном приеме таблетки (таблеток), она может принять 2 таблетки в тот же день (одну таблетку сразу и вторую через обычный интервал времени или же принять две таблетки сразу).

Примечания

По мнению экспертной рабочей группы, нерегулярный или неправильный прием противозачаточных таблеток является основной причиной наступления нежеланной беременности. Надежный противозачаточный эффект (предотвращение овуляции) достигается регулярным приемом КОК в течение 7 дней. Женщинам, часто забывающим об очередном приеме таблеток, рекомендуется применять другой метод контрацепции.

Экспертная рабочая группа отмечает, что доказательные факты, касающиеся рекомендаций по приему «пропущенных таблеток», в основном, получены в результате изучения практического опыта применения этинилэстрадиоловых таблеток в дозировке 30-35 мкг.

Многие женщины (включая тех, которые пользуются упаковками противозачаточных таблеток, размеченными по дням недели) придерживаются графика контрацепции, предусматривающего начало приема таблеток из новой упаковки в строго определенный день недели. Если женщина, следующая такому графику, пропускает прием одной или нескольких таблеток, то в этом случае ей следует избавиться от пропущенных таблеток, если она намеревается продолжать прием таблеток по своему обычному графику. Отказ от выполнения данной рекомендации может повлечь за собой нарушение менструального цикла.

В целом, рекомендации Экспертной рабочей группы могут быть сведены к трем основным пунктам:

Если женщина пропустила очередной прием активной (гормональной) таблетки, то в таком случае ей рекомендуется принять пропущенную таблетку как можно раньше.

- ▲ Если женщина пропустила очередной прием гормональной противозачаточной таблетки, то в этом случае вероятность наступления беременности будет зависеть не только от количества пропущенных таблеток, но и от того, на каком этапе менструального цикла был пропущен очередной прием контрацептива. Основываясь на данных об овуляторном цикле, Экспертная рабочая группа установила, что пропуск очередного приема 3 и более активных (гормональных) таблеток (2 и более таблеток для этинилэстрадиоловых таблеток в дозировке 20 и менее мкг) в любой момент менструального цикла требует принятия дополнительных мер предосторожности. Наибольший риск наступления беременности присутствует в том случае, когда пропуск очередного приема гормонального контрацептива приходится на начало или конец серии активных гормональных таблеток, т.е. в том случае, когда период нулевого гормонального воздействия увеличивается.
- ▲ Ограниченный объем фактических данных о применении этинилэстрадиоловых таблеток указывает на возможное возрастание риска наступления незапланированной беременности при пропуске очередного приема таблеток в дозировке 20 мкг в сравнении с таблетками в дозировке 30-35 мкг. Соответственно, Экспертная рабочая группа рекомендует соблюдать большую осторожность при использовании таблеток этинилэстрадиола в дозировке 20 и менее мкг, нежели при приеме таблеток в других дозировках.
- ▲ Опыт практического опробования первого издания «Свода практических рекомендаций по применению средств контрацепции» указал на необходимость упрощения формулировок рекомендаций по приему «пропущенных таблеток».

Вопрос в рамках систематического обзора

Какое влияние оказывает пропуск очередного приема гормональных контрацептивов в различные дни менструального цикла на выраженность противозачаточного эффекта? **Уровень доказанности:** I, удовлетворительно, косвенное подтверждение.

Литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

1. Chowdhury V et al. "Escape" ovulation in women due to the missing of low-dose combination oral contraceptive pills. *Contraception*, 1980, 22:241-247.
2. Creinin MD et al. The effect of extending the pill-free interval on follicular activity: triphasic norgestimate/35 micro g ethinyl estradiol versus monophasic levonorgestrel/20 micro g ethinyl estradiol. *Contraception*, 2002, 66:147-152.
3. Elomaa K, Lahteenmaki P. Ovulatory potential of preovulatory sized follicles during oral contraceptive treatment. *Contraception*, 1999, 60:275-279.
4. Elomaa et al. Omitting the first oral contraceptive pills of the cycle does not automatically lead to ovulation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1998, 179:41-46.
5. Hamilton CJ, Hoogland HJ. Longitudinal ultrasonographic study of the ovarian suppressive activity of a low-dose triphasic oral contraceptive during correct and incorrect pill intake. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1989, 151:1159-1162.
6. Hedon B et al. Ovarian consequences of the transient interruption of combined oral contraceptives. *International Journal of Fertility*, 1992, 37:270-276.
7. Killick SR. Ovarian follicles during oral contraceptive cycles: their potential for ovulation. *Fertility and Sterility*, 1989, 52:580-582.
8. Killick SR et al. Extending the duration of the pill-free interval during combined oral contraception. *Advances in Contraception*, 1990, 6:33-40.
9. Landgren BM, Csemiczky G. The effect of follicular growth and luteal function of "missing the pill". A comparison between a monophasic and a triphasic combined oral contraceptive. *Contraception*, 1991, 43:149-159.
10. Landgren BM, Diczfalusi E. Hormonal consequences of missing the pill during the first two days of three consecutive artificial cycles. *Contraception*, 1984, 29:437-446.
11. Letterie GS. A regimen of oral contraceptives restricted to the periovulatory period may permit folliculogenesis but inhibit ovulation. *Contraception*, 1998, 57:39-44.
12. Letterie GS, Chow GE. Effect of "missed" pills on oral contraceptive effectiveness. *Obstetrics and Gynecology*, 1992, 79:979-982.
13. Molloy BG et al. "Missed pill" conception: fact or fiction? *British Medical Journal*, (Clinical Research Edition), 1985, 290:1474-1475.
14. Morris SE et al. Studies on low-dose oral contraceptives: plasma hormone changes in relation to deliberate pill ('Microgynon 30') omission. *Contraception*, 1979, 20:61-69.
15. Nuttall ID et al. The effect of ethinyl estradiol 20 mcg and levonorgestrel 250 mcg on the pituitary-ovarian function during normal tablet-taking and when tablets are missed. *Contraception*, 1982, 26:121-135.
16. Spona J et al. Shorter pill-free interval in combined oral contraceptives decreases follicular development. *Contraception*, 1996, 54:71-77.

17. Sullivan H et al. Effect of 21-day and 24-day oral contraceptive regimens containing gestodene (60 microg) and ethinyl estradiol (15 microg) on ovarian activity. *Fertility and Sterility*, 1999, 72:115-120.
18. Tayob Y et al. Ultrasound appearance of the ovaries during the pill-free interval. *British Journal of Family Planning*, 1990, 16:94-96.
19. van der Spuy ZM, Sohnus U, Pienaar CA, Schall R. Gonadotropin and estradiol secretion during the week of placebo therapy in oral contraceptive pill users. *Contraception*, 1990, 42:597-609.
20. van Heusden AM, Fauser BC. Activity of the pituitary-ovarian axis in the pill-free interval during use of low-dose combined oral contraceptives. *Contraception*, 1999, 59:237-243.
21. Wang E et al. Hormonal consequences of "missing the pill". *Contraception*, 1982, 26:545-566.

Другие источники

1. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal*, 2000, 321:1259-1262.
2. Wilcox AJ, Dunson DB, Weinberg CR, Trussell J, Baird DD. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*, 2001, 63:211-215.

Основные неразрешенные вопросы

Каким образом количество пропущенных таблеток КОК и время, на которое приходится пропуск очередного приема контрацептива, влияют на степень риска возникновения беременности? Существуют ли какие-либо различия в данном отношении между отдельными лицами и группами населения?

Насколько точно пользователи КОК понимают содержание указаний по приему гормональных противозачаточных таблеток и следуют таким инструкциям, включая использование дополнительного способа контрацепции при пропуске приема очередной таблетки?

Способствует ли сокращение длительности периодов нулевого гормонального воздействия существенному возрастанию вероятности наступления беременности?

Возможно ли компенсировать пропуск очередного приема КОК, содержащего 30-35 мг этинилэстрадиола, приемом аналогичного КОК, содержащего меньшую дозу эстрогена, в особенности, в тех случаях, когда требуется применение дополнительного противозачаточного средства?

Насколько точно можно прогнозировать риск возникновения беременности при использовании КОК, опираясь на результаты ультразвукового обследования, анализа содержания гормонов в крови и исследования состава цервикальной слизи?

Каковы наиболее эффективные методы консультирования и других методов передачи информации, обеспечивающие максимально последовательное, правильное и регулярное пользование комбинированными оральными контрацептивами?



Что можно предпринять в случае, если женщина пропустила очередной прием противозачаточной таблетки прогестогенового ряда?

18. Что можно предпринять в случае, если женщина пропустила очередной прием противозачаточной таблетки прогестогенового ряда?

Если у женщины имеется регулярный менструальный цикл (в эту категорию относятся также женщины, имеющие ребенка на грудном вскармливании) И промедление в приеме одной или более таблеток составляет более 3 часов, то

- ▲ В этом случае женщине необходимо:
 - Как можно раньше принять одну таблетку контрацептива.
 - Продолжать принимать таблетки по обычной схеме, т.е. по одной таблетке в день.
 - Воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительное противозачаточное средство в течение последующих 2 дней.
- ▲ При необходимости, женщина может прибегнуть к неотложной контрацепции.

Если женщина (i) имеет ребенка на грудном вскармливании, (ii) у нее отсутствует менструальный цикл И промедление в приеме одной или более таблеток составляет более 3 часов, то

- ▲ В этом случае женщине необходимо:
 - Как можно раньше принять одну таблетку контрацептива
 - Продолжать принимать таблетки по обычной схеме, т.е. по одной таблетке в день.
- ▲ Если продолжительность послеродового периода не превышает 6 месяцев, то в этом случае применения дополнительного метода контрацепции не требуется.

