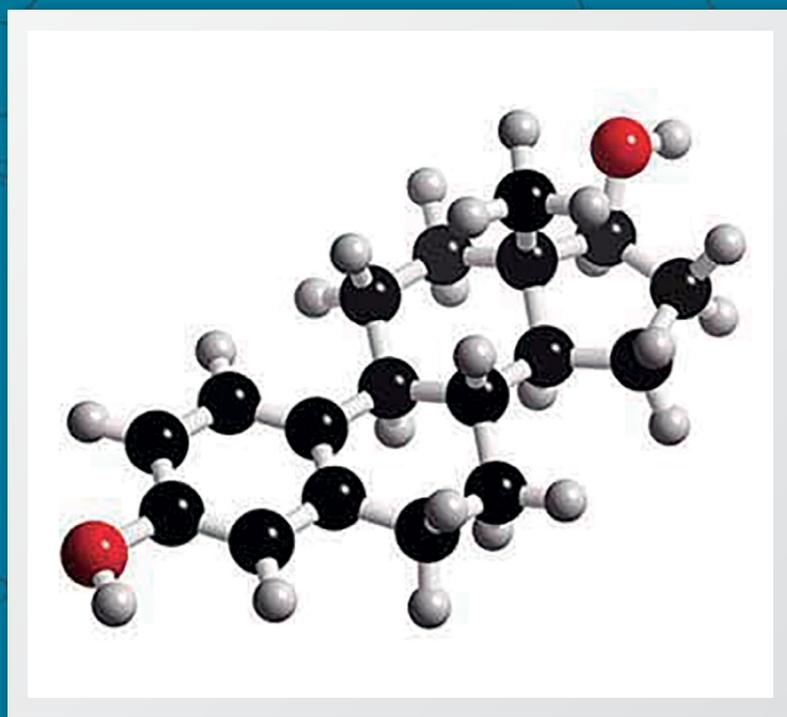


ВЕСТНИК РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Том 3, №1 Март 2024



Эстрадиол. Пространственная модель.
[www.istockphoto.com The Models series. File: 14931346]

НОВОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ. ДАЙДЖЕСТ ПУБЛИКАЦИЙ ЗА 2023 Г., ВЫПУСК 2

И.И. Бармина

ОБЗОР НАЦИОНАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ КРИТЕРИЕВ ПРИЕМЛЕМОСТИ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ 2023 ГОДА

Г.Т. Сухих, В.Н. Прилепская, Н.В. Аганезова,
Е.Н. Андреева, И.И. Баранов, Н.В. Долгушина,
Н.В. Зароченцева, Л.Ю. Карахалис, Н.Ю. Каткова,
М.А. Кепша, Е.А. Межевитинова, Е.Г. Назаренко,
Н.М. Назарова, Н.М. Подзолкова, А.А. Сметник,
Н.И. Тапильская, Е.В. Уварова, М.Б. Хамошина,
Г.Е. Чернуха, О.В. Якушевская, О.В. Дженина,
М.И. Ярмолинская

ГОНАДОТРОПИНОМА, ДЛИТЕЛЬНО ПРОТЕКАЮЩАЯ ПОД МАСКОЙ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ: ПРЕДСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Т.В. Никитина, С.Ю. Воротникова, Л.К. Дзеранова,
А.М. Лапшина, В.Н. Азизян, А.Г. Кузьмин

ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЭНДОКРИННОЙ ГИНЕКОЛОГИИ ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ ЭНДОКРИНОЛОГИИ» МИНЗДРАВА РОССИИ

Е.Н. Андреева, О.Р. Григорян, Е.В. Шереметьева,
Ю.С. Абсатарова, Р.К. Михеев



Вестник репродуктивного здоровья

Том 3, №1

Март

2024

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

АНДРЕЕВА Е.Н., д.м.н., профессор

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

БАРМИНА И.И., к.м.н.

ЗАВЕДУЮЩИЙ РЕДАКЦИЕЙ

МИХЕЕВ Р.К.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

БУРУМКУЛОВА Ф.Ф., д.м.н.

ВИТЯЗЕВА И.И., д.м.н.

ВОЛКОВ С.Н., к.м.н.

ГРИГОРЯН О.Р., д.м.н.

ДЕДОВ И.И., академик РАН, профессор, д.м.н.

ЗАНЬКО С.С., д.м.н., профессор

КАСЯН Г.Г., д.м.н., профессор

МЕЛЬНИЧЕНКО Г.А., академик РАН, профессор, д.м.н.

МОКРЫШЕВА Н.Г., член-корреспондент РАН, профессор, д.м.н.

ОРЛОВА Я.А., д.м.н.

ПЕТЕРКОВА В.А., академик РАН, д.м.н., профессор

ПЕТРУХИН В.А., д.м.н., профессор

РОЖИВАНОВ Р.В., д.м.н.

ТИСЕЛЬКО А.В., к.м.н.

ШЕРЕМЕТЬЕВА Е.В., к.м.н.

ЯРМОЛИНСКАЯ М.И., д.м.н., профессор РАН

УЧРЕДИТЕЛИ и ИЗДАТЕЛЬ:

- Государственный научный центр Российской Федерации Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации Москва, 117292, ул. Дмитрия Ульянова, 11
- ОО Российская ассоциация эндокринологов Москва, 117292, ул. Дмитрия Ульянова, 11

«ВЕСТНИК РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ»:

Ежеквартальный научно-практический журнал

КОНТАКТЫ РЕДАКЦИИ:

Зам. гл. редактора:

к.м.н. Бармина Ирина Игоревна
8 (495) 668-20-75

Зав. редакцией:

Михеев Роберт Константинович
e-mail: robert.mikheev@yandex.ru

8 (499) 126-75-44

WEB:

www.vrz-endojournals.ru

Отпечатано в типографии:

ООО "Типография «Печатных Дел Мастер»
109518, г. Москва, 1-й Грайвороновский пр-д,
дом 4

Верстка А.И. Тюрина
Оформление А.И. Тюрина
Корректор Н.П. Тарасова

Сдано в набор 05.02.2024 г.
Подписано в печать 10.04.2024 г.
Печать офсетная
Тираж 4000 экз.

Свидетельство о регистрации средств
массовой информации ПИ № ФС-7726540

Редакция не несет ответственности за достоверность информации, опубликованной в рекламе

FOUNDERS & PUBLISHER

- Endocrinology Research Centre,
- Russian Association of Endocrinologists

«**BULLETIN OF REPRODUCTIVE HEALTH**»:
Quarterly peer-review medical journal

EDITORIAL OFFICE:

Deputy Editor-in-chief

Barmina I.I.

Telephone: +7 (495) 668-20-75

Managing editor

Mikheev R.K.

Telephone: +7 (499) 126-75-44

E-mail: robert.mikheev@yandex.ru

WEB:

www.vrz-endojournals.ru

PRINTING HOUSE

LLC "Typography "Printing master"

Address: 4, 1st Grayvoronovskiy passage,
Moscow, Russia, 109518

Bulletin of Reproductive Health

Vol. 3 Issue 1 March 2024

QUARTERLY PEER-REVIEW MEDICAL JOURNAL

EDITOR-IN-CHIEF

Elena N. ANDREEVA, MD, PhD, ScD, Professor, Moscow, Russia

DEPUTY EDITOR-IN-CHIEF

Irina I. BARMINA, MD, PhD, Moscow, Russia

MANAGING EDITOR

Robert K. MIKHEEV, Moscow, Russia

EDITORIAL BOARD:

Fatima F. BURUMKULOVA, MD, PhD, ScD, Moscow, Russia

Irina I. VITYAZEVA, MD, PhD, ScD, Moscow, Russia

Stanislav N. VOLKOV, MD, PhD, Moscow, Russia

Olga R. GRIGORYAN, MD, PhD, ScD, Moscow, Russia

Ivan I. DEDOV, academician of RAS, Moscow, Russia

Sergey N. ZANKO, MD, PhD, ScD, Professor, Vitebsk, Belarus

Gevorg R. KASYAN, MD, PhD, ScD, Moscow, Russia

Galina A. MELNICHENKO, academician of RAS, Moscow, Russia

Natalya G. MOKRYSHEVA, corresponding member of RAS, Moscow

Yana A. ORLOVA, MD, PhD, ScD, Moscow, Russia

Valentina A. PETERKOVA, academician of RAS, Moscow, Russia

Vasiliy A. PETRUKHIN, MD, PhD, ScD, professor, Moscow, Russia

Roman V. ROZHIVANOV, MD, PhD, ScD, Moscow, Russia

Alena V. TISELKO, MD, PhD, Saint-Petersburg, Russia

Ekaterina V. SHEREMETYEVA, MD, PhD, Moscow, Russia

Mariya I. YARMOLINSKAYA, MD, PhD, ScD, Professor of Russian
Academy of Sciences, Saint-Petersburg, Russia

СОДЕРЖАНИЕ TABLE OF CONTENTS

НОВОСТИ		NEWS
<p>И.И. Бармина НОВОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ. ДАЙДЖЕСТ ПУБЛИКАЦИЙ ЗА 2023 Г., ВЫПУСК 2</p>	<p>4</p>	<p>Barmina I.I. REPRODUCTIVE MEDICINE NEWS. DIGEST OF PUBLICATIONS FOR 2023, ISSUE 2</p>
НАУЧНЫЙ ОБЗОР		REVIEW
<p>Г.Т. Сухих, В.Н. Прилепская, Н.В. Аганезова, Е.Н. Андреева, И.И. Баранов, Н.В. Долгушина, Н.В. Зароченцева, Л.Ю. Карахалис, Н.Ю. Каткова, М.А. Кепша, Е.А. Межевитинова, Е.Г. Назаренко, Н.М. Назарова, Н.М. Подзолкова, А.А. Сметник, Н.И. Тапильская, Е.В. Уварова, М.Б. Хамошина, Г.Е. Чернуха, О.В. Якушевская, О.В. Дженина, М.И. Ярмолинская ОБЗОР НАЦИОНАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ КРИТЕРИЕВ ПРИЕМЛЕМОСТИ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ 2023 ГОДА</p>	<p>9</p>	<p>Sukhikh G.T., Prilepskaya V.N., Aganezova N.V., Andreeva E.N., Baranov I.I., Dolgushina N.V., Zarochentseva N.V., Karakhalis L.Y., Katkova N.Y., Kepsha M.A., Mezhevitinova E.A., Nazarenko E.G., Nazarova N.M., Podzolkova N.M., Smetnik A.A., Tapilskaya N.I., Uvarova E.V., Khamoshina M.B., Chernukha G.E., Yakushevskaya O.V., Dzhenina O.V., Yarmolinskaya M.I. NATIONAL MEDICAL ELIGIBILITY CRITERIA FOR CONTRACEPTIVE USE 2023: REVIEW</p>
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ		CASE REPORT
<p>Т.В. Никитина, С.Ю. Воротникова, Л.К. Дзеранова, А.М. Лапшина, В.Н. Азизян, А.Г. Кузьмин ГОНАДОТРОПИНОМА, ДЛИТЕЛЬНО ПРОТЕКАЮЩАЯ ПОД МАСКОЙ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМии: ПРЕДСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ</p>	<p>68</p>	<p>Nikitina T.V., Vorotnikova S.Y., Dzeranova L.K., Lapshina A.M., Azizyan V.N., Kuzmin A.G. CLINICAL CASE OF GONADOTROPINOMA, WHICH OCCURS FOR A LONG TIME UNDER THE GUISE OF HYPERPROLACTINEMIA</p>
<p>Е.Н. Андреева, О.Р. Григорян, Е.В. Шереметьева, Ю.С. Абсарова, Р.К. Михеев ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЭНДОКРИННОЙ ГИНЕКОЛОГИИ ГНЦ РФ ФГБУ «НИИЦ ЭНДОКРИНОЛОГИИ» МИНЗДРАВА РОССИИ</p>	<p>75</p>	<p>Andreeva E.N., Grigoryan O.R., Sheremetyeva E.V., Absatarova Y.S., Mikheev R.K. HISTORY OF ESTABLISHMENT AND FORMATION OF ENDOCRINE GYNECOLOGY DEPARTMENT OF THE ENDOCRINOLOGY RESEARCH CENTRE</p>

КОНГРЕССЫ И СЕМИНАРЫ ДЛЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ И ЭНДОКРИНОЛОГОВ – 2024

14–16 марта	МОСКВА гостиница «Рэдиссон Славянская»	IX Общероссийский семинар «РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ: ВЕСЕННИЕ КОНТРАВЕРСИИ»
27–29 марта	МОСКВА ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России	XXX Юбилейный Всероссийский Конгресс с международным участием «АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В ЭПИЦЕНТРЕ ЖЕНСКОГО ЗДОРОВЬЯ ОТ МЕНАРХЕ ДО МЕНОПАУЗЫ»
09–11 апреля	МОСКВА ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России	IV Научно-практическая конференция с международным участием «НАЦИОНАЛЬНЫЙ И МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И МОЛОДЕЖИ»
19–20 апреля	МОСКВА ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России	II Конгресс «ЭСТЕТИЧЕСКАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ И ANTI-AGE МЕДИЦИНА С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ»
21–24 мая	МОСКВА Центр международной торговли	V (XXX) Национальный конгресс эндокринологов «ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЭНДОКРИНОЛОГИИ» (ИТЭ 2024)
24–26 мая	МОСКВА гостиница «Рэдиссон Славянская»	III Национальный конгресс «ANTI-AGEING – НОВОЕ ЦЕЛЕПОЛАГАНИЕ В МЕДИЦИНЕ» IX Междисциплинарный форум «МЕДИЦИНА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ» III Общероссийская прогресс-конференция «ЭСТЕТИЧЕСКАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ И ПЕРИНЕОЛОГИЯ: БАЛАНС КРАСОТЫ И ФУНКЦИОНАЛЬНОСТИ» VIII Междисциплинарный форум с международным участием «ШЕЙКА МАТКИ И ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ»
4–7 июня	МОСКВА ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России	XXXVII Международный конгресс с курсом эндоскопии «НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»
26–28 июня	ВОЛГОГРАД Волгоградский государственный университет	XVII Региональный научно-образовательный форум и Пленум Правления РОАГ «МАТЬ И ДИТЯ»
6–9 сентября	СОЧИ Зимний театр, гранд-отель «Жемчужина»	XVIII Общероссийский научно-практический семинар «РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ: ВЕРСИИ И КОНТРАВЕРСИИ»
25–27 сентября	КРАСНОГОРСК МВЦ «Крокус Экспо»	XXV Всероссийский научно-образовательный форум «МАТЬ И ДИТЯ – 2023»
26–28 октября	МОСКВА ГНЦ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России	IX Всероссийская конференция с международным участием «РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН И МУЖЧИН»
14–15 ноября	САНКТ-ПЕТЕРБУРГ НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта	VI Общероссийская научно-практическая конференция акушеров-гинекологов «ОТТОВСКИЕ ЧТЕНИЯ»

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ КОНФЕРЕНЦИИ (ШКОЛЫ) ДЛЯ ВРАЧЕЙ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России

НАИМЕНОВАНИЕ ШКОЛЫ	ДАТЫ
МЕНОПАУЗА И ЭНДОКРИНОПАТИИ: МГТ ОТ ОСНОВ К ВЫСОТАМ МАСТЕРСТВА	<ul style="list-style-type: none">• 12 марта• 28 мая• 08 октября• 10 декабря
РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ РОССИИ: ФОКУС МОЛОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА И ЭНДОКРИНОПАТИИ	<ul style="list-style-type: none">• 06 февраля• 12 ноября
БЕРЕМЕННОСТЬ И ЭНДОКРИНОПАТИИ: ОТ ПРЕДГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ К ЗДОРОВОМУ МАТЕРИНСТВУ И ДЕТСТВУ	<ul style="list-style-type: none">• 13 февраля• 16 апреля• 17 сентября• 15 октября
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КОНТРАЦЕПЦИИ	<ul style="list-style-type: none">• 27 февраля• 09 апреля• 24 сентября• 19 ноября

Внимание!

Дата и место проведения могут измениться.
Следите за новостями на сайтах

- rae-org.ru
- endocrincentr.ru
- ncagr.ru
- mediexpo.ru
- praesens.ru



РОССИЙСКАЯ
АССОЦИАЦИЯ
ЭНДОКРИНОЛОГОВ



StatusPraesens
profmedia



ГНЦ ФГБУ «НМИЦ
эндокринологии»
Минздрава России



НОВОСТИ РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ. ДАЙДЖЕСТ ПУБЛИКАЦИЙ ЗА 2023 Г., ВЫПУСК 2

© И.И. Бармина

Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии, Москва, Россия

В данном выпуске дайджеста новостей репродуктивной медицины автором представлена вторая часть наиболее актуальных данных метаанализов, систематических обзоров, проспективных исследований, а также инновационных методик в лечении заболеваний репродуктивной системы человека, изложенные в ведущих международных периодических изданиях в 2023 г. Основными затрагиваемыми тематиками настоящего дайджеста являются: влияние активно растущей интрамуральной миомы на исходы экстракорпорального оплодотворения; частота живорождений после лечения по поводу рака или трансплантации гемопоэтических стволовых клеток; хромосомные, гестационные и неонатальные исходы переноса мозаичных эмбрионов с генетически верифицированной анеуплоидией; применение искусственного интеллекта при отборе сперматозоидов в рамках программ вспомогательных репродуктивных технологий; персонализированная терапия пробиотиками у женщин с целью восстановления физиологичной микробиоты влагалища.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: репродуктивная медицина; бесплодие; миома матки; искусственный интеллект; микробиота влагалища; мозаицизм.

REPRODUCTIVE MEDICINE NEWS. DIGEST OF PUBLICATIONS FOR 2023, ISSUE 2

© I.I. Barmina

The National Medical Research Center for Endocrinology, Moscow, Russia

This issue of reproductive medicine news presents the second part of most relevant meta-analyses, reviews, prospective researches data, as well as innovative methods in the treatment of diseases of the reproductive system, presented in leading international periodicals in 2023. The briefly formulated list of topics contains such actual problems as: influence of active growing intramural myoma on IVF outcomes; birth rate after treatment of cancer and haemopoietic stem cell transplantation; chromosomal, gestational and neonatal outcomes of mosaic embryos with verified aneuploidy; artificial intelligence using in process of sperm selection for assisted reproductive technologies and personalized probiotic therapy of vaginal dysbiosis.

KEYWORDS: reproductive medicine; infertility; uterine fibroids; artificial intelligence; vaginal microbiota; mosaicism.

