

# Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции

В.Н.Прилепская, Е.А.Межевитинова, Е.Л.Шешко

ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И.Кулакова Минздрава России

## Резюме

Предотвращение аборт и их осложнений – приоритетная задача в сохранении репродуктивного здоровья женщины. Неоценимую роль в этом играет рациональная контрацепция. Анализ медицинских критериев приемлемости методов контрацепции посвящена данная статья.

**Ключевые слова:** контрацепция, критерии приемлемости, планирование семьи.

## Medical eligibility criteria for using various methods of contraception

V.N.Prilepskaya, E.A.Mezhevittinova, E.L.Shesbko

## Summary

Prevention of abortions and their complications – is priority task in the preservation of female reproductive health. Invaluable role here is played by rational contraception. The analysis of medical eligibility criteria for contraceptive methods is shown in this article.

**Key words:** contraception, eligibility criteria, family planning.

## Сведения об авторах

Прилепская Вера Николаевна – д-р мед. наук, проф., зам. дир. по науч. работе, рук. научно-поликлинического отд-ния ФГБУ НЦАГиП им. акад. В.И.Кулакова

Межевитинова Елена Анатольевна – д-р мед. наук, вед. науч. сотр. поликлинического отд-ния ФГБУ НЦАГиП им. акад. В.И.Кулакова

Шешко Елена Леонидовна – канд. мед. наук, доцент, советник директора ФГБУ НЦАГиП им. акад. В.И.Кулакова

Планирование семьи – один из основных способов решения глобальной демографической проблемы стабилизации численности населения Земли (О.Осколкова, 2001). Создание и разработка все более современных методов гормональной контрацепции является важным шагом в развитии института планирования семьи. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 1994 г. были созданы медицинские критерии приемлемости использования средств контрацепции. Основной целью, преследуемой ВОЗ, является оснащение населения и врачей высококачественной информацией по вопросам планирования семьи. Более 100 млн женщин в мире используют гормональную контрацепцию в настоящее время. В последние годы число женщин, желающих использовать современные методы контрацепции, растет, однако остается много людей, которые хотят ограничить или отсрочить рождение детей, но не имеют доступа к информации о существующих методах и правилах их применения. Низкое использование гормональных контрацептивов зачастую обусловлено боязнью развития побочных эффектов и наличием существующих мифов. Зачастую женщины не получают должной информации от врачей о существующих методах гормональной контрацепции.

Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции – это документ, который является итогом совместной работы междисциплинарной группы экспертов Отдела по охране репродуктивного здоровья и научным исследованиям при ВОЗ и целого ряда международных организаций и учреждений из 23 стран мира.

В состав рабочей группы входят 43 специалиста в области планирования семьи: клиницисты, эпидемиологи, организаторы здравоохранения, руководители программ, специалисты по выявлению и систематизации доказательных фактов, работники здравоохранения, являющиеся практическими пользователями медицинских критериев приемлемости методов контрацепции.

Документ был создан профессиональным медицинским сообществом. Его базовый принцип – медицина, основанная на доказательных фактах. Метод работы: поиск и анализ доказательной базы, совещания экспертов и достижение консенсуса. Итог работы – практические рекоменда-

ции для всех медицинских специалистов, занимающихся вопросами планирования семьи.

Первый международный документ по планированию семьи, основанный на данных доказательной медицины, под названием «Улучшение доступа к качественной помощи по планированию семьи: медицинские критерии приемлемости методов контрацепции» был издан в 1996 г. и представлял собой руководство по безопасному использованию контрацептивных средств женщинами и мужчинами с теми или иными медицинскими состояниями.

Согласно этим критериям всех пользователей контрацепции в соответствии с их состоянием можно разделить на 4 категории, причем под состоянием предложено понимать как биологические особенности пользователя, в том числе возраст и репродуктивный анамнез, так и разные патологические процессы и заболевания.

- К категории I относятся лица, состояние которых позволяет пользоваться методом контрацепции без ограничений при любых обстоятельствах.
- К категории II – пользователи, у которых преимущества метода превышают теоретический или реальный риск его использования.
- К категории III следует относить пользователей, которым метод, как правило, не рекомендуется, так как риск его использования обычно превышает пользу. Исключение составляют случаи, когда более подходящий метод или средство недоступны или неприемлемы. Назначение метода контрацепции женщине, отнесенной к категории III, требует тщательной клинической оценки и доступности клинического наблюдения.
- Категорию IV составляют лица, которым из-за высокого риска расстройства здоровья противопоказано использование данного метода контрацепции.

Критерии неоднократно пересматривались и дополнялись новыми рекомендациями. Второе издание пособия под названием «Повышение доступности качественной помощи по планированию семьи. Медицинские критерии приемлемости методов контрацепции. Избранные рекомендации по применению методов контрацепции» было создано в 2000 г., 3-е издание под названием «Процедуры принятия решений по планированию семьи. Пособие для пациентов и медицинских работников».