Примечания

По мнению экспертной рабочей группы, нерегулярный или неправильный прием противозачаточных таблеток является основной причиной наступления нежеланной беременности. Эксперты подчеркивают важность ежедневного приема ПТП примерно в одно и то же время суток. Считается, что надежный противозачаточный эффект (изменение свойств цервикальной слизи) обеспечивается по прошествии примерно 48 часов после начала приема ПТП.

Вопрос в рамках систематического обзора

Каким образом пропуск приема ПТП в различные дни менструального цикла влияет на выраженность противозачаточного эффекта?

Литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

Узкоспециальной справочной литературы по данному вопросу авторами найдено не было.

Другие источники

1. McCann MF, Potter LS. Progestin-only oral contraception: a comprehensive review. *Contraception*, 1994, 50 (6 Suppl 1):S1-195.

Основные неразрешенные вопросы

Каким образом количество пропущенных таблеток и время, на которое приходится пропуск очередного приема ПТП, влияют на риск возникновения нежеланной беременности?

Если женщина пропускает прием очередной таблетки ПТП, то является ли 48-часовой период приема ПТП под прикрытием дополнительного средства контрацепции достаточным для полного восстановления противозачаточного эффекта ПТП? Влияет ли количество пропущенных таблеток на показания к применению вспомогательного метода контрацепции?

Насколько четко женщины, пользующиеся ПТП, понимают и выполняют указания по приему таблеток, включая инструкции по использованию дополнительного метода контрацепции при пропуске очередного приема ПТП?

Насколько точно можно прогнозировать риск возникновения беременности при использовании ПТП, опираясь на результаты ультразвукового обследования, гормональных исследований и анализа состава цервикальной слизи?

Каковы наиболее эффективные методы врачебного консультирования и разъяснительной работы, позволяющие обеспечить последовательное, грамотное и регулярное пользование ПТП?

Проблемы, возникающие в процессе применения методов контрацепции

Рвота и/или диарея

19. Что может предпринять женщина при рвоте и/или тяжелой диарее, возникающей в результате приема комбинированных оральных контрацептивов (КОК) или противозачаточных таблеток прогестогенового ряда (ПТП)?
20. Что может предпринять женщина для профилактики тошноты и рвоты при приеме таблеток для неотложной контрацепции (ТНК)?
21. Что может предпринять женщина при рвоте, возникающей в результате приема таблеток для неотложной контрацепции (ТНК)?

Нарушения менструального цикла

22. Что можно предпринять при нарушениях менструального цикла, вызванных использованием инъекционных контрацептивов прогестогенового ряда (ИКП) - медроксипрогестерона ацетата продолжительного действия (МПАПД) или норэтистерона энантата (НЭЭ)?
23. Что можно предпринять при нарушениях менструального цикла, вызванных вживлением противозачаточного имплантата?
24. Что можно предпринять при нарушениях менструального цикла, возникающих при установке медьсодержащей внутриматочной спирали?
25. Что можно предпринять при нарушениях менструального цикла, возникающих при установке левоноргестрел-содержащей внутриматочной спирали?

Воспалительные заболевания органов малого таза

26. Что можно предпринять при обнаружении у женщины, пользующейся медьсодержащей внутриматочной спиралью, воспалительного заболевания органов малого таза (ВЗОМТ)?
27. Что можно предпринять при обнаружении у женщины, пользующейся левоноргестрел-содержащей внутриматочной спиралью, воспалительного заболевания органов малого таза (ВЗОМТ)?

Беременность

28. Что следует предпринять при обнаружении беременности у женщины, пользующейся медьсодержащей ВМС?
29. Что следует предпринять при обнаружении беременности у женщины, пользующейся левоноргестрел-содержащей ВМС?

19

Что может предпринять женщина при рвоте и/или тяжелой диарее, возникающей в результате приема комбинированных оральных контрацептивов или противозачаточных таблеток прогестогенового ряда?

19. Что может предпринять женщина при рвоте и/или тяжелой диарее, возникающей в результате приема комбинированных оральных контрацептивов (КОК) или противозачаточных таблеток прогестогенового ряда (ПТП)?

Возникновение рвоты (любой этиологии) в течение 2 часов после приема активной (гормональной) таблетки.

- ▲ В этом случае женщине следует принять еще одну активную таблетку.

Возникновение сильной рвоты или диареи, длящейся в течение 24-х и более часов.

- ▲ В этом случае женщине следует продолжить прием таблеток (если это возможно) несмотря на испытываемый физический дискомфорт.
- ▲ Если сильная рвота или диарея продолжаются в течение 2 и более дней, женщине следует начать прием контрацептива по схеме, рекомендуемой в случаях, когда пропущен прием очередной таблетки (таблеток).

Примечания

В то время как экспертная рабочая группа не обнаружила каких-либо прямых доказательных фактов, позволяющих найти ответ на поставленный вопрос, однако, по мнению экспертов, причины данного явления аналогична причине, вызывающей рвоту и диарею при пропуске очередной таблетки контрацептива.

Вопрос в рамках систематического обзора

Какое влияние оказывает рвота или диарея, возникающая при приеме КОК или ПТП, на надежность противозачаточного эффекта? **Уровень доказанности:** I, удовлетворительно, косвенное подтверждение.

Литература, использованная при систематическом обзоре

1. Elomaa K, Ranta S, Tuominen J, Lahteenmaki P. Charcoal treatment and risk of escape ovulation in oral contraceptive users. *Human Reproduction*, 2001, 16:76-81.

Основные неразрешенные вопросы

Является ли возникновение сильной рвоты и/или диареи достаточным основанием для перехода к схеме приема контрацептива, рекомендуемой в случаях, когда женщина пропустила прием очередной таблетки?



Что может предпринять женщина для профилактики тошноты и рвоты, возникающей при приеме таблеток для неотложной контрацепции?

20. Что может предпринять женщина для профилактики тошноты и рвоты, возникающей в результате приема таблеток для неотложной контрацепции (ТНК)?

- ▲ Левоноргестрел-содержащие ТНК обладают тем преимуществом перед комбинированными эстроген-прогестогеновыми ТНК, что они реже вызывают тошноту и рвоту при приеме.
- ▲ Регулярное употребление противорвотных средств перед приемом ТНК не рекомендуется. В зависимости от наличия тех или иных препаратов, а также оценки состояния женщины лечащим врачом, в некоторых случаях допускается назначение соответствующих противорвотных средств.

Примечания

Экспертная рабочая группа отмечает, что прием ТНК в большинстве случаев не вызывает появления тошноты или рвоты, и предсказать развитие этих явлений у той или иной женщины очень трудно. Хотя эксперты не рекомендуют употреблять противорвотные средства всякий раз перед приемом ТНК, тем не менее, в некоторых случаях применение противорвотных препаратов является эффективным и оправданным.

При принятии решения относительно назначения противорвотного препарата женщине, принимающей ТНК, следует принимать во внимание следующие обстоятельства:

- ▲ Эстроген-прогестогеновые ТНК гораздо чаще вызывают появление тошноты и рвоты при приеме, нежели левоноргестрел-содержащие ТНК.
- ▲ Имеющиеся фактические данные свидетельствуют о том, что противорвотные средства могут быть эффективными в борьбе с тошнотой и рвотой, возникающей при приеме комбинированных эстроген-прогестогеновых ТНК.
- ▲ Противорвотные средства обладают своими побочными эффектами.
- ▲ Противорвотные средства могут отсутствовать в свободной продаже.

Учитывая имеющиеся фактические данные (объем которых на данный момент является ограниченным), Экспертная рабочая группа отмечает, что установить, насколько прием ТНК во время еды снижает вероятность возникновения тошноты и рвоты при применении препарата, в настоящее время невозможно.

Вопрос в рамках систематического обзора

Существуют ли доказательные факты, касающиеся профилактики тошноты и рвоты при приеме ТНК?
Уровень доказанности: I, хорошо, прямое подтверждение.

Литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

1. Anonymous. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. *Lancet*, 1998, 352:428-433.
2. Arowojolu AO, Okewole IA, Adekunle AO. Comparative evaluation of the effectiveness and safety of two regimens or levonorgestrel for emergency contraception in Nigerians. *Contraception*, 2002, 66:269-273.
3. Ellertson et al. Modifying the Yuzpe regimen of emergency contraception: a multicenter randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, 2003, 101:1160-1167.
4. Ho PC, Kwan MS. A prospective randomized comparison of levonorgestrel with the Yuzpe regimen in post-coital contraception. *Human Reproduction*, 1993, 8:389-392.
5. Ragan RE, Rock RW, Buck HW. Metoclopramide pretreatment attenuates emergency contraceptive-associated nausea. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2003, 188:330-333.

6. Raymond EG et al. Meclizine for prevention of nausea associated with use of emergency contraceptive pills: a randomized trial. *Obstetrics and Gynecology*, 2000, 95:271-277.
7. Shochet T et al. Side effects of the Yuzpe regimen of emergency contraceptive pills and two modifications. *Contraception*, 2004, 69:301-307.
8. von Hertzen H et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicenter randomized trial. *Lancet*, 2002, 360:1803-1810.

Основные неразрешенные вопросы

Каковы наиболее эффективные методы профилактики и лечения тошноты и рвоты, возникающей при приеме ТНК?



Что может предпринять женщина при рвоте, возникающей в связи с приемом таблеток для неотложной контрацепции?