ВЛИЯНИЕ ИНТРАМУРАЛЬНОЙ МИОМЫ РАЗМЕРОМ ≤6 СМ НА ИСХОДЫ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР И МЕТААНАЛИЗ

Неоднократно было показано, что негативный эффект влияния миом матки на наступление естественной беременности и результаты ЭКО зависит от размера, расположения и количества узлов. При этом вопрос влияния интрамуральных миом малых и средних размеров, которые не деформируют полость матки, на репродуктивные исходы программ вспомогательных репродуктивных технологий остается открытым. Авторы данного метаанализа и систематического обзора решили сравнить эффективность лечения ЭКО и исходы беременностей у пациенток с наличием и отсутствием интрамуральных миоматозных узлов размером ≤6 см [1]. Были проанализированы данные таких научных баз, как MEDLINE, Embase, Global Health и Cochrane Library с момента создания до 1 июля 2022 г.

Основную группу составили женщины, прошедшие программу ЭКО с интрамуральной миомой без деформации полости матки ≤6 см (n=520), а женщины без миомы — контрольную группу (n=1392). Также были выделены подгруппы пациенток в зависимости от максимальных размеров узла (≤6, ≤4 и ≤2 см), локализации (согласно классификации Международной федерации гинекологии и акушерства [FIGO]) и количества миом. Для оценки исходов использовали отношение шансов (ОШ) Мантел-Хензеля с 95% доверительными интервалами (ДИ). Основным критерием оценки исходов была частота живорождений. Вторичными критериями оценки исходов были частота клинической беременности, имплантации и выкидыша.

После уточнения критериев отбора в окончательный анализ были включены 5 исследований. У женщин с интрамуральной миомой размером ≤6 см частота живорождения была значимо ниже (ОШ: 0,48, 95% ДИ: 0,36–0,65, 3 исследования, I²=0; доказательства низкой определенности) по сравнению с женщинами без миомы. Значимое снижение частоты живорождения было отмечено в подгруппе

*Автор, ответственный за переписку/Corresponding author.



≤4 см, но не в подгруппе ≤2 см. Миомы 3-го типа FIGO размером 2–6 см ассоциировались со значительно более низкой частотой живорождения. Из-за отсутствия соответствующих исследований влияние количества интрамуральных миом (единичных и множественных) на исходы ЭКО проанализировать не удалось.

Таким образом, авторы пришли к выводу, что интрамуральная миома размером 2–6 см без деформации полости матки оказывает отрицательное влияние на частоту живорождения при ЭКО. Наличие миомы FIGO 3-го типа размером 2–6 см также связано со значительно более низкой частотой живорождения. Тем не менее требуются дальнейшие контролируемые рандомизированные исследования, чтобы миомэктомия рекомендовалась в повседневной клинической практике всем женщинам с такими миомами перед проведением лечения ЭКО.

При выборе тактики лечения пациенток с интрамуральной миомой матки также необходимо учитывать действующие клинические рекомендации «Женское бесплодие», основные положения которых перечислены ниже [2].

- Пациентке с субмукозной миомой матки рекомендовано гистероскопическое хирургическое лечение с целью повышения вероятности наступления беременности. Уровень убедительности рекомендаций — С (уровень достоверности доказательств — 5).
- Пациентке с интрамуральной миомой матки не рекомендовано хирургическое лечение с целью повышения вероятности наступления беременности при гистероскопически подтвержденном нормальном эндометрии при отсутствии показаний к хирургическому лечению (нарушение кровообращения в узле, большие размеры узла, быстрый рост узла и др.). Уровень убедительности рекомендаций — С (уровень достоверности доказательств — 5).
- Пациентке с интрамуральной миомой матки >4 см рекомендовано хирургическое лечение (миомэктомия) перед программой ВРТ с целью повышения вероятности наступления беременности. Уровень убедительности рекомендаций — В (уровень достоверности доказательств — 2).
- Пациентке с миомой матки, планирующей беременность, не рекомендовано проведение эмболизации маточных артерий с целью повышения вероятности наступления беременности. Уровень убедительности рекомендаций — С (уровень достоверности доказательств — 5).

ЧАСТОТА ЖИВОРОЖДЕНИЯ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ПО ПОВОДУ РАКА ИЛИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР И МЕТААНАЛИЗ ТРЕХ ОСНОВНЫХ МЕТОДОВ; КРИОКОНСЕРВАЦИЯ ЭМБРИОНОВ, ООЦИТОВ И ТКАНЕЙ ЯИЧНИКОВ

Проблема сохранения или восстановления репродуктивной функции у пациенток после онкологических заболеваний звучит все более актуально в последние годы. Это объясняется тем, что 5-летняя выживаемость после лечения рака достигает 63% в целом в популяции, и до 80% у детей. А у молодых пациентов с лимфомой Ходжкина 5-летняя выживаемость достигла почти

100% [3, 4, 5]. При этом лучевая терапия и химиотерапия, используемые для лечения злокачественных или доброкачественных пролиферативных заболеваний, могут приводить к преждевременной недостаточности яичников (ПНЯ). Риск развития ПНЯ после лучевой терапии зависит от области ее проведения (облучение таза, облучение всего тела), а также от дозы и возраста [6]. Гонадотоксический эффект химиотерапии зависит от препарата и дозы. Выжившие после рака, получавшие в детском возрасте облучение яичников и алкилирующие агенты, имеют более низкий овариальный резерв и значительные трудности в достижении беременности.

Задача нового исследования заключалась в определении шансов на живорождение после криоконсервации эмбрионов, ооцитов и ткани яичников у женщин, перенесших онкологическое заболевание [7].

В последних рекомендациях Европейского общества репродукции человека — ESHRE только криоконсервация ооцитов и эмбрионов рассматриваются как доказанные и эффективные методы сохранения фертильности, в том числе для реализации программ отсроченного материнства у пациенток с онкологическими заболеваниями.

Криоконсервация яичниковой ткани по-прежнему считается инновационным методом, в то время как в рекомендациях Американского общества репродуктивной медицины она уже внесена как приемлемая техника сохранения фертильности.

Авторы выполнили систематический обзор и метаанализ опубликованных контролируемых исследований. Отбор материала проводился с января 2004-го по май 2021 г. в базах данных Medline, Embase и Кокрейновской библиотеке с использованием следующих поисковых терминов: рак, трансплантация стволовых клеток, сохранение фертильности, криоконсервация эмбрионов, витрификация ооцитов, криоконсервация ткани яичников и репродуктивный исход.

Предварительно для расчетов было отобрано 126 полнотекстовых статей. В конечный вариант этого метаанализа были включены данные 34 исследований. В отношении программ с использованием криоконсервированных эмбрионов частота живорождения после ЭКО составила 41% (95% ДИ: 34–48, I2: 0%, фиксированный эффект). Для предварительно витрифицированных ооцитов этот же показатель составил 32% (95% ДИ: 26–39, I2: 0%, фиксированный эффект). Наконец, частота живорождения после трансплантации ткани яичника в исходе беременностей после ЭКО и спонтанных беременностей составили 21% (95% ДИ: 15–26, I2: 0%, фиксированный эффект) и 33% (95% ДИ: 25–42, I2: 46,1%, случайный эффект) соответственно. Для всех исходов в анализе чувствительности максимальное отклонение в оценочном проценте составило 1%.

Разнородность данных литературы и различный период наблюдения при оценке долгосрочных результатов не позволяют сравнивать эти три методики. Однако этот метаанализ предоставляет статистические данные, которые могут помочь клиницистам при консультировании пациентов и выборе оптимального метода их ведения.

В этом исследовании подчеркивается необходимость создания долгосрочных регистров наблюдения

для оценки частоты спонтанного восстановления фертильности, а также оценки частоты рождаемости после применения различных методик сохранения фертильности.

ХРОМОСОМНЫЕ, ГЕСТАЦИОННЫЕ И НЕОНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПЕРЕНОСА ЭМБРИОНОВ, КЛАССИФИЦИРОВАННЫХ КАК МОЗАИЧНЫЕ ПО ДАННЫМ ПРЕИМПЛАНТАЦИОННОГО ГЕНЕТИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ НА АНЕУПЛОИДИЮ

Еще одно исследование по репродуктивной медицине, опубликованное в 2023 г., обращает на себя внимание [8]. Оно было призвано оценить клинические риски, связанные с переносом эмбрионов, классифицируемых как мозаичные, с помощью преимплантационного генетического тестирования на анеуплоидию. Данная работа была выбрана лучшей и удостоена премии «Исследование года» на конференции ASRM в 2023 г. Особо хотелось бы подчеркнуть, что соавторами работы являются российские ученые — репродуктологи Корнилов Н.В. и Яковлев П.П.

Цель исследования заключалась в сравнении исходов беременностей, наступивших в результате переноса эмбрионов, классифицированных как эуплоидные, или мозаичные, с использованием интервала 20–80% в количестве хромосомных промежуточных копий для определения результата мозаики. Был проведен анализ данных за период с 2017 по 2023 гг.

Основными критериями оценки исхода программы ЭКО с переносом эмбрионов после ПГТ-А стали частота самопроизвольных аборт, масса тела при рождении, продолжительность беременности, частота врожденных пороков и хромосомный статус во время беременности.

Пациентки, у которых наступила беременность при переносе эуплоидных эмбрионов, продемонстрировали значительно более низкий риск самопроизвольного аборта по сравнению с теми, у которых был выполнен перенос мозаичных эмбрионов (8,9% [n=8,672; 95% доверительный интервал {CI95} 8,3, 9,5] против 22,2% [n=914; CI95 19,6, 25,0]). Эмбрионы с мозаицизмом, поражающим целые хромосомы (не сегментарные), имели самый высокий риск самопроизвольного аборта (27,6% [n=395; CI95 23,2, 32,3]). Младенцы, рожденные от эуплоидных, мозаичных и цельнохромосомных мозаичных эмбрионов, имели среднюю массу тела при рождении и продолжительность беременности, которые статистически не отличались (3118 г и 267 дней [n=488; CI95 3,067, 3,169 и 266, 268], 3052 г и 265 дней [n=488; CI95 2,993, 3,112 и 264,267], 3,159 г и 268 дней [n=194; CI95 3,070, 3,249 и 266,270] соответственно). Из 488 младенцев, рожденных в результате переноса мозаичного эмбриона, у одного были выявлены явные грубые пороки развития. Большинство пренатальных тестов, проведенных для беременных с мозаичными эмбрионами, имели нормальные результаты, и только три беременности дали результаты пренатального теста, отражающие мозаицизм, выявленный на эмбриональной стадии (3 из 250, 1,2%; CI95 0,25, 3,5).

Несмотря на то, что эмбрионы, классифицируемые как мозаичные, определяют более высокую частоту выкидышей, чем эуплоидные эмбрионы (с осо-

бенно высокой частотой вскоре после имплантации), дети, рожденные от мозаичных эмбрионов, похожи по основным критериям здоровья на младенцев от эуплоидных эмбрионов. Пренатальное тестирование показывает, что мозаицизм проходит во время большинства беременностей, хотя этот процесс не является полностью эффективным. В небольшом проценте случаев мозаицизм сохраняется на протяжении всего срока вынашивания плода. Полученные результаты требуют проверки в рамках клинических исследований с привлечением более репрезентативных выборок пациенток.

ПРИМЕНЕНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА ДЛЯ ОТБОРА СПЕРМАТОЗОИДОВ В ПРОГРАММАХ ВРТ

Две работы, посвященные применению искусственного интеллекта для оценки качества сперматозоидов, были опубликованы в одном из ведущих журналов по репродуктивной медицине «Fertility and sterility» в 2023 г. [9, 10].

В последнее десятилетие идет накопление опыта по использованию методик искусственного интеллекта в медицине в целом и репродуктивной медицине в частности. Активно используются методики культивирования эмбрионов с применением технологии Time laps и анализа качества эмбрионов с применением искусственного интеллекта.

Несмотря на растущее число процедур на основе вспомогательных репродуктивных технологий, проводимых во всем мире, прогресс в области исходов оплодотворения и частоты наступления беременности не столь значительны. В области вспомогательных репродуктивных технологий искусственный интеллект стал привлекательным инструментом для потенциального повышения показателей успеха. Мужское бесплодие встречается с частотой около 40% среди супружеских пар, обратившихся к репродуктологу. Поэтому грамотная оценка сперматозоидов является важным этапом как в диагностике, так и в лечении. Эмбриологи сталкиваются с непростой задачей выбора одного сперматозоида из миллионов в образце на основе различных параметров, которые могут быть трудоемкими, субъективными. Алгоритмы искусственного интеллекта способны произвести революцию в этой области медицины, особенно в обработке изображений, благодаря своим диагностическим возможностям, эффективности и воспроизводимости. Алгоритмы искусственного интеллекта обладают потенциалом для решения проблем отбора сперматозоидов благодаря своим возможностям обработки больших данных и высокой объективности. Эти алгоритмы могут оказать ценную помощь эмбриологам в анализе и отборе сперматозоидов для последующего проведения процедуры ИКСИ. Несмотря на то, что были достигнуты значительные успехи в разработке алгоритмов, которые отслеживают и ранжируют одиночные сперматозоиды в режиме реального времени во время ИКСИ, клинические преимущества, которые они могут иметь для улучшения показателей беременности от одного цикла вспомогательных репродуктивных технологий, еще предстоит установить.

МИКРОБИОМ ВЛАГАЛИЩА: ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ТЕСТИРОВАНИЯ МИКРОБИОМА ВЛАГАЛИЩА И ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО НАЗНАЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ПРОБИОТИКОВ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ОПТИМАЛЬНОГО РЕЗУЛЬТАТА ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН

В литературе, посвященной микробиоте влагалища, все чаще подчеркивается связь между изменениями микробиоты, рецидивирующими вульвовагинальными инфекциями и бесплодием, что определяет ее как важную составляющую женского здоровья.

Состав микробиоты влагалища сильно варьирует у разных людей и зависит от таких факторов, как диета, сексуальная активность и гормональные изменения. Равновесие микробиома влагалища называется эубиозом. Эубиоз определяется как здоровое состояние, при котором все элементы микроорганизмов работают в синергии, не вызывая заболеваний. Наиболее распространено предположение, что для равновесия в микробиоте влагалища должна доминировать популяция бактерий, вырабатывающих молочную кислоту и перекись водорода, которые помогают поддерживать кислую среду влагалища и защищают от чрезмерного роста патогенных микроорганизмов.

Показано, что прием пробиотиков является эффективным средством восстановления баланса микробиома влагалища. Гипотеза о том, что реакция на пробиотики зависит от типа состояния бактериального сообщества, требует разработки персонализированных пробиотиков, что может значительно улучшить лечение рецидивирующих вульвовагинальных инфекций и бесплодия.

В данном обзоре авторы оценивают возможности диагностических методик анализа состава микробиоты и дают рекомендации по персонализированному подбору пробиотиков для эффективного лечения рецидивирующей вульвовагинальной инфекции (РВВИ), включая рецидивирующий вульвовагинальный кандидоз (РВБК), бактериальный вагиноз (БВ), а также лечение бесплодия [11]. Был проведен анализ литературы в базах данных PubMed, Google Scholar и ResearchGate до 17 мая 2023 г. на предмет соответствующих исследований с использованием ключевых слов и их комбинаций.

РВВИ определяется как четыре или более эпизодов клинически выраженной вульвовагинальной инфекции в год. Одним из вариантов таких инфекций является РВБК, который чаще всего у женщин репродуктивного возраста связан с грибом *Candida albicans*, реже — с *C. glabrata*, *C. tropicalis*, *C. krusei* и *C. africana*. В настоящее время терапевтическое лечение РВБК включает противогрибковые препараты и модификацию образа жизни [5].

БВ также является распространенной вагинальной инфекцией у женщин репродуктивного возраста. Он вызван сдвигом нормального баланса бактерий во влагалище, что приводит к чрезмерному росту определенных микроорганизмов. Международные рекомендации в качестве метода выбора указывают антибиотикотерапию, а именно метронидазол и клиндамицин перорально или вагинально. Антибиотики вполне эффективны и уровень излечения колеблется в пределах 80–90%, однако и частота рецидивов БВ очень высока и достигает до 70% в течение 1 года. Новейшие данные об эффективности

альтернативных препаратов, а именно пробиотиков, содержащих лактобактерии, молочную кислоту и гель сахарозы, изолированно или в сочетании с антибиотиками, показывают очень многообещающие результаты.

Микробиом влагалища включает в себя четыре различных типа бактериальных сообществ: (1) сообщество с доминированием *Lactobacillus crispatus* (L-доминанта), (2) сообщество с доминированием *Lactobacillus iners*, (3) сообщество с доминированием бактерий, связанных с бактериальным вагинозом, и (4) полимикробное сообщество. Показано, что микробиомы 3 и 4 типа связаны с повышенным риском развития ИППП. Отличительными характеристиками, определяющими здоровье влагалищной среды, являются уровень эстрогенов, отложение гликогена и микроструктура влагалища. Во взрослом возрасте лактобактерии являются доминирующими и регулируют pH, адгезию, агрегацию, иммуномодуляцию, синтез бактериоцинов и биосурфактантов, которые являются антагонистами патогенов.

Гипотеза авторов заключается в том, что реакция или отсутствие ответа на принимаемые пробиотики может быть обусловлена типом микробиома женщин. При этом знание исходного типа микробного сообщества позволило бы улучшить выбор пробиотиков для терапии.

В последние годы значительный прогресс в исследованиях микробиома был обусловлен методологически достижениями. Среди них — молекулярные и высокопроизводительные технологии секвенирования, такие как NGS (next-generation sequencing). Достигнут прогресс и в области ПЦП-исследований. Это позволяет диагностировать и своевременно лечить субклинические изменения микробиома, которые могут приводить к рецидивирующим вагинальным инфекциям и даже к неудачам экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

Относительная численность *Lactobacillus* значительно выше в нормальной микробиоте, представленной преимущественно *L. fermentum*, *L. gasseri*, *L. iners*, *L. jensenii*, *L. mucosae*, *L. ruminis*, *L. salivarius*, *L. coleohominis*. При БВ наблюдается значительное снижение уровня *Lactobacillus sp.* Не так давно были выявлены новые данные о *Lactobacillus crispatus* — основной детерминанте здоровья влагалища, наследуемой преимущественно среди американок европейского происхождения. Наследуемость *L. Crispatus* обратно коррелирует со снижением распространенности нарушений репродуктивной системы среди женщин европейского происхождения, включая БВ и преждевременные роды. Кислообразующая способность видов *Lactobacillus* стала основным критерием при оценке их пробиотических свойств. Считается, что *Lactobacillus crispatus* является сильным продуцентом молочной кислоты, поэтому она стала основой нескольких пробиотиков.

Lactobacillus acidophilus также является важным компонентом микробиома влагалища из-за способности к образованию молочной кислоты. Было доказано, что штамм KS400 продуцирует бактериоцин и подавляет рост урогенитальных патогенов, таких как *G. vaginalis*, *S. agalactiae* и *S. Aeruginosa*.

Среди грибов в микробиоте влагалища женщин наиболее часто встречаются *Candida albicans*. Она присутствует в среднем у 30% женского населения. Отмечается, что *C. albicans* значительно чаще определяется у женщин с вульвовагинальным кандидозом (ВВК).