**Таблица 1. Обследование здоровых женщин на фоне гормональной контрацепции**

Обследование	КОК	ЧПТ	ДМПА	Имплант	ВМГС
Молочные железы	С	С	С	С	С
Гинекологическое обследование	В	В	В	В	А
Цитология	С	С	С	С	С
Стандартные лабораторные анализы	С	С	С	С	С
Гемоглобин	С	С	С	С	В
Оценка риска ИППП	С	С	С	С	А
Выявление ИППП	С	С	С	С	В
АД	А	С	В	С	С
Оценка ИМТ	В	С	В	С	С

Примечание. ЧПТ – чистопрогестогеновые таблетки, ДМПА – депо медроксипрогестерона ацетата, ВМГС – внутриматочная гормональная система, АД – артериальное давление.

За последние годы достигнуты значительные успехи в разработке новых контрацептивных средств. Произошло снижение дозы стероидов в препаратах, изменились компоненты в них. Появились препараты, содержащие в своем составе гестаген дроспиренон, обладающий антиандрогенным и антиминералокортикоидным эффектом, который входит в состав таких препаратов, как, например, Мидиана, Димиа. Выход в продажу препаратов с эстрадиолом, приближенным к натуральному, позволил минимизировать метаболическое влияние гормональных контрацептивов на организм женщины. Внедрение оральных контрацептивов с добавлением фолатов позволило проводить профилактику врожденных пороков развития нервной трубки у плода. Появились контрацептивы с разным режимом применения (21/7, 24/4, 26/2), препараты с альтернативными путями введения (инъекции, влагалищные кольца, подкожные импланты, трансдермальные и внутриматочные системы – ВМС).

Комбинированный контрацептивный пластырь, комбинированное контрацептивное кольцо, имплант, содержащий этоноргестрел, оральные контрацептивы, в состав которых входят компоненты, приближенные к натуральным, являются относительно новыми методами контрацепции, и возможности их использования у женщин с определенными заболеваниями продолжают изучаться.

Согласно имеющимся доказательным данным влагалищное кольцо Новаринг и трансдермальные системы имеют такую же фармакокинетику, фармакодинамику и контрацептивную эффективность, что и комбинированные оральные контрацептивы (КОК).

Исследования, посвященные их приемлемости у женщин после медикаментозного и хирургического аборта, показали отсутствие каких-либо неблагоприятных явлений в течение 3 мес [1–3]. Большинство ученых считают обоснованным назначение гормональной контрацепции уже в первый день после аборта (Т.А.Гатина, 2001; M.Rosenberg и соавт., 1992).

Использование высокоэффективных препаратов, содержащих только гестаген (например, Лактинет), позволило применять их у кормящих матерей, женщин, имеющих противопоказания к использованию эстрогенсодержащих препаратов (сердечно-сосудистые заболевания, тромбоэмболии, лактация, сахарный диабет – СД).

Кроме того, по данным многочисленных исследований, использование всех комбинированных контрацептивов не оказывало влияния на состояние шейки матки у женщин с плоскоклеточными интраэпителиальными поражениями.

Появление в продаже генерических препаратов, которые эквивалентны по эффективности и приемлемости оригинальным, позволило выпустить качественные и относительно дешевые препараты и расширить их доступность для всех слоев населения (Ригевидон, Линдинет 20, Новинет).

В результате анализа новых данных рабочая группа пришла к заключению, что сведения, полученные для наиболее изученных КОК, можно отнести ко всем комбинированным методам гормональной контрацепции. Исследования продолжаются и требуют тщательного анализа и решения

вопроса о необходимости в пересмотре критериев приемлемости.

Для 4-й редакции «Медицинских критериев приемлемости методов контрацепции» (ВОЗ) 1–4 апреля 2008 г. экспертная группа разработала 86 новых рекомендаций и пересмотрела 165 из существующих. К медицинским критериям 3-й редакции добавлено 12 новых подгрупп состояний (ожирение в возрасте до 18 лет, тромбоз глубоких вен и тромбоэмболия легочной артерии на фоне лечения антикоагулянтами, острый гепатит или обострение хронического гепатита, очаговая узловатая гиперплазия печени, лечение антиретровирусными средствами, прием противосудорожного препарата ламотригина, антибиотики широкого спектра, противогрибковые и противопаразитарные средства, рифабутин и рифампицин), в перечень патологических состояний добавлено заболевание системная красная волчанка.

Кроме того, была уточнена классификация целесообразности назначения того или иного гормонального контрацептива. Учитывая, что гормональную контрацепцию используют как здоровые женщины, так и женщины, имеющие разную экстрагенитальную и гинекологическую патологию и требующие предварительного обследования, экспертной рабочей группой была принята следующая классификация, позволяющая определить целесообразность тех или иных обследований и анализов в каждом конкретном случае (табл. 1).