21. Что может предпринять женщина при рвоте, возникающей в связи с приемом таблеток для неотложной контрацепции (ТНК)?

Возникновение рвоты в течение 2 часов после приема разовой ТНК

- ▲ В этом случае женщине рекомендуется как можно быстрее принять повторную дозу ТНК. При применении комбинированных эстроген-прогестогеновых ТНК можно предварить повторный прием ТНК употреблением противорвотного средства.
- ▲ При непрекращающейся рвоте повторная доза ТНК может быть введена вагинальным путем.

Примечания

Экспертная рабочая группа отмечает, что эстроген-прогестогеновые ТНК чаще вызывают появление тошноты и рвоты при приеме, нежели левоноргестрел-содержащие ТНК.

По мнению Экспертной рабочей группы, двух часов вполне достаточно для всасывания гормона из ЖКТ в кровь, и возникновение рвоты по прошествии 2 часов не требует принятия каких-либо ответных мер.

Вопрос в рамках систематического обзора

Каким образом рвота или диарея, возникающие при приеме ТНК, влияют на выраженность контрацептивного эффекта данного средства?

Литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

Какой-либо узкоспециальной литературы по данному вопросу не обнаружено.

Основные неразрешенные вопросы

Приводит ли рвота, возникающая в течение 2 часов после приема ТНК, к существенному снижению противозачаточного эффекта данного средства контрацепции.



Что можно предпринять при нарушениях менструального цикла, вызванных использованием инъекционных контрацептивов прогестогенового ряда (ИКП) – медроксипрогестерона ацетата продолжительного действия (МПАПД) или норэтистерона энантата (НЭЭ)?

22. Что можно предпринять при нарушениях менструального цикла, вызванных использованием инъекционных контрацептивов прогестогенового ряда (ИКП) – медроксипрогестерона ацетата продолжительного действия (МПАПД) или норэтистерона энантата (НЭЭ)?

Аменорея

- ▲ Аменорея не требует какого-либо специального лечения. В таких случаях достаточно консультации врача.
- ▲ Если женщина испытывает психологический дискомфорт в связи с отсутствием месячных, то в этом случае ей следует прекратить использование инъекционного контрацептива. При этом врач должен помочь женщине подобрать более подходящий для нее метод контрацепции.

Мажущие кровянистые выделения или легкое кровотечение

- ▲ Появление мажущих кровянистых выделений или легкого кровотечения является распространенным явлением при использовании ИКП (в особенности, после первой инъекции) и не представляет опасности для здоровья.
- ▲ При непрекращающихся кровянистых выделениях или кровотечении, а также при появлении кровотечения после периода аменореи следует исключить наличие гинекологической патологии. Если обследование выявляет наличие гинекологического заболевания, то в этом случае необходимо назначить соответствующее лечение или направить женщину в специализированное медицинское учреждение.
- ▲ Если у пациентки обнаруживается ИППП или ВЗОМТ, то она может продолжить получать инъекции контрацептива параллельно с лечением выявленного заболевания. При этом женщине и ее половому партнеру рекомендуется пользоваться презервативом.
- ▲ Если подозрение на наличие гинекологической патологии не подтверждается, и женщина испытывает психологический дискомфорт в связи с непрекращающимися кровянистыми выделениями, то в этом случае ей следует прекратить использование инъекционного контрацептива. При этом врач должен помочь женщине подобрать более приемлемый для нее метод контрацепции.

Интенсивное или затяжное кровотечение (более 8 дней или в 2 раза дольше обычной продолжительности менструального кровотечения)

- ▲ В этом случае врач должен объяснить пациентке, что интенсивное или затяжное кровотечение нередко сопровождает течение первого инъекционного цикла.
- ▲ При непрекращающемся кровотечении интенсивного или затяжного характера следует исключить наличие гинекологической патологии. Если обследование выявляет наличие гинекологического заболевания, то в этом случае необходимо назначить соответствующее лечение или направить женщину в соответствующее медицинское учреждение.
- ▲ Если кровотечение начинает представлять угрозу для здоровья женщины или она испытывает острый психологический дискомфорт по причине непрекращающегося кровотечения, то в этом случае следует прекратить использование инъекционного контрацептива, и врач должен помочь женщине подобрать более приемлемый для нее метод контрацепции. При этом пациентке может быть показано кратковременное лечение этинилэстрадиолом.
- ▲ В целях профилактики анемии следует назначить препараты железа и/или порекомендовать женщине включать в рацион больше продуктов, богатых железом.

Примечания

Экспертная рабочая группа отмечает, что нарушения менструального цикла нередко сопровождают прием ИКП, и информирование пациентки о возможности появления таких нарушений еще до начала использования ИКП играет важную роль в смягчении психологического дискомфорта, испытываемого женщиной, и создании стимула для продолжения использования данного метода контрацепции.

Экспертная группа провела анализ имеющегося опыта (который на настоящий момент является довольно ограниченным) лечения нарушений менструального цикла, возникающих при применении ИКП, и пришла к заключению, что лечение легкого или интенсивного кровотечения с помощью эстрогенных или нестероидных противовоспалительных препаратов (NSAID) приводит лишь к кратковременному улучшению состояния или имеет практически нулевой эффект. Экспертная рабочая группа установила, что использование этинилэстрадиола в целях промежуточного краткосрочного лечения кровотечения, начинающего представлять угрозу для здоровья женщины (отказавшейся от применения инъекционного метода контрацепции) приводило лишь к незначительному снижению количества дней, в течение которых у женщины наблюдаются мажущие или легкие кровянистые выделения.

Вопрос в рамках систематического обзора

Имеются ли документальное подтверждение эффективности тех или иных схем лечения нарушений менструального цикла, возникающих при использовании ИКП? **Уровень доказанности:** I, удовлетворительно, косвенное подтверждение.

Литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

1. Goldberg AB et al. Postabortion depot medroxyprogesterone acetate continuation rates: a randomized trial of cyclic estradiol. *Contraception*, 2002, 66:215-220.
2. Harel Z et al. Supplementation with vitamin C and/or vitamin B(6) in the prevention of Depo-Provera side effects in adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 2002, 15:153-158.
3. Jain JK et al. Mifepristone for the prevention of breakthrough bleeding in new starters of depo-medroxyprogesterone acetate. *Steroids*, 2003, 68:1115-1119.
4. Parker RA, McDaniel EB. The use of quinesterol for the control of vaginal bleeding irregularities caused by DMPA. *Contraception*, 1980, 22:1-7.
5. Said S et al. Clinical evaluation of the therapeutic effectiveness of ethinyl oestradiol and oestrone sulphate on prolonged bleeding in women using depot medroxyprogesterone acetate for contraception. World Health Organization, Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, Task Force on Long-acting Systemic Agents for Fertility Regulation. *Human Reproduction*, 1996, 11:1-13.
6. Sapire KE. A study of bleeding patterns with two injectable contraceptives given post-partum and the effect of two nonhormonal treatments. *Advances in Contraception*, 1991, 7:379-387.

Основные неразрешенные вопросы

Каков механизм возникновения нарушений менструального цикла при применении инъекционных контрацептивов прогестогенового ряда и какова оптимальная методика лечения таких нарушений?

Каковы наиболее эффективные методы врачебного консультирования и повышения информированности пациентов, позволяющие оказать необходимую помощь женщинам с аномальными кровотечениями?



Что можно предпринять при нарушениях менструального цикла, возникающих при вживлении противозачаточного имплантата?



23. Что можно предпринять при нарушениях менструального цикла, вызванных вживлением противозачаточного имплантата?

Примечание: нижеследующие рекомендации разработаны с учетом имеющейся информации о существующих имплантатах левоноргестрелового ряда («Норплант», «Джаделл») и действуют только в отношении таких имплантатов. Степень, в которой эти рекомендации могут быть применимы к этоноргестреловым имплантатам («Импланон»), на настоящий момент неизвестна.

Аменорея

- ▲ Аменорея не требует какого-либо специального лечения. В таких случаях достаточно консультации врача.
- ▲ Если женщина испытывает психологический дискомфорт в связи с отсутствием месячных, то в этом случае следует удалить имплантат. При этом врач должен помочь женщине подобрать более подходящий для нее метод контрацепции.

Мажущие кровянистые выделения или легкое кровотечение

- ▲ Появление мажущих кровянистых выделений или легкого кровотечения является распространенным явлением при пользовании противозачаточным имплантатом (в особенности, в течение первого года) и не представляет никакой опасности для здоровья.
- ▲ При непрекращающихся кровянистых выделениях или кровотечении, а также при появлении кровотечения после периода аменореи следует исключить наличие гинекологической патологии. Если обследование выявляет наличие гинекологического заболевания, то в этом случае необходимо назначить соответствующее лечение или направить женщину в специализированное медицинское учреждение.
- ▲ Если у пациентки обнаруживается ИППП или воспаление органов малого таза, то она может продолжать пользоваться имплантатом параллельно с лечением выявленного заболевания. При этом на период лечения женщине и ее половому партнеру рекомендуется пользоваться презервативом.
- ▲ Если подозрение на наличие гинекологической патологии не подтверждается, и женщина настаивает на лечении нарушения менструального цикла, то в этом случае в распоряжении врача имеются два возможных варианта:

- Негормональная терапия: используются нестероидные противовоспалительные препараты (НСПВП)
- Гормональная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний): применяются малые дозы КОК или этинилэстрадиол

- ▲ Если пациентка отказывается от лечения нарушений менструального цикла или лечение оказывается неэффективным, и женщина испытывает психологический дискомфорт в связи с отсутствием месячных, то в этом случае следует удалить имплантат. При этом врач должен помочь женщине подобрать более приемлемый для нее метод контрацепции.