Candida glabrata — распространенный вид из семейства *Candida spp.* Считается, что он связан с 17% РВБК. Его часто связывают с РВВИ из-за резистентности к препаратам класса азолов. По этой причине виды, не относящиеся к *albicans candida*, создают серьезную проблему при лечении РВВИ.

Таким образом, существует четкая связь между составом микробиома влагалища и риском развития вагинальных инфекций, проблем с репродуктивным здоровьем и других заболеваний. Пробиотики для восприимчивой женской популяции являются эффективным способом восстановления баланса микробиома влагалища и достижения эубиоза. А разработка персонализированных пробиотиков может значительно улучшить прогноз лечения РВВИ и решения репродуктивных проблем.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Источники финансирования. Работа выполнена без привлечения финансирования.

Конфликт интересов. Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с содержанием настоящей статьи.

Участие авторов. Бармина И.И. — сбор и анализ данных, написание текста статьи, редактирование.

Автор одобрила финальную версию статьи перед публикацией, выразила согласие нести ответственность за все аспекты работы, подразумевающую надлежащее изучение и решение вопросов, связанных с точностью или добросовестностью любой части работы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | REFERENCES

1. Erden M, Uyanik E, Polat M, et al. The effect of ≤ 6 cm sized noncavity-distorting intramural fibroids on in vitro fertilization outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril.* 2023;119(6):996-1007. doi: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.02.018>
2. Клинические рекомендации «Женское бесплодие» (утв. Министерством Здравоохранения РФ, 2021г.)
3. Nieman CL, Kazer R, Brannigan RE, et al. Cancer survivors and infertility: a review of a new problem and novel answers. *J Support Oncol.* 2006;4:171-8
4. Howell S, Shalet S. Gonadal damage from chemotherapy and radiotherapy. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 1998;27:927-43
5. Nielsen SN, Andersen AN, Schmidt KT, et al. A 10-year follow up of reproductive function in women treated for childhood cancer. *Reprod BioMed Online.* 2013;27:192-200
6. Gracia CR, Sammel MD, Freeman E, et al. Impact of cancer therapies on ovarian reserve. *Fertil Steril.* 2012;97(1):134-140.e1. doi: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.10.040>
7. Fraison E, Huberlant S, Labrune E, et al. Live birth rate after female fertility preservation for cancer or haematopoietic stem cell transplantation: a systematic review and meta-analysis of the three main techniques; embryo, oocyte and ovarian tissue cryopreservation. *Hum Reprod.* 2023;38(3):489-502. doi: <https://doi.org/10.1093/humrep/deac249>
8. Viotti M, Greco E, Grifo A, et al. Chromosomal, gestational, and neonatal outcomes of embryos classified as a mosaic by preimplantation genetic testing for aneuploidy. *Fertil Steril.* 2023;120(5):957-966. doi: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.07.022>
9. Cherouveim P, Bormann C. Artificial intelligence for sperm selection—a systematic review. *Fertil Steril.* 2023;120(1):24-31. doi: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.05.157>
10. Guahmich NL, Borini E, Zaninovic N. Improving outcomes of assisted reproductive technologies using artificial intelligence for sperm selection. *Fertil Steril.* 2023;120(4):729-734. doi: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.06.009>
11. Franco-Silva V, Refinetti P, Soares JrH, et al. Vaginal microbiome and a prospective analysis of vaginal microbiome testing and personalized probiotics supplementation as a beneficial approach to unlock optimal health for women: a narrative review. *European Gynecology and Obstetrics.* 2023;5(02):049-054. doi: <https://doi.org/10.53260/EGO.235022>

Рукопись получена: 26.02.2024. Одобрена к публикации: 26.02.2024. Опубликовано online: 31.03.2024.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ [AUTHORS INFO]

***Бармина Ирина Игоревна**, к.м.н. [**Irina I. Barmina**, PhD in Medical sciences]; адрес: Россия, 117036, Москва, ул. Дм. Ульянова, д. 11 [address: 11 Dm.Ulyanova street, 117036 Moscow, Russia];
ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-8067-5740>; eLibrary SPIN: 6331-2217; e-mail: barmina.irina@endocrincentr.ru

*Автор, ответственный за переписку / Corresponding author.

ЦИТИРОВАТЬ:

Бармина И.И. Новости репродуктивной медицины. Дайджест публикаций за 2023 г., выпуск 2 // *Вестник репродуктивного здоровья*. — 2024. — Т. 3. — №1. — С. 4-8. doi: <https://doi.org/10.14341/brh12718>

TO CITE THIS ARTICLE:

Barmina II Reproductive medicine news. Digest of publications for 2023, issue 2. *Bulletin of Reproductive Health.* 2024;3(1):4-8. doi: <https://doi.org/10.14341/brh12718>

ОБЗОР НАЦИОНАЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ КРИТЕРИЕВ ПРИЕМЛЕМОСТИ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ 2023 ГОДА

© Г.Т. Сухих¹, В.Н. Прилепская¹, Н.В. Аганезова², Е.Н. Андреева^{3,4*}, И.И. Баранов¹, Н.В. Долгушина¹, Н.В. Зароченцева⁵, Л.Ю. Карахалис⁶, Н.Ю. Каткова⁷, М.А. Кепша¹, Е.А. Межевитинова¹, Е.Г. Назаренко¹, Н.М. Назарова¹, Н.М. Подзолкова⁸, А.А. Сметник¹, Н.И. Тапильская⁹, Е.В. Уварова¹, М.Б. Хамошина¹⁰, Г.Е. Чернуха¹, О.В. Якушевская¹, О.В. Дженина¹¹, М.И. Ярмолинская^{2,9}

¹ФГБУ НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова Минздрава России, Москва, Россия

²ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

³Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии, Москва, Россия

⁴Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

⁵ГБУЗ МОНИИАГ, Москва, Россия

⁶ГБОУ ВПО «КубГМУ» Минздрава России, Краснодар, Россия

⁷ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

⁸ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Москва, Россия

⁹ФГБНУ «НИИ АГиР им. Д.О. Отта» Минздрава России, Москва, Россия

¹⁰Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

¹¹Первый флебологический центр г. Москвы, Москва, Россия

Начиная с 90-х годов прошлого века в мире достигнуто широкое понимание необходимости государственной поддержки и поощрения права отдельных лиц и пар регулировать репродуктивную жизнь и иметь доступ к соответствующей информации и услугам. Международные соглашения, в том числе декларация Международной конференции по народонаселению и развитию в Каире (1994 г.) и стратегия Всемирной организации здравоохранения в области репродуктивного здоровья (2004 г.), оценили репродуктивное здоровье и планирование семьи как важные международные приоритеты. Лидеры разных стран на Всемирном саммите 2005 г. решили к 2015 г. обозначить репродуктивное здоровье как национальную стратегию: «Прогресс для женщин — есть прогресс для всех».

Для улучшения качества медицинских услуг по репродуктивному выбору ВОЗ разработала комплекс признанных на международном уровне критериев приемлемости методов контрацепции для мужчин и женщин с учетом медицинских противопоказаний. Согласно плану ВОЗ, эти критерии должны использоваться отдельными странами для усовершенствования и разработки собственных руководств в соответствии с политикой, нуждами, приоритетами и возможностями национальных программ здравоохранения. США и Великобритания, Россия и др. — пример стран, которые первыми адаптировали Медицинские критерии приемлемости использования методов контрацепции ВОЗ для применения своими медицинскими специалистами.

Представленный Вам документ является итогом работы междисциплинарной группы экспертов.

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

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: контрацепция; коморбидность; репродукция; женское здоровье; критерии.

NATIONAL MEDICAL ELIGIBILITY CRITERIA FOR CONTRACEPTIVE USE 2023: REVIEW

© G.T. Sukhikh¹, V.N. Prilepskaya¹, N.V. Aganezova², E.N. Andreeva^{3,4*}, I.I. Baranov, N.V. Dolgushina¹, N.V. Zarochentseva⁵, L.Y. Karakhalis⁶, N.Y. Katkova⁷, M.A. Kepsha¹, E.A. Mezhevitinova¹, E.G. Nazarenko¹, N.M. Nazarova¹, N.M. Podzolkova⁸, A.A. Smetnik¹, N.I. Tapilskaya⁹, E.V. Uvarova¹, M.B. Khamoshina¹⁰, G.E. Chernukha¹, O.V. Yakushevskaya¹, O.V. Dzhennina¹¹, M.I. Yarmolinskaya^{2,9}

¹FSBI «National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology named after Academician V.I. Kulakov» of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

²North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia

³Endocrinology Research Centre, Moscow, Russia

⁴A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia

⁵Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology GBUZ MO MONIAG, Moscow, Russia

⁶Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

⁷Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russia

⁸Russian Medical Academy of Continuing Vocational Education, Moscow, Russia

⁹Research Institute of Obstetrics and Gynecology named after D.O. Ott, Moscow, Russia

¹⁰RUDN University, Moscow, Russia

¹¹First Phlebological Center, Moscow, Russia

*Автор, ответственный за переписку/Corresponding author.



Individual sexual and reproductive life management has been confirmed by medical and state communities since 1990s. Every citizen officially received rights for access to appropriate goods and services. Such international agreements as 1994 International Conference on Population and Development (ICPD, Cairo, Egypt) and 2004 WHO Reproductive health strategy, estimated reproductive health and family planning as priorities. Worldwide agreement on the 2005 summit declares achieving of female reproductive health before year 2015 as worldwide progress.

WHO created complex of international eligibility criteria for male and female contraception with the aim of medical aid improvement. According to WHO plan, those criteria should be used by countries considering policy, needs, priorities and resources of national healthcare programs. For example, USA, United Kingdom, Russia etc. have successfully adopted medical eligibility criteria for contraception on the national level.

The present review is summary product created by interdisciplinary expert group including representers of federal and regional healthcare establishments, medical universities, and international medical organizations.

KEYWORDS: *contraception; comorbidity; reproduction; female health; criteria.*

ПРИНЦИПЫ, ПОЛОЖЕННЫЕ В ОСНОВУ СОЗДАНИЯ ДОКУМЕНТА

Адаптация руководства «Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции» ВОЗ для России проходила в шесть стадий:

1. совещание экспертов, на котором было определено, какие изменения необходимо внести в руководство, и как именно это следует делать;
2. поиск и анализ новых систематизированных обзоров данных, необходимых для адаптации, и их оценка экспертами;
3. второе совещание экспертов, посвященное обсуждению подготовленного документа;
4. проведение секционного заседания в рамках Всероссийского конгресса по амбулаторно-поликлинической помощи — в эпицентре женского здоровья от менархе до менопаузы;
5. обсуждение рекомендаций на сайте Российского общества акушеров-гинекологов;
6. утверждение рекомендаций экспертным советом.

В феврале 2022 г. Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова провел двухдневное совещание с участием 20 ведущих специалистов и экспертов в области репродуктивного здоровья и планирования семьи. Цель совещания — определить, как именно адаптировать рекомендации ВОЗ к условиям Российской Федерации. Руководство «Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции ВОЗ» широко применяется во всем мире и содержит около 1800 отдельных рекомендаций.

Для каждой рекомендации, подлежащей изменению, и состояния, которое требовалось внести в руководство, был выполнен поиск новых научных данных. Для большинства рекомендаций в этом документе количество найденных публикаций об использовании того или иного метода контрацепции женщинами при различных состояниях было невелико.

Таким образом, в обоих руководствах — международном и российском — основанием для принятия большинства решений о медицинских критериях приемлемости противозачаточных средств служили:

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

Особенно ощущался недостаток данных о применении новых методов контрацепции.

В дальнейшем документ обсуждался на совещаниях экспертов, конференциях медицинских специалистов, профессиональных сайтах, после чего был утвержден экспертным советом.

В основу национального документа положены принципы медицины, основанной на доказательствах; при подготовке использованы в первую очередь наиболее качественные исследования и убедительные рекомендации; учтены принятые на сегодняшний день в Российской Федерации регламентирующие документы по охране репродуктивного здоровья, а также опыт зарубежных профессиональных сообществ по адаптации данного документа ВОЗ. В целом в рекомендациях ВОЗ и их варианте, принятом в России, использована одна и та же доказательная база. Экспертный совет решил, что международное руководство ВОЗ приемлемо и для России, за исключением тех ситуаций, когда имеется аргументированная причина для внесения изменений в связи с национальными особенностями.

АБОРТЫ И КОНТРАЦЕПЦИЯ В РОССИИ

Сохранение репродуктивного здоровья женщин и обеспечение безопасного материнства — одна из приоритетных задач современной медицины во всем мире. Безусловно, она должна решаться комплексно с учетом социальных, экономических, демографических и медицинских проблем, стоящих перед мировым сообществом в целом и каждой отдельной страной.

Аборты в России разрешены законом и входят в систему обязательного медицинского страхования. Медицинское прерывание беременности может совершаться по желанию женщины (на сроках до 12 недель), по социальным показаниям (на сроках до 22 недель), по медицинским показаниям (на любых сроках). Аборты в России производятся как в государственных, так и в частных медицинских учреждениях. Применяются три метода искусственного прерывания беременности. К ним относятся дилатация и кюретаж («выскабливание» — около 60–72% аборт в стране), вакуумная аспирация, используемая с 1989 г. (мини-аборт — 20% от общего числа) и медикаментозный аборт (8%).

По данным статистики, в мире ежегодно производится 45 млн аборт, что составляет 37–40 аборт на 1000 женщин фертильного возраста (см. табл. 1). От осложнений, связанных с незапланированной бере-

Таблица 1. Прерывание беременности (аборты)

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

менностью, умирает 500 000 женщин. Следует обратить внимание, что более трети всех аборт являются осложненными. Россия на протяжении многих лет занимала одно из ведущих мест по числу аборт, пагубные последствия которых приводят к смерти или нарушению репродуктивного здоровья женщин, которое является залогом рождения здорового потомства (см. график 1).

К сожалению, для россиян, независимо от гендерных и возрастных различий (см. табл. 2), типичны такие социокультуральные характеристики, как нейтральное отношение к аборт, что в известной мере связано с неоднозначным отношением населения к средствам контрацепции и достаточно низкой осведомленности об их методах и эффективности. Около четверти аборт в России приходится на возрастную категорию 25–29 лет, около 22% — на возраст 30–34 года и примерно столько же — на возраст 20–24 года.

В последнее десятилетие россиянки более активно применяют контрацепцию (см. табл. 3): по данным отечественного популяционного исследования, 85% респонденток фертильного возраста используют тот или иной метод, а 38% комбинируют их.

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

Как известно, аборт пагубным образом влияет на физическое и психическое здоровье женщины, способствуя возникновению ряда гинекологических заболеваний, таких как эндометриоз, миома матки, бесплодие, нарушения менструального цикла, невынашивание беременности, осложнения в родах и послеродовом периоде, а при проведении его женщинам с серьезными экстрагенитальными заболеваниями может быть крайне опасен и привести к инвалидизации.

Неоценимую роль в сохранении репродуктивного здоровья играет рациональная контрацепция, значение которой для профилактики нежеланной беременности, а следовательно, и аборт трудно переоценить. Кроме того, появление и усовершенствование обратимых контрацептивных методов длительного

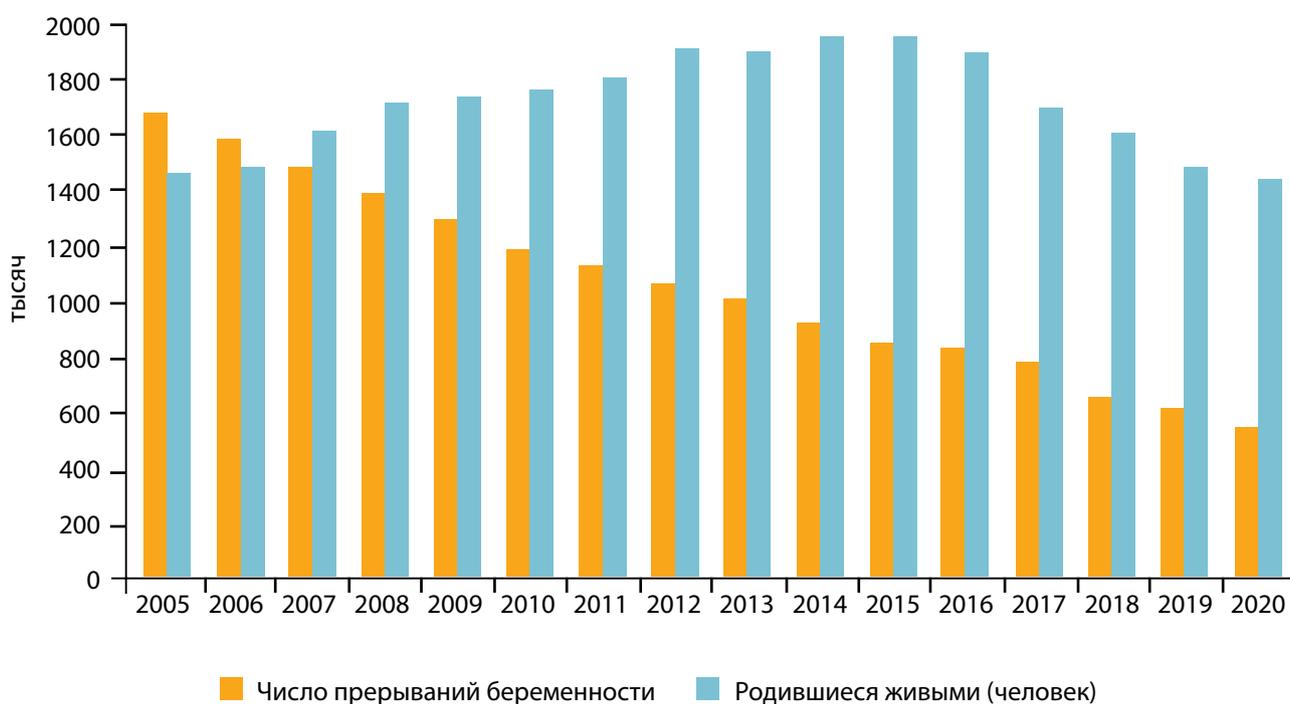


График 1. Число прерываний беременности (аборт) и численность родившихся живыми.

Таблица 2. Прерывание беременности (аборты) по возрастным группам

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

¹На 1000 женщин в возрасте 15–49 лет.²На 1000 женщин в возрасте 10–14 лет.³На 1000 женщин в возрасте 50 лет.

Таблица 3. Использование средств контрацепции в России (Росстат, 2021 г.)

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

действия способствует еще большему повышению эффективности, приемлемости и безопасности контрацепции, снижая при этом число контрацептивных неудач.

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

Существующие на сегодняшний день методы контрацепции крайне разнообразны: пероральные (комбинированные оральные контрацептивы (КОК), прогестиновые оральные контрацептивы), трансдермальные пластыри, вагинальные кольца, внутриматочные металлосодержащие и левоноргестрел-содержащие системы, подкожные имплантаты, хирургические и барьерные методы контрацепции. Каждый обладает своими преимуществами и недостатками. Какой метод и режим оптимальнее? Идеального метода контрацепции не суще-

ствует, но есть наиболее приемлемый для конкретной пациентки.