### Классификация

А – проведение данного обследования настоятельно рекомендуется во всех случаях и является гарантией безопасности и эффективности пользования конкретными методами.

В – проведение обследования в значительной степени обеспечивает безопасность и эффективность пользования конкретным методом контрацепции. Однако целесообразность такого обследования должна определяться с учетом общей ситуации в системе национального здравоохранения.

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

Консультирование по вопросам контрацепции не отменяет необходимости и важности профилактических осмотров и скрининговых обследований для диспансеризации или мероприятий, направленных на раннее выявление патологических состояний и заболеваний репродуктивной системы (рак шейки матки, рак молочной железы – РМЖ, инфекции, передаваемые половым путем – ИППП, ВИЧ и т.д.).

### Адаптация документа: российская версия

В 2010 г. США и Англия адаптировали рекомендации ВОЗ для своих стран. В 2012 г. были разработаны и опубликованы Критерии приемлемости ВОЗ, адаптированные для Российской Федерации. Над адаптацией рекомендаций работали ведущие российские специалисты разных областей медицины.

Таблица 2. Национальные медицинские критерии приемлемости методов контрацепции (с сокращениями)							
Состояние	КОК	Пластырь/ кольцо	ЧПТ	ДМПА	Импланты	Сп-ВМС	ЛНГ-ВМС
<b>Персональные характеристики и репродуктивный анамнез</b>							
<b>Беременность</b>	НП	НП	НП	НП	НП	4	4
<b>Возраст</b>	От менархе до 40 лет = 1	От менархе до 40 лет = 1	От менархе до 18 лет = 1	От менархе до 18 лет = 2	От менархе до 18 лет = 1	От менархе <20 лет = 2	От менархе до 20 лет = 2
			От 18 до 45 лет = 1	От 18 лет до 45 лет = 1	От 18 до 45 лет = 1	≥20 лет = 1	
	После 40 лет = 2	После 40 лет = 2	После 45 лет = 1	После 45 лет = 2	После 45 лет = 1		После 20 лет = 1
<b>Паритет</b>							
1. Рожавшие	1	1	1	1	1	2	2
2. Нерожавшие	1	1	1	1	1	1	1
<b>Кормление грудью</b>							
1. Меньше 6 нед после родов	4	4	2	3	3		
2. От 6 нед после родов до 6 мес (преимущественно грудное вскармливание)	3	3	1	1	1		
3. Более 6 мес после родов	2	2	1	1	1		
<b>Послеродовой период (у не кормящих женщин)</b>							
1. Меньше 21 дня	3	3	1	1	1		
2. Более 21 дня	1	1	1	1	1		
<b>Послеродовой период* (кормящие и не кормящие грудью, в том числе путем операций КС)</b>							
1. От 48 ч и более до менее 4 нед						3	3
2. Более 4 нед						1	1
3. Послеродовой сепсис						4	4
<b>Постабортный период</b>							
1. I триместр	1	1	1	1	1	1	1
2. II триместр	1	1	1	1	1	2	2
3. Сразу после септического аборта	1	1	1	1	1	4	4
Внематочная беременность в анамнезе	1	1	2	1	1	1	1
Хирургическое вмешательство на органах малого таза в анамнезе	1	1	1	1	1	1	1
<b>Курение</b>							
1. Возраст менее 35 лет	2	2	1	1	1	1	1
2. Возраст более 35 лет:							
а) менее 15 сигарет в день	3	3	1	1	1	1	1
б) более 15 сигарет в день	4	4	1	1	1	1	1
в) прекратила курение менее 1 года назад	3	3	1	1	1	1	1
г) прекратила курение 1 год назад и более	2	2	1	1	1	1	1
<b>Ожирение</b>							
1. ИМТ ≥ 30 кг/м <sup>2</sup>	2	2	1	1	1	1	1
2. От менархе и до 18 лет и ИМТ ≥ 30 кг/м <sup>2</sup>	2	2	1	2	1	2	2
<b>Хирургическое лечение ожирения в анамнезе</b>							
1. Рестриктивные процедуры, уменьшающие объем желудка	1	1	1	1	1	1	1
2. Мальабсорбтивные процедуры, ведущие к снижению всасывания питательных веществ и потребления калорий за счет укорочения функциональной длины тонкого кишечника	3	1	3	1	1	1	1
<b>Сердечно-сосудистые заболевания</b>							
Высокий риск сердечно-сосудистых осложнений (АГ, СД, ИБС, заболевания сосудов, ожирение, курение)	3 – для начала использования; 4 – для продолжения	3/4	2	3	2	1	2
<b>Артериальная гипертензия</b>							
1. Адекватно контролируемая гипертензия (АД < 140/90 мм рт. ст.)	3	3	1	2	1	1	1
2. Повышенный уровень АД (измерение выполнено правильно):							
а) систолическое 140–159 мм рт. ст. или диастолическое 90–99 мм рт. ст.	3	3	1	2	2	1	1
б) систолическое более 160 мм рт. ст. или диастолическое более 100 мм рт. ст.	4	4	2	3	2	1	1
3. Заболевания сосудов	4	4	2	3	2	1	2
В анамнезе высокое АД во время беременности (если измеренный в настоящее время уровень АД является нормальным)	2	2	1	1	1	1	1

# ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

<b>ТГВ/ТЭЛА</b>							
1. ТГВ/ТЭЛА в анамнезе, антикоагулянтная терапия не используется	4	4	2	2	2	1	2
2. Острый ТГВ/ТЭЛА	4	4	3	3	3	2	3
3. ТГВ/ТЭЛА, стабилизация на антикоагулянтной терапии не менее 3 мес	4	4	2	2	2	2	2
4. Семейный анамнез (у ближайших родственников)	2	2	1	1	1	1	1
5. Большое хирургическое вмешательство:							
а) с длительной иммобилизацией	4	4	2	2	2	1	2
б) без длительной иммобилизации	2	2	1	1	1	1	1
6. Малое хирургическое вмешательство без иммобилизации	1	1	1	1	1	1	1
7. Иммобилизация, требующая нахождения в инвалидном кресле	3	3	1	1	1	1	1
Выявленные тромбогенные мутации (фактор Лейдена, протромбиновая мутация, недостаточность протеина S, протеина C и антитромбина)	4	4	2	2	2	1	2
<b>Тромбоз поверхностных вен</b>							
1. Варикозное расширение вен нижних конечностей	1	1	1	1	1	1	1
2. Тромбофлебит поверхностных сосудов нижних конечностей	2	2	1	1	1	1	1
ИБС в настоящий момент или в анамнезе	4	4	3	3	3	1	2/3
Инсульт (в том числе в анамнезе)	4	4	3	3	3	1	2/3
Установленные гиперлипидемии	2/3	2/3	2	2	2	1	1
<b>Клапанные и другие врожденные заболевания сердца</b>							
1. Без осложнений	2	2	1	1	1	1	1
2. Осложненные* (легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый бактериальный эндокардит в анамнезе)	4	4	1	1	1	2	2
<b>Болезнь Рейно</b>							
1. Первичная	1	1	1	1	1	1	1
2. Вторичная:							
а) без волчаночного антикоагулянта	2	2	1	1	1	1	1
б) с волчаночным антикоагулянтом	4	4	2	2	2	1	2
<b>Ревматические заболевания</b>							
<b>Системная красная волчанка</b>							
1. Результат теста на антифосфолипидные антитела положительный (или неизвестен)	4	4	3	3	3	1/1	3
2. Тяжелая тромбоцитопения	2	2	2	3	2	3/2	2
3. Иммуносупрессивная терапия	2	2	2	2	2	2/1	2
4. Ничего из вышеперечисленного	2	2	2	2	2	1/1	2
<b>Ревматоидный артрит</b>							
1. Прием иммунодепрессантов	2	2	1	3	1	2/1	2/1
2. В отсутствие приема иммунодепрессантов	2	2	1	2	1	1	1
<b>Неврологические состояния</b>							
<b>Головные боли</b>							
1. Немигренозные (умеренные или тяжелые)	1/2	1/2	1/1	1/1	1/1	1	1/1
2. Мигрени:							
а) без аур:							
• возраст менее 35 лет	2/3	2/3	1/2	2/2	2/2	1	2/2
• возраст 35 лет и старше	3/4	3/4	1/2	2/2	2/2	1	2/2
б) с аурой, в любом возрасте	4/4	4/4	2/3	2/3	2/3	1	2/3
Эпилепсия	1	1	1	1	1	1	1
Депрессивные расстройства	1	1	1	1	1	1	1
<b>Инфекции и заболевания репродуктивных органов</b>							
<b>Характер менструаций</b>							
1. Нерегулярные без больших кровопотерь	1	1	2	2	2	1	1/1
2. Обильные или продолжительные кровотечения (включая регулярный или нерегулярный характер)	1	1	2	2	2	2	1/2
Вагинальные кровотечения неустановленной этиологии* (подозрение на серьезное заболевание). До выяснения причины	2	2	2	3	3	4/2	4/2
Эндометриоз	1	1	1	1	1	2	1
Доброкачественные опухоли яичников (включая кисты)	1	1	1	1	1	1	1
Дисменорея	1	1	1	1	1	2	1