Интенсивное или затяжное кровотечение (более 8 дней или в 2 раза дольше обычной продолжительности менструального кровотечения)

- ▲ При интенсивном или затяжном кровотечении следует исключить наличие гинекологической патологии. Если обследование выявляет наличие гинекологического заболевания, то в этом случае необходимо назначить соответствующее лечение или направить женщину в специализированное медицинское учреждение.
- ▲ Если подозрение на наличие гинекологической патологии не подтверждается, и женщина настаивает на лечении нарушения менструального цикла, то в этом случае в распоряжении врача имеются два возможных варианта:

- Негормональная терапия: используются нестероидные противовоспалительные препараты (НСПВП)
- Гормональная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний): применяются

малые дозы КОК или этинилэстрадиол

- ▲ Если пациентка отказывается от лечения нарушений менструального цикла или лечение оказывается неэффективным, и кровотечение начинает представлять угрозу для здоровья женщины или она испытывает острый психологический дискомфорт в связи с непрекращающимся кровотечением, то в этом случае следует удалить имплантат. При этом врач должен помочь женщине подобрать более приемлемый для нее метод контрацепции.

Примечания

Экспертная рабочая группа отмечает, что вживление противозачаточных имплантатов нередко сопровождается нарушением менструального цикла, и информирование пациентки о возможности появления таких нарушений еще до начала использования данного метода контрацепции играет важную роль в смягчении психологического дискомфорта, испытываемого женщиной, и создании стимула для дальнейшего пользования данным методом контрацепции.

Экспертная группа провела анализ имеющегося опыта (который на настоящий момент является довольно ограниченным) лечения легких или интенсивных кровотечений и установила, что следующие лекарственные препараты дают умеренный терапевтический эффект:

- ▲ Негормональная терапия: нестероидные противовоспалительные препараты (НСПВП)
 - Ибупрофен
 - Мефенаминовая кислота
- ▲ Гормональная терапия:
 - КОК
 - Этинилэстрадиол

Вопрос в рамках систематического обзора

Имеются ли документальные подтверждения эффективности тех или иных схем лечения нарушений менструального цикла, возникающих при использовании имплантата? **Уровень доказанности** – I, хорошо, прямое подтверждение.

Литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

1. Alvarez-Sanchez F, Brache V, Thevenin F, Cochon L, Faundes A. Hormonal treatment for bleeding irregularities in Norplant implant users. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1996, 174:919-922.
2. Boonkasemsanti W et al. The effect of transdermal oestradiol on bleeding patterns, hormonal profiles and sex steroid receptor distribution in the endometrium of Norplant users. *Human Reproduction*, 1996, 11:115-123.
3. Cheng L, Zhu H, Wang A, Ren F, Chen J, Glasier A. Once a month administration of mifepristone improves bleeding patterns in women using subdermal contraceptive implants releasing levonorgestrel. *Human Reproduction*, 2000, 15:1969-72.
4. d'Aracanges C et al. Effectiveness and acceptability of Vitamin E and low-dose aspirin, alone or in combination, on Norplant-induced prolonged bleeding. *Contraception*, 1990, 42:97-109.
5. Diaz S et al. Clinical assessment of treatments for prolonged bleeding in users of Norplant implants. *Contraception*, 1990, 42:97-109.
6. Glasier AF et al. Clinical assessment of treatments for prolonged bleeding in users of Norplant implants.

Contraception, 1990, 42:97-109.

7. Kaewrudee S et al. The effect of mefenamic acid on controlling irregular uterine bleeding secondary to Norplant use. *Contraception*, 1999, 60:25-30.
8. Subakir SB et al. Benefits of vitamin E supplementation to Norplant users – in vitro and in vivo studies. *Toxicology*, 2000, 148:173-8.
9. Witjaksono J et al. Oestrogen treatment for increased bleeding in Norplant users: preliminary results. *Human Reproduction*, 1996, 11 (Suppl. 2):109-114.

Основные неразрешенные вопросы

Каков механизм возникновения нарушений менструального цикла при применении этоноргестреловых и левоноргестреловых имплантатов и какова оптимальная методика лечения таких нарушений?

Каковы наиболее эффективные методы врачебного консультирования и другие способы общения с пациентом, позволяющие оказать необходимую помощь женщинам с нарушением менструального цикла?



Что можно предпринять при нарушениях менструального цикла, возникающих при установке медьсодержащей внутриматочной спирали?

24. Что можно предпринять при нарушениях менструального цикла, возникающих при установке медьсодержащей внутриматочной спирали (ВМС)?

Мажущие кровянистые выделения или легкое кровотечение

- ▲ В течение первых 3-6 месяцев после установки медьсодержащей ВМС могут возникать мажущие кровянистые выделения или легкое кровотечение, которые не представляют никакой опасности для здоровья женщины, и их выраженность со временем, как правило, уменьшается.
- ▲ Если женщина настаивает на устранении возникшего нарушения менструального цикла, врач может назначить короткий курс лечения нестероидными противовоспалительными препаратами (НСПВП) в период кровотечения.
- ▲ При непрекращающихся кровянистых выделениях или кровотечении следует исключить наличие гинекологической патологии. Если обследование выявляет наличие гинекологического заболевания, то в этом случае необходимо назначить соответствующее лечение или направить женщину в специализированное медицинское учреждение.
- ▲ Если подозрение на наличие гинекологической патологии не подтверждается, и женщина испытывает дискомфорт в связи с непрекращающимся кровотечением, то в этом случае следует удалить ВМС и помочь женщине подобрать более приемлемый для нее метод контрацепции.

Интенсивное или затяжное кровотечение, продолжительность которого превышает обычную продолжительность менструального кровотечения

- ▲ В течение первых 3-6 месяцев после установки медьсодержащей ВМС могут возникать кровотечения интенсивного или затяжного характера, которые не представляют никакой опасности для здоровья женщины и их выраженность со временем, как правило, уменьшается.
- ▲ При необходимости, врач может рекомендовать женщине принимать в дни менструального кровотечения следующие препараты:
 - Нестероидные противовоспалительные препараты (НСПВП)
 - Транэксаминовая кислота (гемостатический препарат)Принимать аспирин в таких случаях НЕ рекомендуется.
- ▲ При подозрении на наличие гинекологической патологии следует провести соответствующее обследование. Если обследование выявляет наличие гинекологического заболевания, то в этом случае необходимо назначить соответствующее лечение или направить женщину в специализированное медицинское учреждение.
- ▲ Если кровотечение начинает представлять угрозу для здоровья женщины, в особенности при появлении клинических признаков анемии, или если женщина испытывает острый дискомфорт в связи с непрекращающимся кровотечением, то в этом случае следует удалить ВМС и помочь женщине подобрать более приемлемый для нее метод контрацепции.
- ▲ В целях профилактики анемии следует назначить препараты железа и/или посоветовать женщине включать в рацион больше продуктов, богатых железом.

Примечания

Экспертная рабочая группа отмечает, что установка ВМС нередко сопровождается нарушениями менструального цикла в течение последующих 3-6 месяцев и лечение таких нарушений с применением соответствующих препаратов в период кровотечения может иногда давать желаемый эффект. По заключению экспертной группы, использовать аспирин в качестве средства борьбы с нарушениями менструального цикла, вызванными установкой ВМС, не рекомендуется в связи с риском возможного усугубления характера кровотечения.

Вопрос в рамках систематического обзора

Имеются ли документальные подтверждения эффективности тех или иных схем лечения нарушений менструального цикла, возникающих при установке ВМС. **Уровень доказанности:** I, удовлетворительно, прямое подтверждение.

Литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

1. Anteby SO, Yarkoni S, Ever HP. The effect of a prostaglandin synthetase inhibitor, indomethacin, on excessive uterine bleeding. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, 1985, 12:60-63.
2. Bahari CM et al. Menorrhagia associated with the wearing of IUD – the results of treatment with clomiphene citrate. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 1982, 14:179-185.
3. Davies AJ. Reduction of menstrual blood loss by naproxen in intrauterine contraceptive device users. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 1980, 17:353-354.
4. Davies AJ, Anderson AB, Turnbull AC. Reduction by naproxen of excessive menstrual bleeding in women using intrauterine devices. *Obstetrics & Gynecology*, 1981, 57:74-78.
5. Di Lieto A et al. Action of a prostaglandin synthetase inhibitor on IUD associated uterine bleeding. *Clinical & Experimental Obstetrics & Gynecology*, 1987, 14:41-44.
6. Guillebaud J, Anderson AB, Turnbull AC. Reduction by mefenamic acid of increased menstrual blood loss associated with intrauterine contraception. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1978, 85:53-62.
7. Harrison RF, Campbell S. A double-blind trial of ethamsylate in the treatment of primary and intrauterine-device menorrhagia. *Lancet*, 1976, 2:283-285.
8. Makarainen L, Ylikorkala O. Ibuprofen prevents IUCD-induced increases in menstrual blood loss. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1986, 93:285-288.
9. Pedron N, Lozano M, Gallegos AJ. The effect of acetylsalicylic acid on menstrual blood loss in women with IUDs. *Contraception*, 1987, 36:295-303.
10. Randic L, Haller H. Ectopic pregnancy among past IUD users. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 1992, 38:299-304.
11. Roy S, Shaw ST, Jr. Role of prostaglandins in IUD-associated uterine bleeding - effect of a prostaglandin synthetase inhibitor (ibuprofen). *Obstetrics & Gynecology*, 1981, 58:101-106.
12. Tauber PF et al. Hemorrhage induced by intrauterine devices: control by local proteinase inhibition. *Fertility and Sterility*, 1977, 28:1375-1377.
13. Tauber PF, Kloppel A, Goodpasture JC, Burns J, Ludwig H, Zaneveld LJ. Reduced menstrual blood loss by release of an antifibrinolytic agent from intrauterine contraceptive devices. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1981, 140:322-328.
14. Topozada M et al. Management of uterine bleeding by PGs or their synthesis inhibitors. *Advances in Prostaglandin and Thromboxane Research*, 1980, 8:1459-1463.
15. Topozada M et al. Control of IUD-induced bleeding by three nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Contraceptive Delivery Systems*, 1982, 3:117-125.