Гормональные контрацептивы — наиболее часто используемый в мире метод контрацепции и гормонотерапии. В большинстве стран мира растет количество женщин, принимающих КОК, и параллельно, как сказано выше, снижается число прерываний беременности. Выявляются все новые позитивные свойства КОК: снижение риска рака яичников, эндометрия, толстой кишки, снижение риска воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) и эктопической беременности, снижение риска доброкачественной дисплазии молочной железы (ДДМЖ) и др. Сегодня гормональная контрацепция сохраняет жизни: в частности, применение женщиной гормональных контрацептивов в течение 3 лет снижает материнскую смертность на 25–30%, детскую смертность — на 40%.

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

Современная стратегия развития гормональной контрацепции предполагает снижение дозы компонентов в препаратах для их лучшей переносимости, синтез прогестагенов с высокой селективностью к рецепторам прогестерона, новые пути введения препаратов, изменение режима их применения и внедрение обратимых длительно действующих методов, не требующих постоянного контроля за применением.

Таблица 4. Категории приемлемости методов контрацепции ВОЗ

Категория	С учетом клинических данных	При недостатке клинических данных
1	Состояние, при котором нет ограничений к применению того или иного метода контрацепции. Метод можно использовать при любых обстоятельствах	ДА Метод можно использовать
2	Состояние, при котором преимущества метода в целом превосходят теоретически обоснованный или доказанный риск. В большинстве случаев метод можно использовать.	
3	Состояние, при котором теоретический или доказанный риск в целом превосходит преимущества метода. Как правило, метод не рекомендуют, если существуют другие, более приемлемые и доступные способы контрацепции.	НЕТ Метод не следует использовать
4	Состояние, которое представляет неприемлемо высокий риск для здоровья при использовании данного метода контрацепции. Метод не рекомендуется к применению.	

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДОКУМЕНТА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Состояния, влияющие на приемлемость использования каждого метода контрацепции, относят к одной из четырех категорий приемлемости методов контрацепции ВОЗ (табл. 4).

Медицинские работники могут руководствоваться этими категориями для оценки безопасности метода контрацепции у женщин и мужчин с теми или иными состояниями и особенностями.

Категория 1 — отсутствие каких-либо ограничений к использованию метода.

Категория 2 — метод в большинстве случаев применим, но требуется более тщательное наблюдение.

Категория 3 — метод не рекомендуют к применению при наличии других доступных и приемлемых для пациента способов контрацепции; необходимо тщательно взвесить все за и против и убедиться, что при необходимости пациентке/пациенту будет оказана необходимая помощь.

Категория 4 — применение метода сопряжено с неприемлемо высоким риском для здоровья.

В первой колонке перечислены различные состояния. К ним относят не только заболевания (например, сахарный диабет или артериальную гипертензию), но и другие характеристики человека (скажем, возраст или наличие беременностей в анамнезе). Некоторые состояния делят на несколько разновидностей (например, мигрень с аурой или без). Во второй колонке для каждого состояния указана категория (от 1 до 4 или A, C, D и S) (табл. 5, 6). Для некоторых состояний таблицу дополняют третьей колонкой, в которой размещают пояснения или научные доказательства (табл. 7).

В данном документе приведены также данные по наиболее часто используемым обратимым методам контрацепции и категориям их применения. Этот перечень можно использовать во время приема пациентов как краткий справочник.

Критерии приемлемости методов контрацепции должны использоваться только при выборе средства *предупреждения нежеланной беременности* и не годятся для других ситуаций, например при определении тактики лечения аномальных маточных кровотечений, так как

Таблица 5. Категории использования методов контрацепции, основанных на контроле фертильности

Категории	Примечания
A Операция возможна	Нет никаких причин медицинского характера, заставляющих отказать в стерилизации
C Операцию можно провести, но с осторожностью	Операцию выполняют в плановом порядке, но с более тщательной подготовкой, принятием определенных мер предосторожности и проведением консультаций
D Операцию следует отложить	Операцию откладывают до тех пор, пока не будет уточнен диагноз и проведено лечение, или пока состояние больного не изменится. На некоторое время можно предложить другой метод контрацепции
S Необходимы особые условия (S от англ. special)	Операция возможна только при достаточном опыте хирурга и прочего персонала и хорошей оснащенности медицинского учреждения (в том числе наличии оборудования для общей анестезии). Следует определиться с наиболее подходящими для пациента методикой операции и методом обезболивания. Если пациенту необходимы дополнительные консультации, или операция откладывается по иным причинам, на некоторое время можно предложить другой метод контрацепции

Таблица 6. Категории для использования добровольной стерилизации мужчин и женщин

Категории		Примечания
A	Метод приемлем (A от англ. accept)	В данных обстоятельствах медицинских противопоказаний для применения того или иного ритмического метода не существует
C	Метод следует применять с осторожностью (C от англ. caution)	Метод используется в обычном порядке, но с дополнительной подготовкой и мерами предосторожности. В ряде случаев может потребоваться консультация специалиста, чтобы обеспечить правильное использование метода в данных обстоятельствах
D	Рекомендуется отсрочка (D от англ. delay)	Применение метода рекомендуется отложить до проведения надлежащей диагностики и/или принятия соответствующих мер по устранению патологического состояния. Женщине следует предложить временно перейти на другие методы контрацепции

Таблица 7. Образец таблицы медицинских критериев приемлемости

Название метода контрацепции		
Состояние	Категория Н = начало или П = продолжение	Пояснения / Научные доказательства
Например, сахарный диабет	Категория 1, 2, 3 или 4 категория А, С, D или S НП (не применимо к данному случаю), то есть данное состояние невозможно классифицировать по вышеприведенным категориям; в этом случае даются необходимые разъяснения	Пояснения и доказательства, касающиеся классификации

соотношение риска и пользы в первом и втором случаях может быть разным.

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

МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Женщинам, мужчинам и супружеским парам, а особенно врачам, выбирающим наиболее подходящий метод контрацепции, приходится учитывать многие факторы, в том числе безопасность, эффективность, доступность (наличие в продаже и стоимость), а также приемлемость.

Рекомендации ВОЗ (табл. 4) уделяют основное внимание безопасности метода контрацепции для лиц с определенными особенностями или состояниями. Например, классификационная категория 1 означает, что в данном случае тот или иной метод контрацепции с точки зрения безопасности не имеет ограничений к применению, однако это еще не значит, что он представляет собой наилучший выбор для пациента. Решающую роль могут играть совсем другие факторы, например эффективность, доступность и возможность приобретения какого-либо средства. Добровольный и осознанный выбор метода контрацепции — неотъемлемый принцип данного Руководства, и консультация по противозачаточным средствам может стать важным фактором, определяющим успешное применение того или иного метода.

При выборе метода контрацепции необходимо учитывать риск инфекций, передающихся половым путем (ИППП), в том числе ВИЧ-инфекции. Так, гормональные и внутриматочные контрацептивы эффективно предупреждают беременность, однако не защищают от ИППП. Регулярное и правильное использование мужчинами латексных презервативов снижает риск ИППП.

Выбор метода контрацепции в значительной степени определяется тем, насколько успешно он предотвращает аборт и нежелательную беременность. Для методов важным условием эффективности является их правильное применение. В таблице 8 приведены данные о частоте незапланированных беременностей, наступивших в течение первого года абсолютно правильного и постоянного применения контрацептивных методов по сравнению с куда чаще наблюдаемым типичным применением, при котором возможны различные отклонения от методики использования (например, ошибки при использовании презерватива, периодический пропуск приема таблеток и т.д.). Систематичность и правильность применения методов контрацепции в значительной мере зависят от возраста, уровня доходов, воспитания человека и др. По мере того, как накапливается опыт использования какого-либо метода (и женщинами, и мужчинами), эффективность его возрастает.

Все методы контрацепции, кроме мужской и женской стерилизации, обратимы. Фертильность после отказа от них, как правило, восстанавливается быстро. Применение КОК не оказывало негативного влияния на овариальный резерв. Исключение составляют инъекции медроксипрогестерона ацетата длительного действия.

Таблица 8. Частота незапланированных беременностей, наступивших в течение первого года при абсолютно правильном и типичном применении различных методов контрацепции, и доля женщин, продолжавших применять метод к концу первого года

Метод	Частота незапланированных беременностей, наступивших в течение первого года использования метода, %		Доля женщин, продолжавших использовать метод к концу первого года, % ³
	Типичное применение ¹	Абс. правильное применение ²	
Контрацептивы не применяли ⁴	85	85	
Спермицидные средства ⁵			42
Бензалкония хлорид ^{5a}	2,42	1,2	
Ноноксинол-9 ^{5b}	21	16	
Прерванный половой акт	27	4	43
Ритмические методы	25		51
Метод стандартных дней ⁶	-	5	-
Двухдневный метод ⁶	-	4	-
Овуляционный метод ⁶	-	3	-
Влагалищные губки	-	-	-
Рожавшие женщины	32	20	46
Нерожавшие женщины	16	9	57
Влагалищные диафрагмы ⁷	16	6	57
Презервативы ⁸	-	-	-
Женские	21	5	49
Мужские	15	2	53
Комбинированные пероральные контрацептивы и чисто прогестиновые ОК	8	0,3	68
Гормональный пластырь	8	0,3	68
Комбинированное гормональное влагалищное кольцо	8	0,3	68
Медроксипрогестерона ацетат	3	0,3	56
Комбинированные инъекционные контрацептивы	3	0,05	56
Внутриматочные контрацептивы (ВМК)	-	-	-
Металлсодержащие ВМК	0,8	0,6	78
ВМК с левоноргестрелом	0,2	0,2	80
Имплантаты с этоноргестрелом	0,05	0,05	84
Женская стерилизация	0,5	0,5	100
Мужская стерилизация	0,15	0,10	100

Таблетки для экстренной контрацепции: прием в течение 72 часов после полового акта уменьшает вероятность наступления беременности по крайней мере на 75%⁹

Примечания.

- Доля супружеских пар, применявших данный метод контрацепции (не обязательно впервые) типичным образом и столкнувшихся с проблемой незапланированной беременности, при условии, что они не прекратили пользоваться этим способом предохранения по какой-либо другой причине. Показатели частоты наступления беременности в течение первого года типичного применения спермицидных средств, прерванного полового акта, ритмических методов, влагалищных диафрагм, мужских презервативов, пероральных контрацептивов и инъекций медроксипрогестерона ацетата взяты из National Survey of Family Growth (1995) с поправкой на количество неучтенных аборт; происхождение показателей для других методов поясняется в тексте.
- Доля супружеских пар, применявших данный метод контрацепции (не обязательно впервые) систематически, полностью соблюдая все рекомендации, и столкнувшихся с проблемой незапланированной беременности, при условии, что они не прекратили пользоваться этим способом предохранения по какой-либо другой причине.
- Доля супружеских пар, применявших данный метод контрацепции в течение 1 года.
- Доля женщин, у которых наступила беременность (столбцы 2 и 3), вычислена на основании данных, касающихся тех категорий населения, которые не пользуются контрацептивами, и тех женщин, которые прекратили ими пользоваться, желая забеременеть. В этих группах беременность в течение 1 года наступает в 89% случаев. Этот показатель был несколько скорректирован в сторону уменьшения (до 85%) с учетом женщин, у которых беременность наступит в течение 1 года после отмены обратимой контрацепции.
- Влагалищные суппозитории, кремы, гели, таблетки и капсулы.
5a. Marmor D. La contraception locale spermicide. Gynecol Obstet Fertil. 2001; 29: 705-713.
5b. Family Planning: A Global Handbook for Providers 2018 World Health Organization and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2018.
- Овуляционный и двухдневный метод основаны на исследовании слизи из шейки матки. Метод стандартных дней предполагает воздержание от половых актов с 8-го по 19-й день менструального цикла.
- В сочетании со спермицидным кремом или гелем.
- Без использования спермицидных средств.
- Схема применения: первая доза левоноргестрела (0,75 мг) не позднее чем через 120 часов после полового акта, вторая — через 12 ч после первой. Можно также принять обе дозы одновременно.
- Для эффективной защиты от беременности необходимо использовать другой метод контрацепции сразу после возобновления менструаций, уменьшения частоты и продолжительности кормлений, перехода на искусственное вскармливание или по достижении ребенком 6-месячного возраста.

Восстановление фертильности в этом случае, вне зависимости от продолжительности применения метода, более чем в половине случаев происходит в среднем через 10 месяцев после получения последней инъекции. Мужская и женская стерилизации приводят к стойкой потере фертильности.

ПАЦИЕНТЫ ИЗ ГРУПП РИСКА

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

ИППП И КОНТРАЦЕПЦИЯ — ДВОЙНАЯ ЗАЩИТА

При разработке международных норм применения контрацептивных средств нельзя забывать о социальных, культурных и поведенческих особенностях каждого пациента. В этом плане проблема профилактики ИППП, в том числе ВИЧ-инфекции, заслуживает особого внимания, поскольку она не менее важна, чем проблема предупреждения нежеланной беременности. При высоком риске ВИЧ-инфекции и других ИППП медицинские работники должны рекомендовать двойную защиту — сочетание презервативов с иными методами контрацепции либо постоянное и правильное использование только презервативов. И женщинам, и мужчинам, обращающимся за помощью в выборе метода контрацепции, следует всегда напоминать о важности барьерного метода в про-

филактике ВИЧ-инфекции и других ИППП, а также рекомендовать использовать этот метод при необходимости. Мужские латексные презервативы высокоэффективны в профилактике ВИЧ-инфекции и других ИППП при условии их постоянного и правильного использования.

ПАЦИЕНТЫ С ОСОБЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ: ПОДРОСТКИ

В принципе, подросткам может быть рекомендован любой метод контрацепции (кроме стерилизации, в том числе ВМК). С медицинской точки зрения возраст сам по себе не может служить причиной для того, чтобы лишить подростков доступа к тому или иному методу контрацепции. Многие критерии приемлемости методов контрацепции, разработанные для людей зрелого возраста, также применимы для подростков. Однако некоторые состояния, например болезни сердца и сосудов, не влияют на состояние здоровья молодых людей, так как крайне редко встречаются в этой возрастной группе.

При подборе метода контрацепции необходимо учитывать такие факторы, как нерегулярный характер половой жизни, необходимость скрывать наличие сексуальных отношений и применение контрацептивов. Кроме того, потребности в контрацептивах у сексуально активных незамужних девушек и неженатых юношей существенно отличаются от потребностей молодых супружеских пар, которые хотят отсрочить первую беременность, установить определенный промежуток между родами и ограничить число беременностей. Расширение арсенала противозачаточных средств способствует удовлетворенности потребителей, увеличивает их число и популяризирует применение различных методов контрацепции.

Таблица 9. Незапланированная беременность в связи с угрожающими здоровью состояниями

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

¹ При наличии риска ВИЧ-инфекции и других ИППП требуется двойная защита — против инфекций и нежелательной беременности, что достигается постоянным и правильным применением презервативов или их сочетанием с другими методами контрацепции.

Разъяснительная работа на всех этапах ведения помогает подросткам справиться с характерными для этой возрастной группы проблемами и дать им возможность свободного выбора в условиях достаточной информированности.

ПАЦИЕНТЫ С ОСОБЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ: ЛЮДИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Особого внимания также заслуживает предоставление контрацептивных средств людям с ограниченными физическими возможностями (инвалидам). Принимая решение о приемлемости противозачаточного средства, следует учитывать причину инвалидности, метод контрацепции и механизм его действия, а также пожелания пациента. Например, некоторые барьерные методы неудобно использовать людям с нарушениями движений рук. Комбинированные оральные контрацептивы не подходят женщинам с нарушениями кровообращения или обездвиженными конечностями даже при отсутствии тромбофилии, что обусловлено высоким риском тромбоза глубоких вен; ряд методов предпочтителен для лиц с психическими заболеваниями или нарушениями интеллекта, которые могут забывать о необходимости ежедневно принимать препарат. Целесообразно рассмотреть такие методы долгосрочной контрацепции, как ЛНГ-содержащие внутриматочные системы ввиду их высокой эффективности, не зависящей от ежедневной рутины и низкого риска развития ВТЭО.

У женщин, которым трудно соблюдать правила гигиены во время менструаций, следует учитывать влияние метода на менструальный цикл.

В ситуациях, когда характер заболевания не позволяет пациенту сделать независимый осознанный выбор относительно метода контрацепции, решение может быть принято только при участии пациента, а также лиц, оказывающих ему поддержку, лиц, представляющих его права, или опекунов, с учетом этических норм.

ПАЦИЕНТЫ С ОСОБЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ: ЛЮДИ С ОТЯГОЩЕННЫМ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ

Медицинские критерии приемлемости методов контрацепции индивидуальны для пациенток с онкологическими заболеваниями органов репродуктивной системы. Противоопухолевая и циторедуктивная терапия часто сопровождается снижением уровня фертильности, однако 30% онкологических пациенток потенциально нуждаются в назначении контрацепции. Выбор метода определяет не только рецепторный статус опухоли, но и характер ремиссии, риск рецидива заболевания, степень циторедукции. Беременность, наступившая сразу после завершения противоопухолевой терапии, ассоциирована с увеличением риска рецидива заболевания в течение первых 2 лет после окончания основного лечения. Контрацепция позволяет предотвратить оплодотворение яйцеклеток, которые могли подвергнуться токсическому воздействию химиотерапии, в случае наступления оплодотворения — избежать высокой частоты гибели плода и пороков развития.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

КОМБИНИРОВАННЫЕ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ

КОК (см. табл. 10) представляют собой группу пероральных контрацептивов, содержащих комбинацию эстрогена и прогестина, являющихся синтетическими аналогами естественных гормонов эстрадиола и прогестерона. Большинство КОК содержит 20–30 мкг синтетического этинилэстрадиола или биоидентичный предшественник 17β-эстрадиола — эстрадиола валерат/гемигидрат, эстетрол.

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

В зависимости от комбинации эстрогена и гестагена различают: монофазные (когда на протяжении приема ежедневно в организм женщины поступает одинаковая доза эстрогена и гестагена) и многофазные (с переменной дозой эстрогена и гестагена, имитирующая колебания содержания естественных яичниковых гормонов в течение нормального менструального цикла со снижением общей курсовой дозы гестагенного компонента на 40%).

Основной механизм действия КОК — угнетение секреции гипофизом гонадотропных гормонов с последующим подавлением фолликулогенеза и овуляции. Гестагенный компонент КОК приводит к изменениям цервикальной слизи, эндометрия и подвижности эндотелия маточных труб, тем самым обеспечивая контрацептивный эффект. Нарушение режима приема контрацептива способствует увеличению риска наступления незапланированной беременности. При относительном соблюдении режима применения на 100 женщин, применяющих КОК в течение первого года, приходится около 8 случаев незапланированной беременности. При абсолютном соблюдении схемы приема таблеток на 100 женщин, применяющих КОК в течение первого года, приходится менее 1 случая незапланированной беременности (3 случая на 1 тыс. женщин).