<b>Гестационная трофобластическая болезнь</b>							
1. Снижающийся или неопределяемый уровень β-ХГЧ	1	1	1	1	1	3	3
2. Постоянно повышенный уровень β-ХГЧ или трофобластическая опухоль (злокачественное заболевание)	1	1	1	1	1	4	4
Цервикальный эктропион	1	1	1	1	1	1	1
Цервикальная интраэпителиальная неоплазия	2	2	1	2	2	1	2
Рак шейки матки (в период ожидания терапии)	2	2	1	2	2	4/2	4/2
<b>Заболевания молочных желез</b>							
1. Недиагностированное образование	3/2	3/2	2	2	2	1	2
2. Доброкачественные заболевания молочных желез	1	1	1	1	1	1	1
3. Семейный анамнез рака	1	1	1	1	1	1	1
4. Известное носительство генетической мутации, ассоциированное с РМЖ (например, BRCA 1/2)	2/3	2/3	2/3	2/3	2/3	1	1
<b>5. РМЖ*:</b>							
а) в настоящий момент	4	4	4	4	4	1	4
б) в анамнезе, признаки рецидивирования в течение 5 лет отсутствуют	3	3	3	3	3	1	3
Рак эндометрия*	1	1	1	1	1	4/2	4/2
Гиперплазия эндометрия	1	1	1	1	1	1	1
Рак яичников*	1	1	1	1	1	3/2	3/2
<b>Миома матки</b>							
1. Без деформации полости матки	1	1	1	1	1	1	1
2. С деформацией полости матки	1	1	1	1	1	4	4
<b>ВЗОМТ</b>							
<b>1. ВЗОМТ в анамнезе (отсутствуют факторы риска ИППП в настоящий момент:</b>							
а) с последующей беременностью	1	1	1	1	1	1/1	1/1
б) без последующей беременности	1	1	1	1	1	2/2	2/2
2. ВЗОМТ в настоящий момент	1	1	1	1	1	4/2	4/2
<b>ИППП</b>							
1. Гнойный цервицит, хламидийная инфекция или гонорея в настоящее время	1	1	1	1	1	4/2	4/2
2. Другие ИППП (за исключением ВИЧ-инфекции и гепатита)	1	1	1	1	1	2/2	2/2
3. Вагинит (включая трихомонадный вагинит и бактериальный вагиноз)	1	1	1	1	1	2/2	2/2
4. Повышенный риск ИППП	1	1	1	1	1	2/3–2	2/3–2
<b>ВИЧ/СПИД</b>							
Высокий риск ВИЧ-инфицирования	1	1	1	1	1	2	2
<b>ВИЧ-инфицированные*</b>							
1. Не получающие антиретровирусную терапию	1	1	1	1	1	2/3	2/3
2. Получающие антиретровирусную терапию	1–3	1–3	1–3	1	1–2	2	2
<b>СПИД*</b>							
1. Не получающие антиретровирусную терапию	1	1	1	1	1	3/2	3/2
2. Получающие антиретровирусную терапию	1–3	1–3	1–3	1	1–2	3/2	3/2
<b>Другие инфекции</b>							
<b>Туберкулез*</b>							
1. Нетазовый	1	1	1	1	1	1/1	1/1
2. Установленный тазовый	1	1	1	1	1	4/3	4/3
Малярия	1	1	1	1	1	1	1
<b>Эндокринные заболевания</b>							
<b>Сахарный диабет</b>							
1. Гестационный диабет в анамнезе	1	1	1	1	1	1	1
2. Без поражения сосудов:							
а) инсулинонезависимый	2	2	2	2	2	1	2
б) инсулинозависимый*	2	2	2	2	2	1	2
3. СД тяжелого течения (микро- и макроангиопатия, нефропатия, ретинопатия, нейропатия)*	3/4	3/4	2	3	2	1	2
4. Длительность диабета более 20 лет*	3/4	3/4	2	2	2	1	2
<b>Болезни щитовидной железы</b>							
1. Простой зоб (эутиреоз)	1	1	1	1	1	1	1
2. Гипертиреоз	1	1	1	1	1	1	1
3. Гипотиреоз	1	1	1	1	1	1	1