16. Yarkoni S, Anteby SO. Treatment of IUD related menorrhagia by indomethacin. *Clinical & Experimental Obstetrics & Gynecology*, 1984, 11:120-122.
17. Ylikorkala O, Viinikka L. Comparison between antifibrinolytic and antiprostaglandin treatment in the reduction of increased menstrual blood loss in women with intrauterine contraceptive devices. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1983, 90, 90:78-83.
18. Wu S. Randomized multi-center study of baofuxin for treatment of bleeding side-effect induced by IUD. *Reproduction and Contraception*, 2004, 11:152-157.

Основные неразрешенные вопросы

Каковы механизмы развития нарушений менструального цикла при применении ВМС? Каково отличие механизмов развития упомянутых нарушений при применении гормональных и медьсодержащих ВМС?

Какова оптимальная методика лечения нарушений менструального цикла, возникающих при применении гормональных и медьсодержащих ВМС?

Каковы наиболее эффективные методы врачебного консультирования и других способов общения с пациентом, позволяющие оказать необходимую помощь женщинам с аномальными кровотечениями?



Что можно предпринять при нарушениях менструального цикла, возникающих при установке левоноргестрел-содержащей внутриматочной спирали?

25. Что можно предпринять при нарушениях менструального цикла, возникающих при установке левоноргестрел-содержащей внутриматочной спирали (ВМС)?

Аменорея

- ▲ Аменорея не требует какого-либо специального лечения. В таких случаях достаточно консультации врача.
- ▲ Если женщина испытывает психологический дискомфорт в связи с отсутствием месячных, то в этом случае следует удалить ВМС. При этом врач должен помочь женщине подобрать более подходящий для нее метод контрацепции.

Мажущие кровянистые выделения или легкое кровотечение

- ▲ После установки левоноргестрел-содержащей ВМС могут возникать мажущие кровянистые выделения или легкое кровотечение, которые не представляют никакой опасности для здоровья женщины, и их выраженность со временем, как правило, уменьшается.
- ▲ При непрекращающихся кровянистых выделениях или кровотечении следует исключить наличие гинекологической патологии. Если обследование выявляет наличие гинекологического заболевания, то в этом случае необходимо назначить соответствующее лечение или направить женщину в специализированное медицинское учреждение.
- ▲ Если подозрение на наличие гинекологической патологии не подтверждается, и женщина испытывает дискомфорт в связи с непрекращающимся кровотечением, то в этом случае следует удалить ВМС и помочь женщине подобрать более приемлемый для нее метод контрацепции.

Интенсивное или затяжное кровотечение, продолжительность которого превышает обычную продолжительность менструального кровотечения

- ▲ В течение первых 3-6 месяцев после установки левоноргестрел-содержащей ВМС могут возникать кровотечения интенсивного или затяжного характера, которые не представляют никакой опасности для здоровья женщины и их выраженность со временем, как правило, уменьшается.
- ▲ При необходимости, следует исключить наличие гинекологической патологии. Если обследование выявляет наличие гинекологического заболевания, то в этом случае необходимо назначить соответствующее лечение или направить женщину в специализированное медицинское учреждение.
- ▲ Если интенсивность или затяжной характер кровотечения продолжают сохраняться (в особенности, при появлении клинических признаков анемии) или если женщина испытывает дискомфорт в связи с непрекращающимся кровотечением, то в этом случае следует удалить ВМС и помочь женщине подобрать более приемлемый для нее метод контрацепции.
- ▲ В целях профилактики анемии следует назначить препараты железа и/или посоветовать женщине включать в рацион больше продуктов, богатых железом.

Примечания

Экспертная рабочая группа отмечает, что интенсивные или затяжные менструальные кровотечения возникают, в основном, в течение первых 3-6 месяцев после установки ВМС и выраженность таких нарушений уменьшается с течением времени. Оценка эффективности различных вариантов лечения таких нарушений не проводилась.

Вопрос в рамках систематического обзора

Имеются ли документальные подтверждения эффективности тех или иных схем лечения нарушений менструального цикла, возникающих при установке левоноргестрел-содержащей ВМС.

Литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

Какой-либо узкоспециальной литературы по данному вопросу авторами не обнаружено.

Основные неразрешенные вопросы

Каковы механизмы развития нарушений менструального цикла при применении левоноргестрел-содержащей ВМС?

Какова оптимальная методика лечения нарушений менструального цикла, возникающих при применении левоноргестрел-содержащей ВМС?

Каковы наиболее эффективные методы врачебного консультирования и других способов общения с пациентом, позволяющие оказать необходимую помощь женщинам с аномальными кровотечениями?



**Что следует предпринять при обнаружении
воспалительного заболевания органов малого таза у
женщины, пользующейся медьсодержащей ВМС?**

26. Что следует предпринять при обнаружении воспалительного заболевания органов малого таза у женщины, пользующейся медьсодержащей внутриматочной спиралью?

Воспалительное заболевание органов малого таза (ВЗОМТ)

- ▲ Лечение воспалительных заболеваний органов малого таза должно проводиться с применением соответствующих антибиотиков.
- ▲ Если женщина желает и дальше пользоваться медьсодержащей ВМС в качестве средства контрацепции, то в таком случае нет необходимости в ее удалении.
- ▲ Если женщина отказывается от дальнейшего пользования ВМС, то таковая должна быть удалена после начала курса антибиотикотерапии.
- ▲ Если ВМС удаляется, то женщине может быть предложено использование таблеток неотложной контрацепции (если такой метод является для нее приемлемым).
- ▲ Как правило, при отсутствии положительной динамики в лечении инфекции рекомендуется удалить ВМС и продолжить курс антибиотикотерапии. Если ВМС не удаляется, то в этом случае также рекомендуется продолжить лечение антибиотиками. Вне зависимости от выбранной тактики лечения врач должен внимательно следить за состоянием здоровья пациентки.
- ▲ Лечение воспалительных заболеваний органов малого таза должно предусматривать осуществление комплекса мер по борьбе с ИППП, включая пропаганду пользования презервативами.

Примечания

По заключению экспертной группы, удаление ВМС не дает какого-либо дополнительного преимущества при лечении ВЗОМТ, при условии, что назначенный лечебный курс предусматривает использование соответствующих антибиотиков.

Вопрос в рамках систематического обзора

Имеется ли необходимость в удалении ВМС при обнаружении у женщины ВЗОМТ? **Уровень доказанности** – I, удовлетворительно, прямое подтверждение.

Литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

1. Altunyurt S, Demir N, Posaci C. A randomized controlled trial of coil removal prior to treatment of pelvic inflammatory disease. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 2003, 107:81-84.
2. Larsson B, Wennergren M. Investigation of a copper-intrauterine device (Cu-IUD) for possible effect on frequency and healing of pelvic inflammatory disease. *Contraception*, 1977;15:143-149.
3. Söderberg G, Lindgren S. Influence of an intrauterine device on the course of an acute salpingitis. *Contraception*, 1981, 24:137-143.
4. Teisala K. Removal of an intrauterine device and the treatment of acute pelvic inflammatory disease. *Annals of Medicine*, 1989, 21:63-65.

Основные неразрешенные вопросы

Влияет ли решение удалить или оставить на месте ВМС после обнаружения у женщины ВЗОМТ и начал соответствующего лечения на клиническое течение и развитие отдаленных последствий ВЗОМТ (бесплодие, внематочная беременность и синдром хронической тазовой боли)?



**Что следует предпринять при обнаружении
воспалительного заболевания органов малого
таза у женщины, пользующейся
левоноргестрел-содержащей ВМС?**

27. Что следует предпринять при обнаружении воспалительного заболевания органов малого таза у женщины, пользующейся левоноргестрел-содержащей внутриматочной спиралью?

Воспалительное заболевание органов малого таза (ВЗОМТ)

- ▲ Лечение воспалительных заболеваний органов малого таза должно проводиться с применением соответствующих антибиотиков.
- ▲ Если женщина желает и дальше пользоваться левоноргестрел-содержащей ВМС в качестве средства контрацепции, то в таком случае нет необходимости в ее удалении.
- ▲ Если женщина отказывается от дальнейшего пользования левоноргестрел-содержащей ВМС, то таковая должна быть удалена после начала курса антибиотикотерапии.
- ▲ Если ВМС удаляется, то женщине может быть предложено использование таблеток неотложной контрацепции (если такой метод является для нее приемлемым).
- ▲ Как правило, при отсутствии положительной динамики в лечении инфекции рекомендуется удалить ВМС и продолжить курс антибиотикотерапии. Если ВМС не удаляется, то в этом случае также рекомендуется продолжить лечение антибиотиками. Вне зависимости от выбранной тактики лечения врач должен внимательно следить за состоянием здоровья пациентки.
- ▲ Лечение воспалительных заболеваний органов малого таза должно предусматривать осуществление комплекса мер по борьбе с ИППП, включая пропаганду пользования презервативами.