Восстановление фертильности после отмены КОК происходит немедленно. КОК не обеспечивают профилактики инфекций, передаваемых половым путем.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ, СОДЕРЖАЩИЕ 20 И 30 МКГ ЭТИНИЛЭСТРАДИОЛА/3 МГ ДРОСПИРЕНОНА С ДОБАВЛЕНИЕМ ФОЛАТОВ (ЛЕВОМЕФОЛАТ КАЛЬЦИЯ 450 МКГ)

В последние годы разработаны новые КОК, содержащие 20 и 30 мкг этинилэстрадиола/3 мг дроспиренона с добавлением фолатов (левомефолат кальция 450 мкг). Добавление фолатов в состав КОК способствует ликвидации относительного дефицита фолатов, который у российских женщин наблюдается в 85% случаев. Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (2015 г.), нормализация уровня гомоцистеина

возможна при достижении уровня фолатов выше 14 нг/мл в сыворотке крови и 906 нмоль/л в эритроцитах.

Фолаты играют ключевую роль в профилактике дефектов нервной трубки у эмбриона/плода. Процесс закладки нервной трубки завершается через 24–28 дней после зачатия, что соответствует акушерскому сроку беременности 5/6 нед. Женщины в России часто игнорируют прегравидарную подготовку. Они становятся на учет по беременности в женские консультации или медицинские центры, где получают витаминные комплексы, но в сроки, когда аномалии нервной трубки уже могли сформироваться. Консультирование в отношении КОК с фолатами позволяет повысить осведомленность женщин о необходимости приема фолатов до зачатия как важной составляющей пренатальной подготовки. Согласно результатам международного исследования, прием оральных контрацептивов (ОК) с Метафолином способен снизить частоту дисплазии нервной трубки (ДНТ) на 23,7–31,4% по сравнению с приемом обычных ОК. Поскольку беременность может наступить на фоне приема ОК или вскоре после их отмены, добавление в препарат Метафолина способно снизить риск ДНТ у плода.

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

В большинстве случаев повышение уровня гомоцистеина — это результат дефицита фолатов в организме, поэтому пациенткам с СПЯ могут быть рекомендованы КОК с фолатами.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ОРАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ, СОДЕРЖАЩИЕ ИДЕНТИЧНЫЙ НАТУРАЛЬНОМУ ЭСТРОГЕН

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

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

Эстрадиол валерат (Э2В) — предшественник 17β-эстрадиола, идентичного натуральному, который оказывает основные эстрогенные эффекты в течение всей репродуктивной жизни женщины. В организме Э2В быстро расщепляется до 17β-эстрадиола и валери-

ановой кислоты. Эстрогенные эффекты и метаболизм Э2В и 17β-эстрадиола являются в качественном и количественном отношении сходными. КОК с эстрогеном, идентичным натуральному 17β-эстрадиолу, обладает благоприятным влиянием на параметры метаболизма, гемостаза (риск ВТЭ на 60% ниже других КОК), состояние слизистой влагалища и сексуальную функцию, переносимость, что было изучено во многих исследованиях.

КОК с Э2В/ДНГ — единственный препарат с динамическим режимом дозирования и укороченным безгормональным интервалом (БГИ) 26+2, имеющим зарегистрированное показание в РФ — «терапия обильных и/или длительных менструальных кровотечений без органических причин у женщин, желающих применять пероральные контрацептивы». Результаты нескольких РКИ показали значимый профиль эффективности комбинации Э2В/ДНГ в отношении снижения менструальной кровопотери: на 71–79% после 3 мес. и на 88% после 6 мес. приема препарата суммарно, что коррелировало со значимым улучшением параметров метаболизма железа (гемоглобина, гематокрита и ферритина) и уменьшением таких симптомов дефицита железа, как слабость и утомляемость. В клинических рекомендациях по аномальным маточным кровотечениям имеется указание, что монофазные КОК снижают объем менструальной кровопотери на 40–50%, тогда как КОК, в состав которого входит эстрадиол валерат и диеногест с динамическим режимом дозирования, — до 88%.

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

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

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

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

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

В клинических исследованиях, проведенных в России, странах Европы, США и Канаде, показана высокая контрацептивная надежность (99,6%) КОК, содержащего E4/ДРСП, хороший контроль менструального цикла на фоне его использования, хорошая переносимость. Препарат показан к применению с целью контрацепции в возрасте старше 18 лет.

ТРЕХФАЗНЫЙ КОМБИНИРОВАННЫЙ ГОРМОНАЛЬНЫЙ КОНТРАЦЕПТИВ, СОДЕРЖАЩИЙ ЭТИНИЛЭСТРАДИОЛ И ДЕЗОГЕСТРЕЛ

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

Авторами отмечено отсутствие различий в частоте аномального маточного кровотечения и аменореи на фоне применения трех- и монофазных препаратов.

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

КОНТРАЦЕПТИВНАЯ ТРАНСДЕРМАЛЬНАЯ СИСТЕМА (ТС)

Контрацептивная трансдермальная система представляет собой пластырь, прикрепляемый к коже. Из пластыря непрерывно высвобождаются в кровь два гормона — норэргестромин и этинилэстрадиол, являющиеся синтетическими аналогами естественных гормонов про-

гестерона и эстрадиола. Замена пластыря производится еженедельно в течение 3 недель с последующим недельным перерывом, во время которого у женщины происходит менструальноподобное кровотечение.

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

Поскольку комбинированный пластырь относится к группе новых средств контрацепции, его фактическая эффективность пока остается малоизученной.

Восстановление фертильности после отмены препарата происходит немедленно.

Профилактика инфекций, передаваемых половым путем, не обеспечивается.

КОМБИНИРОВАННОЕ КОНТРАЦЕПТИВНОЕ КОЛЬЦО (К)

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

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

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

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

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

Влагалищное кольцо не мешает при половых контактах, кроме того, не снижает чувствительность партнеров, не нарушает интимности и спонтанности сексуальных отношений.

По данным некоторых авторов, 89% женщин и 91% их половых партнеров отмечают улучшение качества сексуальных отношений, повышение сексуальной активности.

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

Восстановление фертильности после отмены метода происходит немедленно.

Профилактика инфекций, передаваемых половым путем, не обеспечивается.

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

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

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

Нельзя забывать и том, что комбинированные гормональные контрацептивы не защищают от инфекций, передаваемых половым путем, и вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

В ожидании новых доказательств рабочая группа пришла к заключению, что данные, доступные для КОК,

относятся и к контрацептивной трансдермальной системе, и влагалищному кольцу. Поэтому у пластыря и кольца должны быть те же самые категории, что и у КОК. Рекомендации, содержащиеся в настоящем руководстве, одинаковы для всех составов КГК, независимо от эстрогенного и гестагенного компонента и метода их введения (табл. 10).

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОММЕНТАРИИ

Кормление грудью

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

Мизопропрост

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

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

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

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

СРЕДСТВА НЕОТЛОЖНОЙ (ЭКСТРЕННОЙ) КОНТРАЦЕПЦИИ

Неотложная (экстренная) контрацепция (табл. 11) — это метод контрацепции, применяемый женщинами в течение нескольких часов или дней после незащищенного полового акта, с целью предотвратить беременность, прежде чем она наступит. Иногда эту контрацепцию называют посткоитальной. При корректном применении, по данным ВОЗ, экстренная контрацепция (ЭК) может предотвратить более 95% нежелательных беременностей. ЭК можно использовать в следующих ситуациях: незащищенный половой акт, неправильное или неудачное использование методов контрацепции и сексуальное насилие, когда женщина не была защищена эффективным методом контрацепции. После использования ЭК женщина может возобновить или инициировать регулярный метод контрацепции.

Таблица 10. Комбинированные гормональные методы контрацепции

Комбинированные гормональные контрацептивы не защищают от инфекций, передаваемых половым путем и вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

Состояние *дополнительные комментарии в конце таблицы	Категория Н = начало или П = продолжение	Пояснения/ Научные доказательства
Персональные характеристики и репродуктивный анамнез		
Беременность	НП	НП=не применимо Пояснение: использование КОК, ТС или К не требуется. Нет данных о каком-либо известном вредном влиянии на течение беременности или плод, если КОК, Пл или К случайно использовались в этот период
Возраст		Пояснение: риск развития сердечно-сосудистых заболеваний увеличивается с возрастом и может повышаться при использовании комбинированных гормональных контрацептивов. В отсутствие других неблагоприятных клинических состояний комбинированные гормональные контрацептивы могут применяться до наступления менопаузы и в течение 1 года после нее
1) от менархе до ≥ 40 лет	1	Женщинам, имеющим репродуктивные планы, с целью профилактики возникновения патологии плода и сохранения здоровья следует рекомендовано отдать предпочтение КОК с фолатами в составе
2) ≥ 40 лет	2	Женщинам в зрелом возрасте следует отдавать предпочтение КОК с эстрогеном, идентичным натуральному (см. дополнительные комментарии: Контрацепция и перименопауза)
Паритет		
1) рожавшие	1	
2) нерожавшие	1	
Кормление грудью*		Научные доказательства: клинические исследования демонстрируют противоречивые результаты относительно влияния КОК на количество молока у женщин во время грудного вскармливания; нет данных об их воздействии на вес новорожденного.
1) <6 недель после родов	4	Неблагоприятные последствия для здоровья или какие-либо проявления эффектов экзогенных эстрогенов на новорожденных, подвергнутых воздействию комбинированных гормональных контрацептивов через грудное молоко, не были продемонстрированы.
2) ≥ 6 недель после родов <6 месяцев (преимущественно грудное вскармливание)	3	В целом, эти исследования имеют низкое качество, в них отсутствуют стандарты определения грудного вскармливания или оценки исходов, и они не включали недоношенных или больных младенцев. Присутствует теоретическая озабоченность по поводу последствий применения комбинированных гормональных контрацептивов на продукцию грудного молока в течение первых недель после родов, когда устанавливается лактация.
3) ≥ 6 месяцев после родов	2	Экспертная группа рекомендует кормить младенцев исключительно грудью первые 6 месяцев после родов. В идеале грудное вскармливание должно продолжаться в течение первого года жизни. Использование исключительно грудного вскармливания новорожденного в течение первых 6 месяцев после родов при отсутствии менструации у женщины может быть эффективным методом контрацепции (метод лактационной аменореи — см. далее в таблицах)
Послеродовой период (у некормящих женщин)		Доказательства: риск ВТЭ повышается во время беременности и в послеродовом периоде; риск наиболее высок в течение первых 3 недель после родов
1) <21 дня	3	
2) ≥ 21 дня	3	
Постабортный период		Пояснение: прием КОК, ТС или К может быть начат сразу после аборта, включая индуцированные и спонтанные аборты <22 недель беременности.
1) первый триместр	1	Научные доказательства: у женщин, которые начали получать КОК сразу после медикаментозного или хирургического аборта, произведенного в первом триместре беременности, не отмечено большего числа побочных эффектов, влагалищных кровотечений или клинически значимых изменений параметров коагуляции по сравнению с женщинами, которые использовали плацебо, ВМС, негормональные контрацептивные методы или в случае отсроченного начала приема КОК.
2) второй триместр Сразу после септического аборта	1	Имеются ограниченные данные по использованию кольца женщинами сразу после медикаментозного или хирургического аборта, произведенного в первом триместре беременности, которые не продемонстрировали какие-либо серьезные неблагоприятные события и инфекции, имевшие отношение к применению комбинированного влагалищного контрацептивного кольца в течение трех циклов после аборта
Внематочная беременность в анамнезе	1	Пояснение: для женщин, имеющих внематочную беременность в анамнезе, риск эктопической беременности в последующем увеличивается. Комбинированные гормональные контрацептивы защищают от наступления беременности в целом, в том числе и внематочной

* Использование уровня Д-димера в качестве маркера высокого риска первичного эпизода ВТЭ для бессимптомных пациентов, в том числе женщин, планирующих или уже принимающих комбинированные оральные контрацептивы, в настоящее время не целесообразно и не может быть рекомендовано в связи с отсутствием достаточной доказательной базы. Исследования, в том числе рандомизированные, оценивающие влияние разных типов оральных контрацептивов на показатели гемостаза, показывают повышение уровня Д-димера на фоне приема эстроген-гестагеновых препаратов, максимально выраженное в первые 3 месяца от начала приема контрацептивов. Результаты наблюдения подтверждают концепцию динамического изменения прокоагулянтного потенциала при использовании комбинированных контрацептивов, что зависит от типа и дозы эстрогена и типа гестагена, а также длительности приема, однако данных недостаточно для рекомендаций рутинного тестирования Д-димера как индивидуального маркера высокого риска тромботических осложнений при планировании и на фоне проведения гормональной контрацепции

Продолжение таблицы 10

Комбинированные гормональные контрацептивы не защищают от инфекций, передаваемых половым путем и вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

Состояние *дополнительные комментарии в конце таблицы	Категория Н = начало или П = продолжение	Пояснения/ Научные доказательства
Хирургическое вмешательство на органах малого таза в анамнезе	1	
Курение		
1) возраст <35 лет	2	Научные доказательства: для курящих пользователей КОК характерно повышение риска сердечно-сосудистых заболеваний, особенно инфаркта миокарда, по сравнению с некурящими. Исследования показали также повышение риска инфаркта миокарда в прямой зависимости от увеличения числа выкуриваемых в день сигарет. Отмечено, что в возрасте старше 35 лет зарегистрировано статистически значимое повышение смертности, связанной с курением. Пользователи комбинированных оральных контрацептивов, которые выкуривают более 15 сигарет в день, так называемые заядлые курильщики, имеют наибольшее увеличение риска развития инфаркта миокарда. Смертность от всех причин (в том числе рака) уменьшается до уровня некурящего человека в течение 20 лет после отказа от курения. Риск сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с курением, уменьшается в течение от одного года до пяти лет после отказа от курения
2) возраст ≥35 лет		
а) <15 сигарет/день	3	
б) ≥15 сигарет/день	4	
в) прекратила курение <1 года назад	3	
г) прекратила курение ≥1 год и более	2	
Ожирение		Научные доказательства: у страдающих ожирением женщин, которые используют КОК, с большей вероятностью может возникнуть венозная тромбоэмболия, чем у страдающих ожирением женщин, не использующих КОК. Ограниченные данные свидетельствуют о том, что у страдающих ожирением женщин, использующих КОК, отсутствует более высокий риск острого инфаркта миокарда или инсульта, чем у страдающих ожирением лиц, не использующих эти средства.
1) индекс массы тела (ИМТ) ≥30 кг/м ²	2	Имеются ограниченные данные относительно изменения эффективности КОК в зависимости от массы тела или ИМТ. У женщин во всех категориях ИМТ было получено сходное увеличение веса в течение трех месяцев применения КОК и влагалищного кольца. Эффективность пластыря снижалась у женщин, которые весили >90 кг; однако не было обнаружено никакой корреляции между риском наступления беременности и величиной ИМТ
2) от менархе и до <18 лет и ИМТ ≥30 кг/м ²	2	
Хирургическое лечение ожирения в анамнезе		
1) рестриктивные процедуры: операции, уменьшающие объем желудка	1	Научные доказательства: ограниченные данные не продемонстрировали существенного снижения эффективности оральных контрацептивов среди женщин, которым были выполнены операции, уменьшающие объем желудка (бандажирование желудка).
2) мальабсорбтивные процедуры: операции, ведущие к снижению всасывания питательных веществ и потребления калорий за счет укорочения функциональной длины тонкого кишечника	КОК — 3 Пл, К — 1	Научные доказательства: ограниченные данные не продемонстрировали существенного снижения эффективности оральных контрацептивов у женщин, которые подверглись билиопанкреатическому шунтированию, однако данные фармакокинетических исследований показали противоречивые результаты эффективности оральных контрацептивов среди женщин, которые подверглись тоще-подвздошному шунтированию. Пояснения: при проведении бариатрических хирургических процедур, связанных с мальабсорбтивным компонентом, возможно снижение эффективности оральной контрацепции вследствие послеоперационных осложнений, таких как длительная диарея и/или рвота
Сердечно-сосудистые заболевания		
Множественные факторы риска артериальных сердечно-сосудистых заболеваний (например, старший возраст, курение, диабет, гипертензия и установленная дислипидемия)	3/4	Пояснение: если женщина имеет сочетание нескольких факторов повышенного риска, каждый из которых по отдельности может существенно увеличить риск сердечно-сосудистых заболеваний, использование КОК, Пл или К может повысить их риск до неприемлемого уровня. Однако простое суммирование категорий в случае множественных факторов риска не является оправданным
Артериальная гипертензия*		
Для всех категорий артериальной гипертензии в основе классификации лежит предположение об отсутствии других факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. При наличии множественных факторов риска опасность сердечно-сосудистого заболевания может существенно возрасти. Однократное измерение уровня артериального давления недостаточно для того, чтобы установить женщине достоверный диагноз. Если во время консультации определено повышение уровня артериального давления, он должен быть повторно оценен в конце приема. При сохранении высоких показателей, женщине следует предложить пройти дополнительное обследование. Артериальной гипертензией высокого и очень высокого риска возникновения сердечно-сосудистых осложнений считается: рефрактерная АГ; гипертонические кризы; АГ в сочетании с атеросклерозом коронарных, сонных и периферических артерий; АГ в сочетании с ассоциированными клиническими состояниями (инфаркт миокарда, транзиторная ишемическая атака, перенесенное нарушение мозгового кровообращения, хроническая сердечная недостаточность, почечная недостаточность); АГ при метаболическом синдроме и сахарном диабете; АГ+3 и более факторов сердечно-сосудистого риска (курение, дислипидемия, гипергликемия натошак, нарушения толерантности к глюкозе, семейный анамнез ранних ССЗ, абдоминальное ожирение ОТ>88 см); АД>180/110 мм рт.ст., включая отсутствие факторов риска		

Комбинированные гормональные контрацептивы не защищают от инфекций, передаваемых половым путем и вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