Заболевания желудочно-кишечного тракта							
Хронические воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона)	2/3	2/3	2	2	1	1	1
<b>Заболевания желчного пузыря</b>							
1. С клиническими симптомами:							
а) после холецистэктомии	2	2	2	2	2	1	2
б) после медикаментозного лечения	3	3	2	2	2	1	2
в) в настоящее время	3	3	2	2	2	1	2
2. Бессимптомные							
	2	2	2	2	2	1	2
<b>Холестаз в анамнезе</b>							
1. Связанный с беременностью							
	2	2	1	1	1	1	1
2. Связанный с приемом КОК							
	3	3	2	2	2	1	2
<b>Вирусный гепатит</b>							
1. Острый или обострение хронического							
	3/4-2	3/4-2	1	1	1	1	1
2. Носительство							
	1	1	1	1	1	1	1
3. Хронический							
	1	1	1	1	1	1	1
<b>Цирроз</b>							
1. Легкий (компенсированный без осложнений)							
	1	1	1	1	1	1	1
2. Тяжелый (декомпенсированный)*							
	4	4	3	3	3	2	3
<b>Опухоли печени</b>							
1. Доброкачественные:							
а) очаговая узловая гиперплазия							
	2	2	2	2	2	1	2
б) гепатоцеллюлярная аденома*							
	4	4	3	3	3	1	3
2. Злокачественная (гепатома)*							
	4	4	3	3	3	1	3
Первичный склерозирующий холангит, осложненный циррозом печени							
	4	4	3	3	3	1	3
<b>Анемии</b>							
Талассемия							
	1	1	1	1	1	2	1
Серповидно-клеточная анемия*							
	2	2	1	1	1	2	1
Железодефицитная анемия							
	1	1	1	1	1	2	1
<b>Трансплантация внутренних органов*</b>							
1. Осложненная: несостоятельность трансплантата (острая или хроническая), васкулопатия пересаженного сердца							
	4	4	3	3	3	3/2	3/2
2. Неосложненные случаи							
	2	2	2	2	2	2/2	2/2
<b>Лекарственные взаимодействия**</b>							
<b>Антиретровирусная терапия</b>							
1. Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы							
	1	1	1	1	1	2/3-2	2/3-2
2. Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы							
	2	2	2	1	2	2/3-2	2/3-2
3. Усиленные ритонавиром ингибиторы протеазы							
	3	3	3	1	2	2/3-2	2/3-2
<b>Противосудорожная терапия</b>							
1. Некоторые противосудорожные препараты (фенитоин, карбамазепин, барбитураты, примидон, топирамат, окскарбазепин, кроме вальпроата натрия)							
	3	3	3	1	2	1	1
2. Ламотригин							
	3	3	1	1	1	1	1
<b>Антимикробная терапия</b>							
1. Антибиотики широкого спектра действия							
	1	1	1	1	1	1	1
2. Противогрибковые средства							
	1	1	1	1	1	1	1
3. Антипаразитарные средства							
	1	1	1	1	1	1	1
4. Терапия рифампицином или рифабутином							
	3	3	3	1	2	1	1
Примечание. ЛНГ – левоноргестрел, НП – не применимо, ИМТ – индекс массы тела, ИБС – ишемическая болезнь сердца, АГ – артериальная гипертензия, ТГВ – тромбоз глубоких вен, ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии, β-ХГЧ – хорионический β-гонадотропин, ВЗОМТ – воспалительные заболевания органов малого таза, НП – начало/продолжение (например, 1/1), КС – кесарево сечение. *Состояния, повышающие вероятность развития тяжелых осложнений в результате нежеланной беременности. **Этот раздел имеет отношение к безопасности применения контрацептивного метода у женщин, применяющих данный вид лекарств. При одновременном использовании с другими лекарственными средствами эффективность метода может быть снижена, и возможно наступление беременности, которая может иметь неблагоприятное влияние на состояние здоровья женщины с определенным медицинским состоянием. Контрацептивный выбор может зависеть от вероятной продолжительности использования контрацепции одновременно с лечением основного заболевания, а также потребности в дополнительных или альтернативных методах контрацепции на это время.							

В табл. 2 приведены данные по использованию методов гормональной контрацепции для условий медицинской практики в РФ.

### Анализ научных данных

В настоящее время идет интенсивное накопление научных данных пока в виде отдельных публикаций о применении и возможных исходах контрацепции у женщин после трансплантации органов и женщин, больных рассеянным склерозом, вирусным гепатитом и циррозом печени, гемангиомой печени. Вероятно, после достаточно накопившихся исследований, проведенных с позиций доказательной медицины, появится необходимость пересмотра существующих критериев и издания новых.

Так, в доступной нам литературе найдено очень незначительное количество работ, где оцениваются эффективность, приемлемость и безопасность использования гормональных контрацептивов у женщин после трансплантации печени.

Известно, что в мире значительно возросло число женщин репродуктивного возраста, которым произведена трансплантация органов. Так, по данным Сообщества по трансплантации органов (США), с января 2000 г. по сентябрь 2008 г. было выполнено 85 694 трансплантации; в 2007 г. было проведено 10 460 таких операций, 45% из них было выполнено женщинам в возрасте от 18 до 49 лет. При этом 80% всех трансплантаций – это трансплантации почек и печени.

По данным экспертов ВОЗ, женщинам репродуктивного возраста после трансплантации печени и почек беременность абсолютно противопоказана в течение как минимум 2 лет, так как она может привести к развитию целого ряда осложнений, в том числе с летальным исходом. В этой связи необходимость использования и выбора эффективной контрацепции не вызывает сомнений. В критериях приемлемости использования методов контрацепции ВОЗ (2009 г.) отсутствуют рекомендации по применению контрацепции у женщин, перенесших трансплантацию органов.