Примечания

По заключению экспертной группы, удаление ВМС не дает какого-либо дополнительного преимущества при лечении ВЗОМТ, при условии, что назначенный лечебный курс предусматривает использование соответствующих антибиотиков.

Приведенные выше рекомендации основываются на доказательных фактах, касающихся применения медь-содержащей ВМС.

Вопрос в рамках систематического обзора

Имеется ли необходимость в удалении левоноргестрел-содержащей ВМС при обнаружении у женщины ВЗОМТ?

Литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

Какой-либо узкоспециальной литературы по данному вопросу авторами не найдено.

Другие источники

1. Altunyurt S, Demir N, Posaci C. A randomized controlled trial of coil removal prior to treatment of pelvic inflammatory disease. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 2003, 107:81-84.
2. Larsson B, Wennergren M. Investigation of a copper-intrauterine device (Cu-IUD) for possible effect on frequency and healing of pelvic inflammatory disease. *Contraception*, 1977;15:143-149.
3. Söderberg G, Lindgren S. Influence of an intrauterine device on the course of an acute salpingitis. *Contraception*, 1981, 24:137-143.

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

Основные неразрешенные вопросы

Влияет ли решение удалить или оставить на месте левоноргестрел-содержащую ВМС после обнаружения у женщины ВЗОМТ и началу соответствующего лечения на клиническое течение и развитие отдаленных последствий ВЗОМТ (бесплодие, внематочная беременность и синдром хронической тазовой боли)?



Что следует предпринять при обнаружении беременности у женщины, пользующейся медьсодержащей ВМС?

28. Что следует предпринять при обнаружении беременности у женщины, пользующейся медьсодержащей ВМС?

Обнаружение беременности у женщины, пользующейся медьсодержащей ВМС

- ▲ Исключить внематочную беременность.
- ▲ Объяснить женщине, что если ВМС будет оставлена на месте, то в этом случае она подвергается риску самопроизвольного выкидыша в первом и втором триместре беременности (включая септический аборт, который может представлять угрозу для жизни женщины) или преждевременных родов. Удаление ВМС снижает вероятность возникновения таких событий, хотя процедура извлечения ВМС сама по себе связана с некоторым риском прерывания беременности.
 - Если данная беременность является для женщины нежеланной, и в распоряжении врача имеются разрешенные законом средства прерывания беременности, то женщина должна быть поставлена об этом в известность.
 - Если женщина решает доносить беременность, врач должен поставить ее в известность о том, что в этом случае она подвергается риску самопроизвольного выкидыша в первом и втором триместре беременности (включая септический аборт, который может представлять угрозу для жизни женщины) или преждевременных родов. Посоветуйте пациентке немедленно обратиться к врачу в случае появления интенсивного кровотечения, судорог, болей, необычных выделений из влагалища или повышения температуры.

Нити ВМС легко обнаруживаются визуально или могут быть безопасно извлечены из цервикального канала

- ▲ Врач должен настоятельно порекомендовать женщине удалить ВМС.
- ▲ Удаление ВМС производится путем осторожного потягивания за нити.
- ▲ Посоветуйте пациентке немедленно обратиться к врачу в случае появления интенсивного кровотечения, судорог, болей, необычных выделений из влагалища или повышения температуры.
- ▲ Если женщина решает оставить ВМС, посоветуйте ей немедленно обратиться к врачу при появлении интенсивного кровотечения, судорог, болей, необычных выделений из влагалища или повышении температуры.

Нити ВМС не обнаруживаются при визуальном осмотре, и удаление ВМС может быть связано с риском для здоровья женщины

- ▲ Проведение ультразвуковой диагностики может помочь в установлении точного местонахождения ВМС. Если ультразвуковое исследование не позволяет обнаружить ВМС, то это может указывать на возможное самопроизвольное изгнание/выпадение спирали.
- ▲ Если ультразвуковая диагностика является по тем или иным причинам невозможной, или проведенное исследование позволяет установить наличие ВМС в маточной полости, то врач должен информировать пациентку о возможных рисках и посоветовать немедленно обратиться за медицинской помощью при появлении интенсивного кровотечения, судорог, болей, необычных выделений из влагалища или повышении температуры.

Примечания

По заключению экспертной группы, удаление ВМС улучшает прогноз относительно исхода беременности при условии, что нити ВМС легко обнаруживаются визуально либо могут быть извлечены из цервикального канала без каких-либо отрицательных последствий, а оставление ВМС на месте будет существенно увеличивать риск возникновения самопроизвольного выкидыша, преждевременных родов и развития инфекции.

Вопрос в рамках систематического обзора

Каков риск возникновения неблагоприятных последствий при удалении медьсодержащей ВМС или оставлении ее на месте? **Уровень доказанности:** II-2; удовлетворительно, прямое подтверждение.

Литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

1. Alviator GosGorTechNadzor, Jr. Pregnancy outcome with removal of intrauterine device. *Obstetrics and Gynecology*, 1973, 41:894-896.
2. Dreishpoon IH. Complications of pregnancy with an intrauterine contraceptive device in situ. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1975, 121:412-423.
3. Fulcheri E, di Capua E, Ragni N. Pregnancy despite IUD; adverse effects on pregnancy evolution and fetus. *Contraception*, 2003, 68:35-38.
4. Kirkinen PS. Ultrasound-controlled removal of a dislocated intrauterine device in the first trimester of pregnancy: a report of 26 cases. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 1992, 2:345-348.
5. Koetsawang S, Rachawat D, Piya-Anant M. Outcome of pregnancy in the presence of intrauterine device. *Acta Obstetrica & Gynecologica Scandinavica*, 1977, 56:479-482.
6. Mermet J et al. Devenir des grossesses sur stérilet et conduite à tenir [Management of pregnancies occurring with an intrauterine device in place]. *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1986, 81:233-235.
7. Shalev J et al. Continuous sonographic monitoring of IUD extraction during pregnancy: preliminary report. *American Journal of Roentgenology*, 1982, 139:521-523.
8. Skjeldestad FE, Hammervold R, Peterson DR. Outcomes of pregnancy with an IUD in situ - a population based case-control study. *Advances in Contraception*, 1988, 4:265-270.
9. Steven JD, Fraser IS. The outcome of pregnancy after failure of an intrauterine contraceptive device. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth*, 1974, 81:282-284.
10. Tatum HJ, Schmidt FH, Jain AK. Management and outcome of pregnancies associated with the Copper T intrauterine contraceptive device. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1976, 126:869-79.
11. Vessey Main pit-shaft et al. Outcome of pregnancy in women using an intrauterine device. *Lancet*, 1974, 1:495-498.

Основные неразрешенные вопросы

Каковы возможные исходы беременности, возникающей в присутствии медьсодержащей ВМС в маточной полости? Каков прогноз относительно исхода беременности в случаях, когда ВМС удаляется из маточной полости в сравнении с прогнозом в случаях, когда ВМС оставляется на месте?



Что следует предпринять при обнаружении беременности у женщины, пользующейся левоноргестрел-содержащей ВМС?

29. Что следует предпринять при обнаружении беременности у женщины, пользующейся левоноргестрел-содержащей ВМС?

Обнаружение беременности у женщины, пользующейся левоноргестрел-содержащей ВМС

- ▲ Исключить внематочную беременность.
- ▲ Объяснить женщине, что если ВМС будет оставлена на месте, то в этом случае она подвергается риску самопроизвольного выкидыша в первом и втором триместре беременности (включая септический аборт, который может представлять угрозу для жизни женщины) или преждевременных родов. Удаление ВМС снижает вероятность возникновения таких событий, хотя процедура извлечения ВМС сама по себе связана с некоторым риском прерывания беременности.
 - Если данная беременность является для женщины нежеланной, и в распоряжении врача имеются разрешенные законом средства прерывания беременности, то женщина должна быть поставлена об этом в известность.
 - Если женщина решает доносить беременность, врач должен поставить ее в известность о том, что в этом случае она подвергается риску самопроизвольного выкидыша в первом и втором триместре беременности (включая септический аборт, который может представлять угрозу для жизни женщины) или преждевременных родов. Посоветуйте пациентке немедленно обратиться к врачу в случае появления интенсивного кровотечения, судорог, болей, необычных выделений из влагалища или повышения температуры.

Нити ВМС легко обнаруживаются визуально или могут быть безопасно извлечены из цервикального канала

- ▲ Врач должен настоятельно порекомендовать женщине удалить ВМС.
- ▲ Удаление ВМС производится путем осторожного потягивания за нити.
- ▲ Посоветуйте пациентке немедленно обратиться к врачу в случае появления интенсивного кровотечения, судорог, болей, необычных выделений из влагалища или повышения температуры.
- ▲ Если женщина решает оставить ВМС, посоветуйте ей немедленно обратиться к врачу при появлении интенсивного кровотечения, судорог, болей, необычных выделений из влагалища или повышении температуры.

Нити ВМС не обнаруживаются при визуальном осмотре, и удаление ВМС может быть связано с риском для здоровья женщины

- ▲ Проведение ультразвуковой диагностики может помочь в установлении точного местонахождения ВМС. Если ультразвуковое исследование не позволяет обнаружить ВМС, то это может указывать на возможное самопроизвольное изгнание/выпадение спирали.
- ▲ Если ультразвуковая диагностика является по тем или иным причинам невозможной, или проведенное исследование позволяет установить наличие ВМС в маточной полости, то врач должен информировать пациентку о возможных рисках и посоветовать немедленно обратиться за медицинской помощью при появлении интенсивного кровотечения, судорог, болей, необычных выделений из влагалища или повышении температуры.