Состояние *дополнительные комментарии в конце таблицы	Категория Н = начало или П = продолжение	Пояснения/ Научные доказательства
Гипертензия в анамнезе, когда артериальное давление НЕВОЗМОЖНО оценить (включая гипертензию во время беременности)	3	Пояснение: оценка причины и определение уровня артериальной гипертензии должны проводиться как можно раньше. Научные доказательства: женщины, которые начинали использовать КОК без предварительного измерения артериального давления, подвергались повышенному риску развития острого инфаркта миокарда и инсульта
1) адекватно контролируемая гипертензия (АД <140/90 мм рт.ст.)	3	Пояснение: у женщин, получающих адекватное лечение артериальной гипертензии, снижается риск острого инфаркта миокарда и инсульта по сравнению со случаями, когда такого лечения не проводится. Хотя данные отсутствуют, пользователи КОК, Пл или К, у которых осуществляется адекватный контроль артериальной гипертензии, должны иметь более низкий риск острого инфаркта миокарда и инсульта по сравнению с пользователями гормональных контрацептивов, не получающих соответствующего лечения. Научные доказательства: исследования показали, что пользователи КОК, страдающие артериальной гипертензией, подвергаются повышенному риску развития инсульта, острого инфаркта миокарда и заболеваний периферических артерий, в сравнении с женщинами, не пользующимися данными контрацептивами. Прекращение приема КОК у женщин с артериальной гипертензией может способствовать снижению артериального давления.
2) повышенный уровень артериального давления (измерение выполнено правильно)	3	Пояснение: решение о начале или дальнейшем использовании комбинированной гормональной контрацепции у пациенток с повышенным уровнем артериального давления должно быть принято коллегиально, при этом женщине должны быть предложены другие приемлемые методы контрацепции.
а) систолическое 140–159 или диастолическое 90–99	4	Пояснение: заболевания сосудов включают в себя: ишемическую болезнь сердца, сопровождающуюся стенокардией; болезни периферических сосудов, сопровождающиеся перемежающейся хромотой; гипертензивную ретинопатию и транзиторные ишемические атаки
б) систолическое ≥160 или диастолическое ≥100	4	Пояснение: заболевания сосудов включают в себя: ишемическую болезнь сердца, сопровождающуюся стенокардией; болезни периферических сосудов, сопровождающиеся перемежающейся хромотой; гипертензивную ретинопатию и транзиторные ишемические атаки
3) заболевания сосудов	2	Научные доказательства: женщины, использующие в качестве противозачаточного средства КОК и имеющие в анамнезе повышение артериального давления во время беременности, подвергаются повышенному риску развития инфаркта миокарда и тромбоза в сравнении с пользователями КОК, у которых беременность протекала без повышения артериального давления. Абсолютный риск развития острого инфаркта миокарда и венозного тромбоза в данной группе остается низким
Тромбоз глубоких вен (ТГВ)/ Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)	4	Пояснение: при наличии у пациентки ТГВ/ ТЭЛА (в анамнезе или в настоящее время) высокий риск рецидива возможен при обнаружении ≥1 из перечисленных ниже факторов риска: а) в анамнезе ТГВ/ТЭЛА, ассоциированные с приемом эстрогенов; б) в анамнезе ТГВ/ТЭЛА во время беременности; в) идиопатический ТГВ/ТЭЛА; г) установленная тромбофилия, включая антифосфолипидный синдром; д) активный онкологический процесс (с метастазами, во время курса лечения или в течение 6 месяцев после наступления клинической ремиссии), за исключением плоскоклеточного и базальноклеточного рака кожи; е) в анамнезе рецидив ТГВ/ТЭЛА.
1) ТГВ/ТЭЛА в анамнезе, антикоагулянтная терапия не используется	4	Пояснение: женщины на антикоагулянтной терапии подвержены риску гинекологических осложнений, таких как апоплексия яичников и тяжелая меноррагия. Гормональные методы контрацепции могут быть полезны для предотвращения или лечения этих осложнений. Целесообразность метода контрацепции должна рассматриваться в каждом конкретном случае на индивидуальной основе
2) острый ТГВ/ТЭЛА	2	Пояснение: некоторые состояния, которые повышают риск ТГВ/ТЭЛА, являются наследственными
3) ТГВ/ТЭЛА, стабилизация на антикоагулянтной терапии не менее трех месяцев	2	Пояснение: большое хирургическое вмешательство включает в себя операции продолжительностью >30 минут. К ним относят общую, ортопедическую хирургию, травматологию и нейрохиргию.
4) семейный анамнез (у ближайших родственников)	4	Использование комбинированных гормональных контрацептивов должно быть прекращено, по крайней мере, за 4 недели до плановой операции. При этом необходимо проконсультировать женщину по другим приемлемым методам контрацепции.
5) Хирургическое вмешательство	2	Малое хирургическое вмешательство включает в себя операции, продолжающиеся менее 30 минут. Хирургическое лечение варикозных вен не сопровождается высоким риском венозной тромбоэмболии.
а) с длительной иммобилизацией	1	Иммобилизация вследствие острой травмы, острого заболевания или паралича ассоциируется с высоким риском развития венозных тромбоэмболических осложнений. Продолжение использования комбинированных гормональных контрацептивов должно быть пересмотрено, рекомендовано применение альтернативных методов контрацепции до восстановления подвижности
б) без длительной иммобилизации	3	
6) малое хирургическое вмешательство без иммобилизации	3	
7) иммобилизация, требующая нахождения в инвалидном кресле	3	

Продолжение таблицы 10

Комбинированные гормональные контрацептивы не защищают от инфекций, передаваемых половым путем и вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

Состояние *дополнительные комментарии в конце таблицы	Категория Н = начало или П = продолжение	Пояснения/ Научные доказательства
Выявленные тромбогенные мутации (фактор Лейдена, протромбиновая мутация, недостаточность протеина S, протеина C и антитромбина)	4	Пояснение: рутинный скрининг нецелесообразен вследствие редкой встречаемости заболевания и высокой стоимости скрининга. Научные доказательства: среди женщин с тромбогенными мутациями риск возникновения тромбоза у пользователей КОК был в 2–20 раз выше, чем у женщин, не использующих данный контрацептив
Заболевания поверхностных вен		
1) варикозное расширение вен нижних конечностей	1	Пояснение: варикозное расширение поверхностных вен не является фактором риска развития ТГВ/ТЭЛА. ТГВ может быть связан с повышенным риском ВТЭ.
2) тромбоз поверхностных вен (ТПВ)	2	
Ишемическая болезнь сердца в настоящий момент или в анамнезе		
Инсульт (в том числе в анамнезе)	4	Пояснение: в том числе после проведенного оперативного лечения: баллонная ангиопластика, стентирование, аорто-коронарное шунтирование
Установленные дислипидемии (без других известных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний)		
	2	Пояснение: рутинный скрининг нецелесообразен вследствие редкой встречаемости заболевания и высокой стоимости скрининга. В то же время некоторые типы гиперлипидемии являются факторами риска сосудистых заболеваний, поэтому категории приемлемости контрацепции должны быть оценены в зависимости от типа и степени тяжести этих нарушений, а также от наличия других сердечно-сосудистых факторов риска. Семейная гиперхолестеринемия (аутосомно-доминантный тип) распространена в популяции с частотой примерно 1 из 500. Женщины с этим заболеванием имеют четырехкратное увеличение риска ишемической болезни в молодом возрасте. Доказательства: ограниченные доказательства относительно использования КГК женщинами с дислипидемией и риском сердечно-сосудистых осложнений противоречивы. Результаты одного исследования предполагают, что прием КОК повышает риск инфаркта миокарда у женщин с гиперхолестеринемией по сравнению с женщинами без гиперхолестеринемии, не принимающими КОК; еще одно исследование предположило повышение риска ВТЭ и инсульта у женщин с дислипидемией, принимающих КОК, по сравнению с женщинами без дислипидемии; еще одно исследование не показало усугубления липидных нарушений среди женщин, использующих КГК, по сравнению с женщинами, не использующими КГК. Доказательств риска панкреатита выявлено не было
Порок сердца*		
1) без осложнений	2	Пояснение: среди женщин с клапанными пороками сердца использование комбинированных гормональных контрацептивных средств дополнительно увеличивает риск артериального тромбоза; женщины с осложненными пороками сердца характеризуются самым высоким риском.
2) Осложненные (легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый бактериальный эндокардит в анамнезе)	4	Хирургическая коррекция (протезирование клапана) и продолжающиеся проблемы с сердцем должны быть приняты во внимание при рассмотрении использования противозачаточных средств
Болезнь Рейно		
1) первичная	1	Пояснение: болезнь Рейно относится к вазоспастическим заболеваниям, представляет собой ангиотрофоневроз с преимущественным поражением мелких концевых артерий и артериол. Заболевание чаще поражает верхние конечности (нижние также могут быть поражены, но значительно реже), как правило, симметрично и двусторонне. Пальцы на короткое время немеют, становятся бледными, холодными и теряют чувствительность. Встречается у 3–5% населения, при этом у женщин в 5 раз чаще, чем у мужчин.
2) вторичная		Выделяют первичный феномен Рейно, или болезнь Рейно, которая возникает самостоятельно и встречается в 90% случаев (причины ее доподлинно неизвестны, важным предрасполагающим фактором считают обусловленные наследственностью особенности реакции сосудов на различные внешние обстоятельства), и вторичный феномен Рейно, или синдром Рейно, который является осложнением таких системных заболеваний, как системная склеродермия, системная красная волчанка. Вторичный синдром Рейно встречается примерно в 70% заболеваний, в том числе диффузных: соединительной ткани, системном поражении сосудов, остеохондрозе, синдромах «шейного ребра» и передней лестничной мышцы, вибрационной болезни и др.
а) без волчаночного антикоагулянта	2	
б) с волчаночным антикоагулянтом	4	

Комбинированные гормональные контрацептивы не защищают от инфекций, передаваемых половым путем и вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

Состояние *дополнительные комментарии в конце таблицы	Категория Н = начало или П = продолжение	Пояснения/ Научные доказательства			
Ревматические заболевания					
Системная красная волчанка (СКВ)					
1) результат теста на антифосфолипидные антитела положительный (или не известен)	4	Пояснение: лица, страдающие системной красной волчанкой (СКВ), имеют повышенный риск развития ишемической болезни сердца и венозной тромбозной болезни. Если у женщины, больной СКВ, присутствуют названные заболевания сердечно-сосудистой системы, категория приемлемости должна соотноситься с указанной в разделе таблицы «Сердечно-сосудистые заболевания». Для всех категорий СКВ классификации основаны на предположении, что других факторов риска для развития сердечно-сосудистого заболевания у женщины нет. Данные классификации должны быть модифицированы, если такие факторы риска имеются. В целом же доступные данные говорят о том, что многие женщины с СКВ могут применять большинство методов контрацепции, включая методы гормональной контрацепции.			
2) тяжелая тромбоцитопения	2	Научные доказательства: наличие антифосфолипидных антител связано с более высоким риском развития как артериального, так и венозного тромбоза			
3) иммуносупрессивная терапия	2				
4) ничего из вышеперечисленного	2				
Ревматоидный артрит					
1) прием иммунодепрессантов	2	Научные доказательства: ограниченные данные не продемонстрировали улучшения или ухудшения течения ревматоидного артрита у пациентов, использующих оральные контрацептивы, прогестерон или эстрогены			
2) в отсутствие приема иммунодепрессантов					
Неврологические состояния					
Головные боли*	Н	П			
1) немигренозные (умеренные или тяжелые)	1	2	Пояснение: классификация зависит от точности диагноза тяжелой головной боли, связанной и не связанной с мигренью и аурой. Аура — специфический центральный неврологический симптом.		
2) мигрени			Научные доказательства: среди женщин с мигренью при наличии ауры риск инсульта выше, чем у тех, у кого нет ауры. У женщин с мигренями в анамнезе, которые используют КОК, приблизительно в 2–4 раза более вероятен риск ишемического инсульта по сравнению с лицами, не использующими КОК, и мигренями в анамнезе. Абсолютный риск инсульта среди пользователей комбинированных гормональных контрацептивов остается очень низким		
а) без ауры					
• возраст >35лет				2	3
• возраст ≥35лет				3	4
б) с аурой в любом возрасте	4	4			
Эпилепсия	1		Пояснение: если женщина получает противосудорожные препараты, назначать КОК следует с учетом рекомендаций, содержащихся в главе о лекарственных взаимодействиях. Определенные противосудорожные препараты снижают эффективность КОК. Данных о снижении эффективности Пл или К при одновременном использовании с противосудорожными препаратами недостаточно		
Депрессивные расстройства					
Депрессивные расстройства	1		Разъяснение: классификация основывается на фактических данных, касающихся женщин с некоторыми видами депрессивных расстройств. Данные по маниакально-депрессивному психозу или послеродовой депрессии отсутствуют. Возможно лекарственное взаимодействие между определенными антидепрессантами и гормональными контрацептивными средствами. Научные доказательства: использование КОК не усугубляет депрессивные симптомы у женщин с депрессией по сравнению с исходным уровнем или по сравнению с женщинами с депрессией, не использующими КОК		
Характер менструаций					
1) нерегулярные без больших кровопотерь	1		Пояснение: нерегулярные менструальные кровотечения достаточно распространены среди здоровых женщин. Необычно обильное кровотечение должно вызывать подозрение о наличии серьезного заболевания. Научные доказательства: в обзоре Cochrane Collaboration идентифицировано одно исследование случай-контроль, касающееся оценки эффективности использования КОК по сравнению с напроксеном и даназолом для лечения женщин с меноррагией. Женщины с меноррагией не сообщили об ухудшении их состояния или любых неблагоприятных событиях, связанных с использованием КОК.		
2) обильные или продолжительные кровотечения (включая регулярный или нерегулярный характер)	1		В клинических рекомендациях, утвержденных МЗ РФ в 2021 г., по «Аномальным маточным кровотечениям» имеется указание, что монофазные КОК снижают объем менструальной кровопотери на 40–50%, тогда как КОК, в состав которого входит эстрадиола валерат и диеногест с динамическим режимом дозирования, — до 88%		

Продолжение таблицы 10

Комбинированные гормональные контрацептивы не защищают от инфекций, передаваемых половым путем и вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

Состояние *дополнительные комментарии в конце таблицы	Категория Н = начало или П = продолжение	Пояснения/ Научные доказательства
Кровотечения из половых путей неясного генеза (подозрение на серьезное заболевание) До выяснения причины	2	Пояснение: если существует предположение о беременности или скрытом заболевании (как например, злокачественной опухоли органов малого таза), необходимо провести диагностическое исследование и уточнить категорию после установления диагноза. Нет никаких заболеваний, вызвавших влагалищное кровотечение, течение которого ухудшалось бы в ближайшей перспективе при использовании комбинированных гормональных контрацептивных средств
Эндометриоз	1	Научные доказательства: в обзоре Cochrane Collaboration идентифицировано одно исследование случай-контроль, касающееся оценки эффективности использования КОК по сравнению с аналогом ГНРГ при лечении симптомов эндометриоза. Женщины с эндометриозом не сообщили об ухудшении течения заболевания или о любых неблагоприятных событиях, которые могли иметь отношение к КОК
Доброкачественные опухоли яичников (включая кисты)	1	Научные доказательства: не было отмечено повышения риска побочных эффектов среди женщин с дисменореей, использующих КОК, по сравнению с женщинами, не использующими КОК. У некоторых пользователей КОК отмечено снижение боли и выраженности кровотечения
Гестационная трофобластическая болезнь	1	Научные доказательства: имеющиеся доказательства свидетельствуют о том, что при использовании КОК после удаления пузырного заноса не повышается риск развития трофобластической опухоли, а у некоторых пользователей КОК отмечается более быстрое снижение уровня β-ХГЧ по сравнению с лицами, не использующими КОК. Имеющиеся ограниченные данные свидетельствуют, что использование КОК во время химиотерапии не оказывает значительного влияния на регресс или лечение трофобластической болезни по сравнению с женщинами, которые использовали негормональные контрацептивные методы или ДМПА во время химиотерапевтического лечения
1) снижающийся или неопределяемый уровень хорионического бета-гонадотропина (β-ХГЧ)	1	Научные доказательства: имеющиеся доказательства свидетельствуют о том, что при использовании КОК после удаления пузырного заноса не повышается риск развития трофобластической опухоли, а у некоторых пользователей КОК отмечается более быстрое снижение уровня β-ХГЧ по сравнению с лицами, не использующими КОК. Имеющиеся ограниченные данные свидетельствуют, что использование КОК во время химиотерапии не оказывает значительного влияния на регресс или лечение трофобластической болезни по сравнению с женщинами, которые использовали негормональные контрацептивные методы или ДМПА во время химиотерапевтического лечения
2) постоянно повышенный уровень β-ХГЧ или трофобластическая опухоль (злокачественное заболевание)	1	Научные доказательства: имеющиеся доказательства свидетельствуют о том, что при использовании КОК после удаления пузырного заноса не повышается риск развития трофобластической опухоли, а у некоторых пользователей КОК отмечается более быстрое снижение уровня β-ХГЧ по сравнению с лицами, не использующими КОК. Имеющиеся ограниченные данные свидетельствуют, что использование КОК во время химиотерапии не оказывает значительного влияния на регресс или лечение трофобластической болезни по сравнению с женщинами, которые использовали негормональные контрацептивные методы или ДМПА во время химиотерапевтического лечения
Эктропион шейки матки*	1	Пояснение: цервикальный эктропион не является фактором риска развития рака шейки матки, и нет никакой необходимости в ограничении использования комбинированных гормональных контрацептивных средств
Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN)	2	Научные доказательства: длительное использование КОК (более 5 лет) на фоне хронической папилломавирусной инфекции (ВПЧ) может увеличивать риск развития преинвазивного (внутриэпителиального) рака и инвазивной карциномы. Имеются ограниченные данные, что у женщин с плоскоклеточными интраэпителиальными поражениями на ранней стадии использование влагалищного кольца не приводило к ухудшению течения заболевания
Рак шейки матки (предстоящая терапия)	2	Пояснение: существует некоторое теоретическое беспокойство, что использование комбинированных гормональных контрацептивных средств может оказать влияние на прогноз существующего заболевания. В период ожидания лечения женщины могут использовать комбинированные гормональные контрацептивные средства. В последующем в большинстве случаев лечение этого заболевания (химиотерапия, лучевая терапия, оперативное лечение) приводит к бесплодию
Заболевания молочных желез	2	Пояснение: необходимо незамедлительное обследование. Пояснение: большинство женщин с семейной историей рака молочных желез не имеют генетических мутаций.
1) опухолевое образование неустановленного характера	2	Научные доказательства: женщины с наличием генов, предрасполагающих к развитию рака молочной железы (таких как BRCA1 и BRCA2), имеют более высокий исходный риск развития рака молочной железы, чем женщины без этих генов. Начальный риск развития рака молочной железы также выше среди женщин с неблагоприятным семейным анамнезом рака, по сравнению с теми, кто не имеет такой наследственности. Однако имеющиеся доказательства не предполагают, что прием КОК может влиять на повышенный риск рака молочной железы у женщин с отягощенной наследственностью или имеющих гены, предрасполагающие к развитию рака
2) доброкачественные заболевания молочных желез	1	Научные доказательства: женщины с наличием генов, предрасполагающих к развитию рака молочной железы (таких как BRCA1 и BRCA2), имеют более высокий исходный риск развития рака молочной железы, чем женщины без этих генов. Начальный риск развития рака молочной железы также выше среди женщин с неблагоприятным семейным анамнезом рака, по сравнению с теми, кто не имеет такой наследственности. Однако имеющиеся доказательства не предполагают, что прием КОК может влиять на повышенный риск рака молочной железы у женщин с отягощенной наследственностью или имеющих гены, предрасполагающие к развитию рака
3) семейный анамнез рака	1	Научные доказательства: женщины с наличием генов, предрасполагающих к развитию рака молочной железы (таких как BRCA1 и BRCA2), имеют более высокий исходный риск развития рака молочной железы, чем женщины без этих генов. Начальный риск развития рака молочной железы также выше среди женщин с неблагоприятным семейным анамнезом рака, по сравнению с теми, кто не имеет такой наследственности. Однако имеющиеся доказательства не предполагают, что прием КОК может влиять на повышенный риск рака молочной железы у женщин с отягощенной наследственностью или имеющих гены, предрасполагающие к развитию рака
4) Рак молочной железы	4	Пояснение: рак молочной железы является гормонально-чувствительной опухолью, и прогноз у женщин с этим заболеванием на данный момент времени или в анамнезе может ухудшиться при использовании комбинированных гормональных контрацептивных средств
а) в настоящий момент	4	Пояснение: рак молочной железы является гормонально-чувствительной опухолью, и прогноз у женщин с этим заболеванием на данный момент времени или в анамнезе может ухудшиться при использовании комбинированных гормональных контрацептивных средств
б) в анамнезе, отсутствуют признаки рецидива в течение 5 лет наблюдения	3	Пояснение: рак молочной железы является гормонально-чувствительной опухолью, и прогноз у женщин с этим заболеванием на данный момент времени или в анамнезе может ухудшиться при использовании комбинированных гормональных контрацептивных средств