Нами проанализирован систематический обзор, в котором описаны результаты 643 статей, 1 проспективного когортного, 1 ретроспективного исследования и 5 исследований случай–контроль. Из 15 женщин, перенесших трансплантацию органов в возрасте от 18 до 49 лет, 9 применяли КОК, 6 – трансдермальный пластырь. В результате ни у одной женщины не наступила беременность, не было обнаружено ни одного случая отторжения трансплантата, все пациентки продолжили использовать контрацепцию, и только у 1 пациентки развился внутрипеченочный холестаз на фоне применения высокодозированного орального контрацептива с лечебной целью (для гемостаза в связи с тяжелой меноррагией). Семь женщин использовали ВМС: 1 пациентка – левоноргестрелсодержащую, 6 – медьсодержащую ВМС. У 3 пациенток на фоне медьсодержащего ВМС наступила беременность в сроке от 4 до 24 мес после введения, изменений в общем состоянии и биохимических показателях крови не наблюдалось ни у одной пациентки.

В систематическом обзоре M.Paulen и соавт. не было установлено значимого изменения биохимических показателей при применении КОК и кожного пластыря у женщин, перенесших трансплантацию печени. У пациенток, применявших КОК или кожный пластырь, не было выявлено существенных изменений в биохимических параметрах крови после 18 мес использования [4].

По данным литературных источников, влагалищное кольцо является весьма эффективным методом контрацепции. Влагалищное введение уменьшает вероятность лекарственных взаимодействий и может безопасно использоваться даже у женщин, перенесших трансплантацию печени [5].

Согласно данным D.Paternoster влагалищное кольцо можно считать не только весьма эффективным методом контрацепции для женщин, перенесших трансплантацию печени и почек, но и в качестве хорошего регулятора менструального цикла. Вагинальный путь введения снижает ве-

роятность лекарственного взаимодействия, а следовательно, является более безопасным для пациентов [5]. Учитывая малое число наблюдений, можно сделать лишь констатирующие выводы о том, что гормональная контрацепция у женщин после трансплантации печени является эффективной и безопасной [6].

В систематическом обзоре N.Kapp и соавт. описаны 6 исследований по применению гормональной контрацепции у женщин с вирусным гепатитом и циррозом печени. По результатам одного исследования, у женщин – носителей гепатита В при применении КОК отмечались такие же уровни трансаминаз, как и у здоровых женщин, использующих КОК в течение 6 мес. При применении КОК у женщин с хроническим гепатитом С не было выявлено его влияния на прогрессирование или тяжесть фиброза печени или развитие гепатоцеллюлярной карциномы. Следовательно, эти ограниченные данные из исследования позволяют предположить, что использование КОК не влияет на скорость прогрессирования и тяжесть цирроза, фиброза, риск развития гепатоцеллюлярной карциномы у женщин с хроническим гепатитом или на риск развития дисфункции печени у носителей вируса гепатита В [7].

Кроме того, было проведено открытое сравнительное исследование среди женщин с компенсированным фиброзом печени, применяющих низкодозированные оральные контрацептивы и инъекционный контрацептивный препарат, содержащий медроксипрогестерона ацетат, и пациенток из группы контроля, применяющих медьсодержащее внутриматочное средство. По результатам исследования значимых клинических изменений функциональной активности печени по биохимическим показателям и данным ультразвукового исследования обнаружено не было в группах, применяющих стероидные препараты. Авторы пришли к выводу, что низкодозированные оральные контрацептивы могут безопасно применяться у женщин с компенсированным фиброзом печени при нормальной ее функции [8].

В 2009 г. была опубликована обзорная статья по применению гормональной контрацепции у женщин с опухолями печени. Авторами было проанализировано 148 статей и 3 публикации по 2 исследованиям, которые указывали на применение гормональной контрацепции женщинами с доброкачественной опухолью печени – фокальной нодулярной гиперплазией, в результате чего не было выявлено влияния гормональной контрацепции ни на функцию печени, ни на увеличение размеров опухоли [9].

### Заключение

Создание Национальных рекомендаций и рекомендаций ВОЗ, с одной стороны, дало возможность более гибко и четко выбирать потребителя и метод защиты от нежелательного зачатия, с другой – позволило существенно сократить список абсолютных противопоказаний к гормональной контрацепции.