Примечания

По заключению экспертной группы, удаление ВМС улучшает прогноз относительно исхода беременности при условии, что нити ВМС легко обнаруживаются визуально либо могут быть извлечены из цервикального канала без каких-либо отрицательных последствий, а оставление ВМС на месте будет существенно увеличивать риск возникновения самопроизвольного выкидыша, преждевременных родов и развития инфекции.

Приведенные выше рекомендации основывались на доказательных фактах, касающихся применения медьсодержащих ВМС. Также, по мнению Экспертной рабочей группы, существуют теоретические опасения, что плод может подвергаться дополнительному риску в связи с присутствием в составе внутриматочной спирали гормонального компонента. Однако на настоящий момент остается неизвестным, являются ли такие опасения оправданными.

Вопрос в рамках систематического обзора

Каков риск возникновения неблагоприятных последствий при удалении левоноргестрел-содержащей ВМС или оставлении ее на месте? **Уровень доказанности:** II-2; неудовлетворительно, косвенное подтверждение.

Литература, использовавшаяся при систематическом обзоре

1. Backman T et al. Pregnancy during the use of levonorgestrel intrauterine system. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2004, 190:50-54.
2. Fulcheri E, di Capua E, Ragni N. Pregnancy despite IUD; adverse effects on pregnancy evolution and fetus. *Contraception*, 2003, 68:35-38.

Основные неразрешенные вопросы

Оказывается ли отрицательное воздействие на плод в связи с присутствием в составе внутриматочной спирали левоноргестрела?

Вопросы программного характера

30. Какие обследования и анализы должны проводиться в плановом порядке перед принятием решения в пользу того или иного метода контрацепции?
31. Сколько упаковок противозачаточных таблеток (комбинированного типа или прогестогенового ряда) следует назначать женщине при первом и повторном визитах к врачу?
32. Каков должен быть характер диспансерного наблюдения за женщинами, пользующимися комбинированными оральными контрацептивами (КОК), противозачаточными таблетками прогестогенового ряда (ПТП), имплантатами и ВМС?
33. На основании каких признаков можно с достаточной степенью уверенности полагать, что женщина не беременна?



Какие обследования и анализы должны проводиться в плановом порядке перед принятием решения в пользу того или иного метода контрацепции?

30. Какие обследования и анализы должны проводиться в плановом порядке перед принятием решения в пользу того или иного метода контрацепции?

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

Наличие каких-либо заболеваний или других состояний специфического характера может потребовать проведения дополнительных обследований и анализов перед тем, как рекомендовать пациенту тот или иной способ контрацепции. Необходимую помощь в принятии решения при этом может оказать справочное руководство ВОЗ «*Медицинские критерии допустимости применения средств контрацепции*» (3-е издание, 2004 г.).

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

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

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

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

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

Примечания к таблице:

* Согласно «*Медицинским критериям допустимости применения средств контрацепции*» (3-е издание, 2004 г.), если женщина подвергается очень высокому риску заражения гонорейной или хламидийной инфекцией, то в этом случае установка ВМС не рекомендуется, за исключением обстоятельств, когда применение альтернативных методов контрацепции является по тем или иным причинам невозможным или неприемлемым. При наличии гнойного цервицита или цервицита или гонорейной/хламидийной инфекции, установка ВМС не должна осуществляться до полного излечения этих состояний или наличия других медицинских показаний к применению данного метода контрацепции.

** Согласно «*Медицинским критериям допустимости применения средств контрацепции*» (3-е издание, 2004 г.), женщины, подвергающиеся высокому риску заражения ВИЧ-инфекцией, не должны пользоваться спермицидами, в состав которых входит ноноксинол-9. Использование влагалищных диафрагм и шеечных колпачков, противозачаточный эффект которых обеспечивается присутствием ноноксинола-9, не рекомендуется женщинам, подвергающимся высокому риску заражения ИППП, за исключением тех случаев, когда применение альтернативных методов контрацепции является по тем или иным причинам невозможным или неприемлемым. Контрацептивный эффект диафрагм и колпачков, не имеющих в своем составе ноноксинол-9, на настоящий момент изучен недостаточно и, по всей вероятности, уступает противозачаточному эффекту колпачков и диафрагм, содержащих ноноксинол-9.

*** Перед началом использования КОК, КИК, ПТП, ИКП или вживлением противозачаточного имплантата рекомендуется измерить кровяное давление. Однако в некоторых регионах массовое измерение кровяного давления является невозможным. Помимо этого, для таких регионов характерны высокие показатели заболеваемости и смертности во время беременности и в послеродовом периоде, а методы гормональной контрацепции являются одними из немногих широкодоступных методов. В таких обстоятельствах доступ к гормональной контрацепции для женщин не должен ограничиваться по простой причине невозможности измерения кровяного давления.

Вид ситуации	КОК	КИК	ППП	ИКП	Имплантат	ВМС	Презервативы	Диафрагмы Шеечные колпачки	Спермициды	Женская стерилизация	Вазэктомия
Обследование молочных желез врачом	С	С	С	С	С	С	С	С	С	С	Не применимо
Обследование тазовых/половых органов	С	С	С	С	С	А	С	А	С	А	А
Скрининг на предмет выявления рака шейки матки	С	С	С	С	С	С	С	С	С	С	Не применимо
Стандартные лабораторные анализы	С	С	С	С	С	С	С	С	С	С	С
Определение уровня гемоглобина в крови	С	С	С	С	С	В	С	С	С	В	С
Оценка риска заражения ИППП: сбор анамнеза и общий осмотр	С	С	С	С	С	А*	С*	С**	С**	С**	С
Скрининг на предмет выявления ИППП/ВИЧ: лабораторные анализы	С	С	С	С	С	В*	С*	С**	С**	С**	С
Измерение кровенного давления	***	***	***	***	***	С	С	С	С	А	С****

*** Процедуры, выполняемые под местной анестезией.



Сколько упаковок противозачаточных таблеток (комбинированного типа или прогестогенового ряда) следует назначать женщине при первом и повторном визитах к врачу?

31. Сколько упаковок противозачаточных таблеток (комбинированного типа или прогестогенового ряда) следует назначать женщине при первом и повторном визитах к врачу?

Первый и повторные визиты к врачу

- ▲ Врач должен назначить женщине годовой запас таблеток (в зависимости от желания самой женщины и предполагаемой продолжительности пользования оральными контрацептивами).
- ▲ При этом следует соблюдать оптимальный баланс между желательностью обеспечения женщине максимально свободного доступа к пользованию противозачаточными таблетками и ограниченностью имеющихся ресурсов.
- ▲ Система восполнения запасов должна быть достаточно гибкой и позволять женщине свободно приобретать таблетки в нужном ей количестве и в удобное для нее время.

Примечания

По заключению экспертной группы, наложение каких-либо ограничений на количество упаковок контрацептива, назначаемых женщиной при посещении врача, может приводить к нежелательному перерыву в использовании метода гормональной контрацепции и, соответственно, увеличивать риск наступления незапланированной беременности.

Основные неразрешенные вопросы

Каким образом изменение количества упаковок гормональных противозачаточных таблеток, выдаваемых женщине при первом и повторном визитах к врачу, влияет на последовательность и регулярность приема КОК и ПТП?



Каким образом надлежит организовывать диспансерное наблюдение за состоянием здоровья женщин, пользующихся КОК, ПТП, противозачаточным имплантатом или ВМС?

32. Каким образом надлежит организовывать диспансерное наблюдение за состоянием здоровья женщин, пользующихся КОК, ПТП, противозачаточным имплантатом или ВМС?

В настоящих рекомендациях указывается минимально допустимая частота повторных визитов к врачу, обеспечивающая требуемую безопасность и эффективность пользования тем или иным методом контрацепции. Рекомендации носят достаточно обобщенный характер и могут адаптироваться применительно к конкретной ситуации или пользователю. К примеру, при наличии определенных заболеваний у женщины промежуток между повторными визитами к врачу может уменьшаться.

Методы контрацепции, о которых идет речь в настоящем разделе, не обеспечивают защиты от заражения ИППП/ВИЧ. При наличии риска инфицирования ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период) рекомендуется правильное и систематическое пользование презервативами (как в качестве самостоятельного средства, так и в комбинации с другим методом контрацепции). Мужские латексные презервативы зарекомендовали себя как надежное средство защиты от ИППП/ВИЧ.

КОК

- ▲ При использовании КОК рекомендуется посещать врачебный кабинет ежегодно.
- ▲ Через 3 месяца после начала приема КОК женщине настоятельно рекомендуется нанести повторный визит к врачу.
- ▲ Женщине рекомендуется обращаться к врачу в любое время при возникновении каких-либо побочных эффектов или других проблем, связанных с приемом контрацептива, либо если она изъявит желание сменить данный метод контрацепции на другой.

ПТП (вне периода грудного вскармливания)

- ▲ При использовании данным методом контрацепции ежегодных визитов к врачу не требуется. Однако женщине рекомендуется посетить врачебный кабинет по прошествии примерно 3 месяцев после начала приема таблеток.
- ▲ Женщине рекомендуется обращаться к врачу в любое время при возникновении каких-либо побочных эффектов или других проблем, связанных с приемом контрацептива, либо если она изъявит желание сменить данный метод контрацепции на другой.