Продолжение таблицы 10

Комбинированные гормональные контрацептивы не защищают от инфекций, передаваемых половым путем и вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

Состояние *дополнительные комментарии в конце таблицы	Категория Н = начало или П = продолжение	Пояснения/ Научные доказательства
Рак эндометрия	1	Пояснение: КОК снижают риск развития рака эндометрия. Имеются ли такие положительные эффекты в отношении Пл и К, неизвестно. В ожидании лечения женщины могут использовать КОК, Пл и К
Гиперплазия эндометрия	1	Пояснение: согласно Клиническим рекомендациям 2021 г., прием КОК приводит к снижению риска развития рака эндометрия. Нет доказательной базы касательно эффективности КОК для профилактики развития гиперплазии эндометрия
Рак яичников	1	Пояснение: КОК снижают риск развития рака яичников. Имеются ли такие положительные эффекты в отношении Пл и К, неизвестно. В ожидании лечения женщины могут использовать КОК, Пл и К
Миома матки		
1) без деформации полости матки	1	Пояснение: КОК, по-видимому, не вызывают рост миомы матки, Пл или К, как полагают, также
2) с деформацией полости матки	1	
Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ)		
1) ВЗОМТ в анамнезе (отсутствуют факторы риска ИППП в настоящий момент		
а) с последующей беременностью	1	Пояснение: КОК могут уменьшить риск ВЗОМТ среди женщин с ИППП, но не служат защитой от ВИЧ или ИППП нижних отделов полового тракта. Снижают ли Пл или К риск ВЗОМТ среди женщин с ИППП, неизвестно, они также не защищают женщин от ВИЧ или ИППП нижних отделов полового тракта
б) без последующей беременности	1	
2) ВЗОМТ в настоящий момент		
ИППП		
1) гнойный цервицит, хламидийная инфекция или гонорея в настоящее время		
2) другие ИППП (за исключением ВИЧ-инфекции и гепатита)	1	Научные доказательства: имеющиеся данные позволяют предположить, что пользователи КОК, подвергающиеся высокому риску заражения ИППП, могут также подвергаться повышенному риску развития хламидиозного цервицита. Что касается других ИППП, то здесь либо имеются доказательные факты, свидетельствующие об отсутствии связи между использованием КОК и вероятностью заражения ИППП, либо имеется слишком ограниченный объем данных, не позволяющий сделать какое-либо достоверное заключение
3) вагинит (включая трихомонадный вагинит и бактериальный вагиноз)		
Повышенный риск ИППП	1	
ВИЧ/СПИД		
Высокий риск ВИЧ-инфицирования	1	Научные доказательства: совокупность имеющихся данных не позволяет сделать выводов о наличии связи между использованием оральных контрацептивов и развитием ВИЧ, хотя исследования, проведенные среди лиц высокого риска, выявили противоречивые результаты. Необходимо дополнительное использование барьерных методов контрацепции

Комбинированные гормональные контрацептивы не защищают от инфекций, передаваемых половым путем и вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

Состояние *дополнительные комментарии в конце таблицы	Категория Н = начало или П = продолжение	Пояснения/ Научные доказательства
Бессимптомное или легкое течение ВИЧ-инфекции (1–2 стадия по ВОЗ)	1	<p>Пояснение: см. раздел по лекарственному взаимодействию.</p> <p>Научные доказательства: большинство исследований, посвященных оценке изменения количества CD4 клеток, вирусной нагрузки или выживания, не выявили повышения риска прогрессирования ВИЧ при использовании гормональных контрацептивных средств.</p> <p>Исследования риска заражения ИППП среди ВИЧ-инфицированных женщин, использующих КОК, показали результаты, в целом сопоставимые с уровнем заболеваемости среди женщин, не инфицированных ВИЧ. Одно прямое исследование не выявило связи между использованием гормональных контрацептивных средств и повышением риска передачи ВИЧ неинфицированным партнерам. Результаты нескольких непрямых исследований были противоречивы в отношении выявления ассоциации между гормональной контрацепцией и повышением риска выделения ДНК ВИЧ 1 или РНК из половых путей.</p> <p>Необходимо дополнительное использование барьерных методов контрацепции</p>
Тяжелая или поздняя стадия СПИД (3–4 по классификации ВОЗ)	1	<p>Пояснение: поскольку может быть лекарственное взаимодействие между гормональными контрацептивными средствами и антиретровирусными средствами (ARV), следует обратиться к разделу о лекарственных взаимодействиях</p>
Другие инфекции		
Туберкулез		
1) экстрагенитальный	1	<p>Пояснение: если женщина принимает рифампицин, следует обратиться к разделу о лекарственных взаимодействиях.</p> <p>Рифампицин, вероятно, снижает эффективность КОК. Остается неясным влияние рифампицина на эффективность комбинированного гормонального Пл или К.</p> <p>Необходимо дополнительное использование барьерных методов контрацепции</p>
2) установленный тазовый	1	
Шистосомоз		
1) неосложненный	1	<p>Доказательства: у женщин с неосложненным шистосомозом прием КОК не оказывал негативного влияния на функцию печени</p>
2) фиброз печени (при тяжелой форме см. цирроз)	1	
Малярия	1	<p>Пояснение: см. раздел по лекарственному взаимодействию</p>
Эндокринные заболевания		
Сахарный диабет		
1) гестационный диабет в анамнезе	1	<p>Научные доказательства: использование КОК у женщин с гестационным диабетом в анамнезе не повышает риск развития инсулинонезависимого сахарного диабета в последующем. Аналогично уровни липидов, вероятно, не меняются при использовании КОК.</p>
2) без поражения сосудов		
а) инсулинонезависимый	2	<p>Научные доказательства: среди женщин с инсулинонезависимым или инсулинозависимым диабетом использование КОК имело ограниченное влияние на величину ежедневно требуемой дозы инсулина и никакого эффекта на контроль диабета в долгосрочной перспективе (например, на уровни HbA_{1c}) или прогрессирование ретинопатии. Изменения профиля липидов и гемостатических маркеров были незначительными и в большинстве случаев параметры оставались в пределах нормальных значений.</p>
б) инсулинозависимый	2	
<p>Пояснение: категория должна быть определена с учетом тяжести состояния.</p>		
3) сахарный диабет тяжелого течения (микро- и макроангиопатия, нефропатия, ретинопатия, нейропатия)	3/4	
4) длительность диабета >20 лет	3/4	
Болезни щитовидной железы		
1) простой зоб (эутиреоз)	1	
2) гипертиреоз	1	
3) Гипотиреоз	1	

Комбинированные гормональные контрацептивы не защищают от инфекций, передаваемых половым путем и вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

Состояние *дополнительные комментарии в конце таблицы	Категория Н = начало или П = продолжение	Пояснения/ Научные доказательства
Заболевания желудочно-кишечного тракта		
Хронические воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона)	1	<p>Пояснения: у пациенток с ремиссией хронических воспалительных заболеваний кишечника (ХВЗК) в отсутствие других факторов риска тромботических осложнений преимущества использования КОК/Пл/К превосходят возможные риски (категория 2).</p> <p>Однако у женщин с ХВЗК с повышенным риском тромбозов (активное заболевание, хирургическое вмешательство, длительная иммобилизация, применение глюкокортикоидов, витаминно-дефицит, потеря жидкости) риски применения КОК/Пл/К превосходят возможные преимущества (категория 3).</p> <p>Научные доказательства: риск возникновения обострения ХВЗК у женщин, принимающих контрацептивы, существенно не превышает риска у пациенток, не получающих контрацептивную терапию.</p> <p>У женщин с легким течением ХВЗК и с нерезецированной или ограниченно резецированной подвздошной кишкой степень абсорбции КОК не отличается от абсорбции у здоровых женщин.</p> <p>Эти данные не могут быть применимы у женщин с болезнью Крона или более обширной резекцией тонкой кишки.</p> <p>При возникновении обострения ХВЗК, необходимости хирургического лечения или длительной иммобилизации использование гормональных контрацептивов следует прекратить и предложить женщине альтернативные методы контрацепции. Вопрос о возможности возобновления приема комбинированных гормональных контрацептивов должен решаться при достижении ремиссии заболевания.</p> <p>Не существует данных, которые оценивали бы риск развития венозной тромбоэмболии у женщин с воспалительными заболеваниями кишечника при использовании КОК/Пл/К.</p> <p>Тем не менее женщины с воспалительными заболеваниями кишечника подвергаются более высокому риску венозной тромбоэмболии, чем здоровые.</p> <p>Пояснение: категория должна быть определена с учетом активности заболевания и наличия факторов риска тромбозов и тромбоэмболий</p>
Заболевания желчного пузыря		
1) с клиническими симптомами		
а) после холецистэктомии	2	Пояснение: КОК, Пл или К могут вызывать незначительное увеличение риска заболеваний желчного пузыря. Есть также опасения, что КОК, Пл или К могут ухудшить течение уже существующего заболевания желчного пузыря
б) после медикаментозного лечения в настоящее время	3	
2) Бессимптомные	2	
Холестаз в анамнезе		
1) связанный с беременностью	2	Пояснение: связанный с беременностью холестаз может быть предиктором увеличения риска развития этого нарушения при приеме КОК.
2) связанный с приемом КОК	3	Пояснение: связанный с использованием КОК ранее холестаз может быть предиктором увеличения риска развития холестаза, связанного с приемом КОК, в последующем
Вирусный гепатит	Н	П
1) острый или обострение хронического	3/4	2
2) носительство	1	1
3) Хронический	1	1
Цирроз		
1) легкий (компенсированный без осложнений)	1	Пояснение: КОК метаболизируются в печени, и их использование может негативно сказаться у женщин с уже нарушенной функцией печени.
2) тяжелый (декомпенсированный)	4	Пояснение: тяжелый (декомпенсированный) цирроз печени подразумевает развитие серьезных осложнений (таких, как асцит, желтуха, энцефалопатия, или желудочно-кишечные кровотечения)
Опухоли печени		
1) доброкачественные		Пояснение: КОК метаболизируются в печени, и их использование может негативно сказаться у женщин с уже нарушенной функцией печени.
а) очаговая узловая гиперплазия	2	Научные доказательства: имеются прямые доказательства того, что использование гормональных контрацептивных средств не влияет ни на прогрессирование, ни на регресс поражений печени у женщин с очаговой узловой гиперплазией, однако данные этих исследований ограничены. Не было найдено никаких доказательств в отношении использования комбинированных гормональных контрацептивов у пациентов со злокачественными заболеваниями печени.
б) гепатоцеллюлярная аденома	4	Предположительно, использование КОК у здоровых женщин может провоцировать развитие и рост гепатоцеллюлярных аденом
2) злокачественная (гепатома)	4	

Комбинированные гормональные контрацептивы не защищают от инфекций, передаваемых половым путем и вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

Состояние *дополнительные комментарии в конце таблицы	Категория Н = начало или П = продолжение	Пояснения/ Научные доказательства
Первичный склерозирующий холангит (в т.ч. осложненный циррозом печени)	4	
Анемии		
Талассемия	1	Пояснение: существует неподтвержденная информация, полученная в странах, где талассемия распространена, что использование КОК не ухудшает течения заболевания
Серповидно-клеточная анемия	2	
Железодефицитная анемия	1	Пояснение: использование комбинированных гормональных контрацептивов может уменьшить менструальную кровопотерю. Несколько рандомизированных исследований показали повышение гемоглобина и ферритина у женщин с обильными менструальными кровотечениями при использовании КОК с эстрадиола валератом и диеногестом
Трансплантация внутренних органов		
Трансплантация внутренних органов		
1) осложненная: несостоятельность трансплантата (острая или хроническая), васкулопатия пересаженного сердца	4	Научные доказательства: ограниченные данные об использовании КОК и Пл не выявили никаких изменений в биохимических показателях. Тем не менее в одном исследовании сообщалось о прекращении использования КОК у 2 (8%) из 26 женщин в результате серьезных медицинских осложнений, а в одном случае у женщины развился холестаза, связанный с высокой дозой КОК. Пояснение: женщины с синдромом Бадда-Киари не должны использовать КОК/Пл/К из-за повышенного риска развития тромбоза
2) неосложненные случаи	2	
Антиретровирусная терапия		
1) Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ)	1	
• абакавир (ABC)	1	
• тенофовир (TDF)	1	
• зидовудин (AZT)	1	Пояснение: антиретровирусные препараты могут снижать или повышать уровни стероидных гормонов у женщин, использующих гормональные контрацептивы. Фармакокинетические данные свидетельствуют о возможности лекарственных взаимодействий между некоторыми антиретровирусными препаратами (в частности, некоторыми НИОТ и ритонавир-усиленными ингибиторами протеаз) и некоторыми гормональными контрацептивами. Подобные взаимодействия могут снижать эффективность гормональных контрацептивов.
• ламивудин (3TC)	1	
• диданосин (DDI)	1	
• эмтрицитабин (FTC)	1	
• ставудин (D4T)	1	Доказательства: три клинических исследования, включая одно большое, обнаружили, что использование невирапин-содержащей АРТ не повышали частоту овуляций или наступления беременности у женщин, принимавших КОК. Фармакокинетическое исследование показало, что АРТ с эфавирензом значительно снижала контрацептивные уровни гормонов у женщин, принимающих КОК; небольшое клиническое исследование показало более высокую частоту овуляции у женщин, принимающих АРТ с эфавирензом и КОК. Этравирин и рилпивирин не взаимодействуют с КОК.
2) Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ)		
• эфавиренз (EFV)	2	
• этравирин (ETR)	1	Доказательства: три клинических исследования, включая одно большое, обнаружили, что использование невирапин-содержащей АРТ не повышали частоту овуляций или наступления беременности у женщин, принимавших КОК. Фармакокинетическое исследование показало, что АРТ с эфавирензом значительно снижала контрацептивные уровни гормонов у женщин, принимающих КОК; небольшое клиническое исследование показало более высокую частоту овуляции у женщин, принимающих АРТ с эфавирензом и КОК. Этравирин и рилпивирин не взаимодействуют с КОК.
• невирапин (NVP)	2	
• рилпивирин (RPV)	1	
3) Ингибиторы протеазы (ИП)		
• атазанавир, усиленный ритонавиром (ATV/r)	2	
• лопинавир, усиленный ритонавиром (LPV/r)	2	
• дарунавир, усиленный ритонавиром (DRV/r)	2	
• ритонавир — (RTV)	2	
4) Ингибиторы интегразы ралтегравир (RAL)	1	Доказательства: ингибитор интегразы ралтегравир, по-видимому, не взаимодействует с КОК. Если выбраны КОК, следует применять препараты, содержащие не менее 30 мкг этинилэстрадиола

Продолжение таблицы 10

Комбинированные гормональные контрацептивы не защищают от инфекций, передаваемых половым путем и вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ.

Состояние *дополнительные комментарии в конце таблицы	Категория Н = начало или П = продолжение	Пояснения/ Научные доказательства
Противосудорожная терапия		Пояснение: хотя взаимодействие некоторых противосудорожных средств с КОК, Пл или К не имеет неблагоприятных последствий для женщины, оно, вероятно, снижает эффективность комбинированных гормональных контрацептивов. Женщинам, которые длительно применяют эти противосудорожные средства, рекомендуют использовать другие методы контрацепции. Если выбраны КОК, следует применять препараты, содержащие не менее 30 мкг этинилэстрадиола. Научные доказательства: использование некоторых противосудорожных средств может уменьшить эффективность КОК.
1) Некоторые противосудорожные препараты (фенитоин, карбамазепин, барбитураты, примидон, топирамат, окскарбазепин, кроме вальпроата натрия)	3	Пояснение: рекомендации по использованию гормональных контрацептивов во время приема ламотригина применимы только в случае монотерапии этим препаратом. Схемы противосудорожной терапии, в которых ламотригин комбинирует с противосудорожными средствами, не индуцирующими микросомальные ферменты печени (например, вальпроатом натрия), не проявляют лекарственных взаимодействий с КОК.
Ламотригин	3	Научные доказательства: фармакокинетические исследования показали, что уровни ламотригина значительно уменьшаются во время использования КОК. В одном испытании некоторые женщины, которые использовали одновременно КОК и ламотригин, указали на увеличение числа приступов.
Антимикробная терапия		Научные доказательства: большинство антибиотиков широкого спектра действия не оказывают влияния на контрацептивную эффективность КОК, Пл или К.
1) антибиотики широкого спектра действия	1	Научные доказательства: проведение исследований противогрибковых средств не выявило клинически значимого фармакокинетического взаимодействия с КОК или К.
2) противогрибковые средства	1	Научные доказательства: исследования антипаразитарных средств не показали клинически значимого фармакокинетического взаимодействия с КОК.
3) антипаразитарные средства	1	Пояснение: хотя взаимодействие рифампицина и рифабутина с КОК, Пл или К не имеет неблагоприятных последствий для женщины, оно, вероятно, уменьшает эффективность комбинированных гормональных контрацептивов. Женщинам, которые длительно применяют рифампицин или рифабутин, рекомендуют использовать другие методы контрацепции. Если выбраны КОК, следует применять препараты, содержащие не менее 30 мкг этинилэстрадиола. Для снижения риска незапланированной беременности рекомендуется постоянное и правильное использование презервативов.
4) терапия рифампицином или рифабутином	3	Научные доказательства: соотношение имеющихся доказательств говорит в пользу того, что рифампицин уменьшает эффективность КОК. Данные о влиянии рифабутина на эффективность КОК ограничены, однако доказано, что воздействие рифабутина на метаболизм КОК выражено в меньшей степени, чем у рифампицина, и небольшие исследования не привели доказательств наступления овуляции

Сокращения: ИППП — инфекции передаваемые половым путем; ВИЧ — вирус иммунодефицита человека; КОК — комбинированные оральные контрацептивы; Пл — пластырь; К — кольцо; ВМС — внутриматочные средства; ВТЭ — венозная тромбоэмболия; ИМТ — индекс массы тела; ТГВ — тромбоз глубоких вен; ТЭЛА — тромбоэмболия легочной артерии; СКВ — системная красная волчанка; hГЧ человеческий хорионический гонадотропин; ДМПА — депо медроксипрогестерон ацетат; ВПЧ — вирус папилломы человека; ВЗОМТ — воспалительные заболевания органов малого таза; СПИД — синдром приобретенного иммунодефицита; АРВТ — антиретровирусная терапия; ХВЗК — хронические воспалительные заболевания кишечника; НИОТ — нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы; ННИОТ — нунуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы.