#### Список использованной литературы

1. Прилепская В.Н. Руководство по контрацепции. М., 2006; с. 294.
2. Серов В.Н. Гормональная контрацепция как метод реабилитации после абортов. Гинекология. 2007; 9 (6).
3. Moreau C, Trussell J, Desfreres J, Bajos N. Patterns of Contraceptive use before and after abortion: results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. *Contraception*. 2010; 82 (4): 337–44; doi: 10.1016/j.contraception.2010.03.011. Epub 2010.
4. Paulen ME, Folger SG, Curtis KM, Jamieson DJ. Contraceptive use among solid organ transplant patients: a systematic review. *Contraception* 2010; 82 (1): 102–12.
5. Paternoster DM, Riboni F. The contraceptive vaginal ring in women with renal and liver transplantation: analysis of preliminary results. *Transplantation Proceedings* 2010; 42 (4): 1162–5.
6. Paulen ME, Folger SG, Curtis KM, Jamieson DJ. Contraceptive use among solid organ transplant patients: a systematic review. *Contraception* 2010; 82: 102–12.
7. Kapp N, Tilley IB, Curtis KM. The effects of hormonal contraceptive use among women with viral hepatitis or cirrhosis of the liver: a systematic review. *Contraception* 2009; 80 (4): 381–6. Epub 2009.

8. Tagy AH, Saker ME, Moussa AA, Kolgab A. The effect of low-dose combined oral contraceptive pills versus injectable contraceptive (Depot Provera) on liver function tests of women with compensated bilbarzial liver fibrosis. Original research article. *Contraception* 2001; 64: 173–6.

9. Kapp N, Curtis KM. Hormonal contraceptive use among women with liver tumors: a systematic review. *Contraception* 2009; 80 (4): 387–90. Epub 2009.

10. Савельева И.С. Медицинские критерии приемлемости использования методов контрацепции ВОЗ: комбинированные оральные контрацептивы. *Рос. вестн. акушера-гинеколога*. 2010; 3: 64–74.

11. Тарасова МА, Ярмолинская МИ. Заместительная монотерапия эстрогенами у женщин с гемангиомами печени после пангистерэктомии. *Журн. акушерства и женских болезней*. 2006; 4: 41–5.

12. Nasr A, Hanan MN. Effect of etonogestrel contraceptive implant (Implanon) on portal blood flow and liver functions. *Contraception* 2009; 79 (3): 236–9.

13. *Contraceptive Choices for Women with Inflammatory Bowel Disease. J Family Planning Reprod Health Care* 2003; 29 (3): 127–35.

14. Johnson JV, Lowell J, Badger G, Cushman M. The effects of oral and transdermal hormonal contraception on coagulation factors: a prospective, randomized, cross-over trial. Presented at: Society for Gynecologic Investigation. Toronto, ON, Canada, 2006.

15. Kiriwat O, Petyim S. The effects of transdermal contraception on lipid profiles, carbohydrate metabolism and coagulogram in Thai women. *Gynecol Endocrinol* 2010; 26 (5): 361–5.

16. Pietrzak B, Bobrowska K, Jabiry-Zieniewicz Z et al. Oral and transdermal hormonal contraception in women after kidney transplantation. *Transplantation Proceedings* 2007; 39 (9): 2759–62.

17. Szlendak-Sauer K. The impact of a new low dose oral contraceptive containing drospirenone on lipid profile, carbohydrate metabolism and hepatic function. *Ginekologia Polska* 2009; 80 (2): 99–102.

— \* —



## XIX Всероссийская научно-практическая конференция Консолидация науки и практики в лабораторной медицине

### Организаторы

- Министерство здравоохранения РФ
- Российская Медицинская Академия Последипломного Образования
- Научно-практическое общество специалистов лабораторной медицины
- Конгресс-оператор ООО «МЕДИ Экспо»

25–27 марта 2014

Москва, МВЦ «Крокус Экспо»

В рамках конференции  
состоится международная  
специализированная выставка  
**Лабораторная  
диагностика – 2014**

### Председатель оргкомитета:

Профессор Владимир Владимирович Долгов

### Информационная поддержка:

журнал «Лаборатория», [www.labdiag.ru](http://www.labdiag.ru)

### Основные научно-практические направления:

- Научные основы лабораторной диагностики
- Внедрение новых технологий в лабораторную службу
- Подготовка специалистов лабораторной медицины
- Клиническая значимость лабораторных исследований

### Регистрация на конференцию на сайте [www.mediexpo.ru](http://www.mediexpo.ru)

Менеджер по работе с делегатами Малика Тежаева  
e-mail: [reg@mediexpo.ru](mailto:reg@mediexpo.ru); тел. +7 (495) 721-8866 (доб. 111)

### Публикации тезисов: тезисы принимаются до 20 февраля 2014 года

Ответственный секретарь доцент Клавдия Щетникович  
e-mail: [kafedra-kdl@list.ru](mailto:kafedra-kdl@list.ru); тел.: +7 (495) 945-8222

**МЭ МЕДИ Экспо**



Тел./факс: +7 (495) 721-88-66, e-mail: [expo@mediexpo.ru](mailto:expo@mediexpo.ru)