ПТП (в период грудного вскармливания)

- ▲ При использовании данным методом контрацепции повторных визитов к врачу не требуется.
- ▲ Женщине рекомендуется обращаться к врачу в любое время при возникновении каких-либо побочных эффектов или других проблем, связанных с приемом контрацептива, либо если она изъявит желание сменить данный метод контрацепции на другой.
- ▲ Врач должен объяснить женщине, что после того, как она полностью или почти полностью отнимет ребенка от груди, ей будет необходимо вновь проконсультироваться с врачом в отношении дальнейшей контрацепции.

Противозачаточный имплантат

- ▲ При использовании данным методом контрацепции повторных визитов к врачу не требуется.
- ▲ Женщине рекомендуется обращаться к врачу в любое время при возникновении каких-либо побочных эффектов или других проблем, связанных с приемом контрацептива, либо если она изъявит желание сменить данный метод контрацепции на другой.
- ▲ Женщине следует вновь посетить врачебный кабинет по истечении срока действия имплантата.

ВМС

- ▲ Женщине рекомендуется показаться врачу после завершения первого месячного цикла или через 3-6 недель после установки ВМС.
- ▲ Женщине рекомендуется обращаться к врачу в любое время при возникновении каких-либо побочных эффектов или других проблем, связанных с приемом контрацептива, либо если она изъявит желание сменить данный метод контрацепции на другой.
- ▲ Если для данного класса ВМС характерна высокая частота самопроизвольного изгнания из полости матки, то в этом случае женщине может потребоваться посещать кабинет врача более часто.
- ▲ Женщине следует вновь посетить врачебный кабинет по истечении срока службы спирали.

Примечания

По заключению экспертной группы, программа повторного визита к врачу должна включать, как минимум, обсуждение таких вопросов, как борьба с побочными эффектами и решение других проблем, связанных с использованием данного метода контрацепции, правильное и последовательное использование выбранного метода, а также профилактика ИППП. Помимо этого, при повторном посещении врачебного кабинета может потребоваться проведение дополнительных процедур, например, проведение гинекологического обследования для того, чтобы исключить смещение ВМС.

Основные неразрешенные вопросы

Влияет ли установление стандартного 3-месячного промежутка между началом приема КОК или ПТП и повторным визитом к врачу (в отличие от ситуации, когда никакой определенной даты для повторного посещения врачебного кабинета не назначается) на последовательность, правильность и регулярность приема контрацептива?



На основании, каких признаков можно с достаточной степенью уверенности полагать, что женщина не беременна?

33. На основании, каких признаков можно с достаточной степенью уверенности полагать, что женщина не беременна?

Правильная диагностика беременности имеет большое значение. Возможность постановки достоверного диагноза на ранних этапах беременности зависит от конкретных условий и имеющихся в распоряжении врача средств. Хотя высокоточные биохимические тесты существенно облегчают диагностику беременности, однако, возможность для проведения таких тестов во многих регионах отсутствует. Обследование состояния органов малого таза (при наличии такой возможности) дает достоверные результаты, начиная с 8-10 недели после начала последнего менструального цикла.

Врач может с достаточной степенью уверенности исключить наличие беременности, если у женщины не обнаруживаются характерных симптомов или признаков беременности, и выполняются следующие условия:

- ▲ у женщины не было полового контакта с момента последней (очередной) менструации;
- ▲ женщина правильно и систематически пользовалась надежным методом контрацепции;
- ▲ с момента окончания последней (очередной) менструации прошло не более 7 дней;
- ▲ женщина находится в послеродовом периоде и длительность этого периода не превышает 4 недель (для женщин, не кормящих грудью);
- ▲ с момента искусственного аборта или самопроизвольного выкидыша прошло не более 7 дней;
- ▲ женщина имеет ребенка, находящегося полностью или почти полностью на грудном вскармливании, у нее отсутствует месячный цикл, и послеродовой период не превышает 6 месяцев.

Совещание Экспертной рабочей группы, посвященное утверждению новой редакции «Свода практических рекомендаций по применению средств контрацепции»

**Salle C, Всемирная организация здравоохранения,
Женева, 13-16 апреля 2004 г.**

Список участников

Dr. Yasmin H. Ahmed
Marie Stopes Clinic Society
6/2 Block F, Lalmatia
Dhaka, 1207
Bangladesh

Dr Halida Akhter
Health Promotion Limited (HPL)
H-130, Rd-3 Baitul Aman
Housing Society, Shyamoli
Mohakhali, Dhaka, 1207
Bangladesh

Dr Marcos Arevalo*
Институт репродуктивного здоровья
4301 Connecticut Ave Nw, Suite 310 Washington, DC 20008
United States of America

Dr Tsungai Chipato
Кафедра акушерства и гинекологии
Университет Зимбабве
PO Box A 178
Harare
Zimbabwe

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

Dr Soledad Diaz
Чилийский институт репродуктивного здоровья
José Ramon Gutierrez 295 Dto 3
Santiago
Chile

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

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

Dr Ezzeldin Othman Hassan
The National Egyptian Fertility Care Foundation
2(A) Mahrouky Street Mohandessen
POB 147 Orman
Giza
Egypt

Dr Robert Hatcher
Кафедра акушерства и гинекологии
Университет Emory
69 Jesse Hill Jr Drive SE
3 Suite 412
Atlanta, GA 30303
United States of America

Dr Mihai Horga
Восточно-Европейский институт репродуктивного
здоровья
1 Moldovei St.
540493 Targu-Mures
Romania

Dr Douglas Huber*
Управление в здравоохранении
891 Centre Street
Boston, MA 02130-3400
United States of America

Dr Roy Jacobstein*
EngenderHealth
440 Ninth Avenue
New York, NY 1001
United States of America

Dr Pisake Lumbiganon
Кафедра акушерства и гинекологии
Медицинский факультет
Khon Kaen University
Khon Kaen 40002
Thailand

Dr Pamela Lynam*
Региональный технический директор по странам
Восточной и Южной Африки
JHPIEGO – John Hopkins University
P O Box 58247
Nairobi
Kenya

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

Dr Polly Marchbanks*
Секция эпидемиологии фертильности
Отдел репродуктивного здоровья
Центры по профилактике и лечению заболеваний
4770 Buford Highway, NE, MS K-34
Atlanta, GA 30341-3717
United States of America

Dr Olav Meirik
Чилийский институт репродуктивного здоровья
Jose Ramon Cutierres 295, Depto 3
Santiago
Chile

Dr Noel McIntosh
215 Luguain Court
Baltimore, MD 21208
United States of America

Dr Helen Rander-Rees
Секция научных исследований в области
репродуктивного здоровья
Университет Witwatersrand
Chris Hani Baragwanath Hospital
PO Betsam 2013
Johannesburg
South Africa

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

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

Dr Pramilla Senanayake
4/8, Hyde Park Residences
79 Hyde Park Corner
Colombo 2
Sri Lanka

Dr James Shelton*
Бюро по вопросам народонаселения ЮСАИД
1300 Pennsylvania Avenue, G/PHN
Washington, DC 20523
United States of America

Mr Irvin Sivin*
Центр биомедицинских исследований
Совет по вопросам народонаселения
One Dag Hammarskjold Plaza
New York, NY 10017
United States of America

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

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

DR Marcel Vekemans*
IntraHealth International Inc.
6340 Quadrangle Drive, Suite 200
Chapel Hill, NC 27517
United States of America

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

Временные советники

Dr Dawn S. Chin-Quee
Senior Research Associate
Family Health International
2224 E. NC 27713
United States of America

Dr Camarin Chrisman
Wake Forest University School of Medicine
873 Lockland Avenue
Winston salem, NC 27103
United States of America

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

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

Dr Linda S. Potter
Family Health International
56 N. Mill Road
Princeton Junction, NJ 08550
United States of America

Ms Ruwaida M. Salem
John Hopkins University
Center for Communication Programs
111 Market Place, Suite 310
Baltimore, MD 21202
United States of America

Секретариат ВОЗ

Ms Kathryn Church
Отдел репродуктивного здоровья и научных исследований
Всемирная организация здравоохранения
1211 Geneva 27
Switzerland

Dr MaryLyn Gaffield
Отдел репродуктивного здоровья и научных исследований
Всемирная организация здравоохранения
1211 Geneva 27
Switzerland

Dr Carlos Huezo
Отдел репродуктивного здоровья и научных исследований
Всемирная организация здравоохранения
1211 Geneva 27
Switzerland

Ms Sara Johnson
Отдел репродуктивного здоровья и научных исследований
Всемирная организация здравоохранения
1211 Geneva 27
Switzerland

Ms Gloria Lamptey
Отдел репродуктивного здоровья и научных исследований
Всемирная организация здравоохранения
1211 Geneva 27
Switzerland

Dr Herbert Peterson
Отдел репродуктивного здоровья и научных исследований
Всемирная организация здравоохранения
1211 Geneva 27
Switzerland

Dr Paul Van Look
Отдел репродуктивного здоровья и научных исследований
Всемирная организация здравоохранения
1211 Geneva 27
Switzerland

Dr Helena von Hertzen
Отдел репродуктивного здоровья и научных исследований
Всемирная организация здравоохранения
1211 Geneva 27
Switzerland

Dr Erica Marsh, Intern
Отдел репродуктивного здоровья и научных исследований
Всемирная организация здравоохранения
1211 Geneva 27
Switzerland

* Представители участвующих организаций

Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen ø, Denmark
Тел.: +45 39 17 17 17 Факс: +45 39 17 18 18 Эл. почта: postmaster@euro.who.int
Веб-сайт: <http://www.euro.who.int>