В качестве средств экстренной контрацепции допускается применять гормональные таблетки или медьсодержащие внутриматочные средства. В настоящий момент в мире акушерско-гинекологическим сообществом и ВОЗ одобрено 4 метода ЭК: таблетки экстренной контрацепции (ТЭК), содержащие улипристала ацетат (УПА) — не зарегистрирован в России; ТЭК, содержащие левоноргестрел (ЛНГ), комбинированные оральные контрацептивы (метод Юзпе) и медьсодержащие внутриматочные спирали (см. табл. 11). Существуют также ТЭК, содержащие мифепристон, которые зарегистрированы в нашей стране и доступны в продаже. Эти методы не являются abortивными и не могут прервать установленную беременность или нанести вред развивающемуся эмбриону.

Гормональные таблетки, применяемые для экстренной контрацепции:

- ТЭК с УПА, принимаемый однократно в дозе 30 мг;
- ТЭК с ЛНГ, принимаемый однократно в дозе 1,5 мг или, в качестве альтернативы, ЛНГ, принимаемый в 2 дозах, по 0,75 мг каждая, с интервалом в 12 часов;
- КОК, содержащий 100 мкг этинилэстрадиола и 500 мкг ЛНГ, принимаются двукратно с 12-часовым интервалом (метод Юзпе).

Метаанализ двух исследований показал, что у женщин, принимавших ТЭК с УПА, частота наступления беременности составила 1,2%. В четырех рандомизированных исследованиях, инициированных ВОЗ, продемонстрировано, что частота наступления беременности при использовании ТЭК с ЛНГ составляет от 1,2 до 2,1%. Исследования показали, что таблетки на основе только левоноргестрела вызывают меньше побочных эффектов и являются более эффективными, чем комбинированные. Таблетки для неотложной контрацепции не имеют

Таблица 11. Неотложные (экстренные) средства контрацепции

Неотложные (экстренные) средства контрацепции не защищают от инфекций, передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ

Состояние * дополнительные комментарии в конце таблицы	Категория				Пояснения/ Научные доказательства
	Н = начало, П = продолжение		СУ -ВМС		
	КОК	ЛНГ	УПА	СУ -ВМС	
	КОК — комбинированные оральные контрацептивы, ЛНГ — контрацептив, содержащий ЛНГ, УПА — улипристала ацетат, Су-ВМС — медьсодержащие внутриматочные средства				
Беременность	НП	НП	НП	НП	НП = не применимо Пояснение: эти методы не являются абортными. Методы экстренной контрацепции не предназначены для женщин с известной или предполагаемой беременностью, ошибочное применение ЭК не влияет на здоровье женщины, на течение беременности и на состояние плода
После родов (кормящие и не кормящие грудью женщины)					Пояснение: экстренная контрацепция не потребует, если незащищенный секс или неудача барьерного метода контрацепции происходит <21 дней после родов (3 недели), так как самая ранняя овуляция после родов возможна на 21 день.
1) <21 дня (3 недели)	НП	НП	НП	НП	Риски введения Су-ВМС до 28 дней (4 недели) послеродового периода перевешивают пользу. ТЭК можно применять между 21-м и 27-м днями после родов, или ВМС — после 28-го дня (≥4 недель)
2) ≥21 дня (3 недели)	2	2	2	4	
3) ≥4 недель	1	1	1	4	Использование исключительно грудного вскармливания новорожденного в течение первых 6 месяцев после родов при отсутствии менструации у женщины может быть эффективным методом контрацепции (метод лактационной аменореи). Экстренная контрацепция может потребоваться женщине в том случае, если частота грудного вскармливания уменьшается или у нее возобновляются менструации. При этом она может использовать как ТЭК после 21 дня, так и Су-ВМС после 28 дня
Внематочная беременность в анамнезе	1	1	1	1	Пояснение: женщины, использующие контрацепцию, имеют меньший риск внематочной беременности, чем те женщины, которые не применяют контрацепцию. Применение ТЭК или ВМС в качестве экстренной контрацепции не увеличивают риск эктопической беременности
Курение					
1) возраст <35 лет	1	1	1	1	Пояснение: женщины, использующие контрацепцию, имеют меньший риск внематочной беременности, чем те женщины, которые не применяют контрацепцию. Применение ТЭК или ВМС в качестве экстренной контрацепции не увеличивают риск эктопической беременности
2) возраст ≥35 лет					
а) <15 сигарет/день	1	1	1	1	
б) ≥15 сигарет/день	1	1	1	1	
в) прекратила курение <1 года назад	1	1	1	1	
г) прекратила курение ≥1 год и более	1	1	1	1	
Артериальная гипертензия					
Для всех категорий артериальной гипертензии в основе классификации лежит предположение об отсутствии других факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. При наличии множественных факторов риска опасность сердечно-сосудистого заболевания может существенно возрасти. Однократное измерение уровня артериального давления недостаточно для того, чтобы установить женщине достоверный диагноз. Если во время консультации определено повышение уровня артериального давления, он должен быть повторно оценен в конце приема. При сохранении высоких показателей женщине следует предложить дополнительное обследование. Артериальной гипертензией высокого и очень высокого риска возникновения сердечно-сосудистых осложнений считается: рефрактерная АГ; гипертонические кризы; АГ в сочетании с атеросклерозом коронарных, сонных и периферических артерий; АГ в сочетании с ассоциированными клиническими состояниями (инфаркт миокарда, транзиторная ишемическая атака, перенесенное нарушение мозгового кровообращения, хроническая сердечная недостаточность, почечная недостаточность); АГ при метаболическом синдроме и сахарном диабете; АГ+3 и более факторов сердечно-сосудистого риска (курение, дислипидемия, гипергликемия натощак, нарушение толерантности к глюкозе, семейный анамнез ранних ССЗ, абдоминальное ожирение ОТ>88см); АД>180/110 мм рт.ст., включая отсутствие факторов риска					
1) адекватно контролируемая гипертензия (АД <140/90 мм рт.ст.)	1	1	1	1	

Неотложные (экстренные) средства контрацепции не защищают от инфекций, передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ) (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ

Состояние * дополнительные комментарии в конце таблицы	Категория Н = начало, П = продолжение				Пояснения/ Научные доказательства
	КОК	ЛНГ	УПА	CU -ВМС	
2) повышенные уровни артериального давления (измерение выполнено правильно)					
а) систолическое 140–159 мм рт.ст. или диастолическое 90–99 мм рт.ст.	1	1	1	1	
б) систолическое ≥ 160 или диастолическое $\geq 100^s$	1	1	1	1	
3) заболевания сосудов ^s	1	1	1	1	
Тяжелые сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе (ишемическая болезнь сердца, инсульт, другие тромбоэмболические состояния)	1	1	1	1	Пояснение: нет доказательств, что чисто прогестиновые таблетки неотложной контрацепции повышают риск сердечно-сосудистых заболеваний.
Стенокардия	1	1	1	1	Пояснение: нет доказательств, что прогестиновые таблетки экстренной контрацепции повышают риск сердечно-сосудистых заболеваний.
Тромбоз глубоких вен (ТГВ) / Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)	1	1	1	1	Пояснение: если у пациентки ТГВ/ ТЭЛА (в анамнезе или в настоящее время), высокий риск рецидива возможен при наличии ≥ 1 из перечисленных факторов риска: а) в анамнезе ТГВ/ТЭЛА, ассоциированный с приемом эстрогенов; б) в анамнезе ТГВ/ТЭЛА во время беременности; в) идиопатический ТГВ/ТЭЛА; г) установленная тромбофилия, включая антифосфолипидный синдром; д) активный онкологический процесс (с метастазами, во время курса лечения или в течение 6 месяцев после наступления клинической ремиссии), за исключением плоскоклеточного и базальноклеточного рака кожи; е) в анамнезе рецидив ТГВ/ТЭЛА.
1) ТГВ/ТЭЛА в анамнезе, антикоагулянтная терапия не используется	1	1	1	1	
2) Острый ТГВ/ТЭЛА	2	2	2	2	
3) Острый ТГВ/ТЭЛА ТГВ/ТЭЛА, стабилизация на антикоагулянтной терапии не менее 3 месяцев	1	1	1	1	Пояснение: острая венозная тромбоэмболия относится к заболеваниям, при которых используются антикоагулянты. Доказательства повышения риска ВТЭ среди пользователей чистопрогестиновых оральных контрацептивов ограничены, однако имеющиеся данные обнадеживают.
4) Семейный анамнез (у ближайших родственников)	1	1	1	1	
5) большое хирургическое вмешательство					
а) с длительной иммобилизацией	1	1	1	1	Пояснение: большое хирургическое вмешательство включает в себя операции продолжительностью >30 минут. К процедурам с высоким риском развития венозной тромбоэмболии относятся общехирургические, ортопедические, травматологические и нейрохирургические операции.
б) без длительной иммобилизации	1	1	1	1	

Категория

Н = начало,
П = продолжениеКОК ЛНГ УПА CU
-ВМСКОК — комбинированные оральные контрацептивы,
ЛНГ — контрацептив, содержащий ЛНГ,
УПА — улипристала ацетат,
Cu-ВМС — медьсодержащие внутриматочные средства

Пояснения/

Научные доказательства

Неотложные (экстренные) средства контрацепции не защищают от инфекций, передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ

Состояние	Категория				Пояснения/ Научные доказательства
	Н = начало, П = продолжение				
* дополнительные комментарии в конце таблицы	КОК	ЛНГ	УПА	CU -ВМС	
б) Малое хирургическое вмешательство без иммобилизации					Малое хирургическое вмешательство включает в себя операции, продолжающиеся <30 минут. Хирургическое лечение варикозных вен не сопровождается высоким риском венозной тромбоэмболии.
7) иммобилизация, требующая нахождения в инвалидном кресле					Иммобилизация вследствие острой травмы, острого заболевания или паралича ассоциируется с высоким риском развития венозных тромбоэмболических осложнений
Установленные гиперлипидемии	1	1	1	1	Пояснение: рутинный скрининг нецелесообразен вследствие редкой встречаемости заболевания и высокой стоимости скрининга
Головные боли					Пояснение: необходимо оценивать любые новые головные боли или значительные изменения характера головных болей.
1) немигренозные (умеренные или тяжелые) мигрени	1	1	1	1	Классификация зависит от точности диагноза для тяжелой головной боли, связанной и не связанной с мигренью и аурой. Аура — специфический центральный неврологический симптом (см. дополнительные комментарии).
2) Мигрени					
а) без ауры					
• возраст <35 лет	1	1	1	1	
• возраст ≥35 лет	1	1	1	1	
б) с аурой, в любом возрасте	1	1	1	1	Пояснение: применение прогестиновых ТЭК безопасно для пациенток, в анамнезе которых мигрени с аурой
Гестационная трофобластическая болезнь					
1) снижающийся или неопределяемый уровень хорионического бета-гонадотропина (β-ХГЧ)	1	1	1	1	
2) постоянно повышенный уровень β-ХГЧ или трофобластическая опухоль (злокачественное заболевание)	1	1	1	4	
Заболевания молочных желез					
1) недиагностированное образование	1	1	1	1	
2) доброкачественные заболевания молочных желез	1	1	1	1	
3) семейный анамнез рака	1	1	1	1	

КОК — комбинированные оральные контрацептивы,
ЛНГ — контрацептив, содержащий ЛНГ,
УПА — улипристала ацетат,
Cu-ВМС — медьсодержащие внутриматочные средства

Неотложные (экстренные) средства контрацепции не защищают от инфекций, передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ) (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ

Состояние * дополнительные комментарии в конце таблицы	Категория Н = начало, П = продолжение				Пояснения/ Научные доказательства
	КОК	ЛНГ	УПА	CU -ВМС	
4) известное носительство генетической мутации, ассоциированной с раком молочной железы (например, BRCA1 и BRCA2)	1	1	1	1	
5) Рак молочной железы [§]					
а) в настоящий момент	2	2	1	1	
б) в анамнезе, отсутствуют признаки рецидива в течение 5 лет наблюдения	2	2	1	1	
Миома матки					
1) без деформации полости матки	1	1	1	1	Пояснение: имеющаяся миома, которая деформирует полость матки, может мешать установке и правильному расположению ВМС.
2) с деформацией полости матки	1	1	1	4	
Анатомические аномалии					
1) деформация полости матки (любые врожденные или приобретенные аномалии матки, приводящие к деформации полости матки, не совместимые с установкой ВМС)	1	1	1	4	Пояснение: при наличии анатомической аномалии, которая деформирует полость матки, правильная установка ВМС может быть невозможна
2) другие аномалии (включая стеноз цервикального канала или рубцовые изменения шейки после разрывов), не деформирующие полость матки и не препятствующие введению ВМС	1	1	1	2	
Хронические воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона)					
	2	2	2	1	Пояснение: эффективность метода может быть снижена у пациенток с выраженной мальабсорбцией или с резекцией тонкой кишки. Абсорбция препаратов экстренной контрацепции у пациенток, перенесших колэктомиию, не нарушена
Тяжелые заболевания печени (включая желтуху)[§]					
	2	2	2	1	
Хирургическое лечение ожирения в анамнезе[§]					

КОК — комбинированные оральные контрацептивы,
ЛНГ — контрацептив, содержащий ЛНГ,
УПА — улипристала ацетат,
Cu-ВМС — медьсодержащие внутриматочные средства

**Пояснения/
Научные доказательства**

Пояснение: имеющаяся миома, которая деформирует полость матки, может мешать установке и правильному расположению ВМС.

Пояснение: при наличии анатомической аномалии, которая деформирует полость матки, правильная установка ВМС может быть невозможна

Пояснение: эффективность метода может быть снижена у пациенток с выраженной мальабсорбцией или с резекцией тонкой кишки. Абсорбция препаратов экстренной контрацепции у пациенток, перенесших колэктомиию, не нарушена

Неотложные (экстренные) средства контрацепции не защищают от инфекций, передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельный метод защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ

Состояние * дополнительные комментарии в конце таблицы	Категория Н = начало, П = продолжение				Пояснения/ Научные доказательства
	КОК	ЛНГ	УПА	CU-ВМС	
1) рестриктивные процедуры: операции, уменьшающие объем желудка	1	1	1	1	Примечание: бариатрическая хирургия с мальабсорбтивным компонентом снижает эффективность оральной контрацепции, которая впоследствии, вероятно, снижается в связи с послеоперационными осложнениями, например, длительной диареей и/или рвотой. В связи с таким нарушением всасывания вместо ТЭК может быть показана ВМС
2) мальабсорбтивные процедуры: операции, ведущие к снижению всасывания питательных веществ и потребления калорий за счет укорочения функциональной длины тонкого кишечника	1	1	1	1	
Трансплантация внутренних органов[§]					
1) осложненная: несостоятельность трансплантата (острая или хроническая), васкулопатия пересаженного сердца	1	1	1	3	
2) неосложненные случаи	1	1	1	2	
Повторное применение таблеток экстренной контрацепции	1	1	1	НП	Пояснение: повторное применение ТЭК является указанием на то, что женщина нуждается в консультации по другим методам контрацепции. ТЭК могут быть использованы несколько раз в цикле, если это необходимо. Кроме того, может быть введена Cu-ВМС, если повторный незащищенный секс был в течение 5 дней после первого незащищенного полового контакта. Частое многократное применение ТЭК может нанести вред при состояниях, классифицированных как 3 или 4 для приема прогестиновых оральных контрацептивов
Изнасилование					Пояснение: отсутствуют ограничения к использованию ТНК в случае изнасилования. ВМС не защищают от ИППП/ВИЧ/ВЗОМТ. У женщин с хламидийной инфекцией или гонореей во избежание повышенного риска ВЗОМТ следует избегать введения ВМС. Для других ИППП данная проблема менее существенна
а) высокий риск ИППП	1	1	1	3	
б) низкий риск ИППП	1	1	1	1	

Сокращения: ИППП — инфекции, передаваемые половым путем; ВИЧ — вирус иммунодефицита человека; ЭКТ — экстренная контрацепция в таблетках; ВМС — внутриматочная спираль; КОК — ТСП — таблетка, содержащая исключительно прогестин; КГК — комбинированная гормональная контрацепция; КСП — контрацептив, содержащий исключительно прогестин; ЧПК — чисто прогестиновый контрацептив.

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

противопоказаний для применения. В случае возникновения рвоты в течение 2 часов после приема препарата возможен повторный прием того же препарата.

- ТЭК с мифепристоном, принимаемый однократно в дозе 10 мг.

ТЭК с ЛНГ является агонистом рецепторов прогестерона. Обеспечивают надежное предохранение от беременности только в тех случаях, когда принимаются в течение 72 часов после незащищенного полового контакта. Чем раньше женщина начинает принимать таблетки после незащищенного полового контакта, тем выше эффективность данного средства контрацепции. Не нарушают течение существующей беременности.

Основной механизм действия заключается в ингибировании и/или задержке овуляции в результате подавления пика лютеинизирующего гормона. Эффективность: согласно результатам ранее проведенного клинического исследования, прием двух доз левоноргестрела по 0,75 мг с интервалом в 12 часов предотвращает наступление беременности в 85% случаев. Эффективность препарата снижается с течением времени после контакта (95% — при применении в течение 24 часов, 85% — в интервале от 24 до 48 часов, 58% — от 48 до 72 часов).

Результаты другого клинического исследования показали, что однократный прием левоноргестрела в дозе

1,5 мг (в течение 72 часов после незащищенного полового акта) предотвращает наступление беременности в 84% случаев.

Восстановление фертильности после приема ТЭК с ЛНГ: происходит сразу. Женщина может забеременеть непосредственно после приема ТЭК с ЛНГ. Противозачаточный эффект не распространяется на половые акты, имевшие место после приема ТЭК, даже в том случае, когда «опасный» половой контакт происходит на следующий день после приема таблетки.

Для предупреждения незапланированной беременности женщине рекомендуется приступить к применению другого метода контрацепции без каких-либо промежуточных пауз.

Профилактика инфекций, передаваемых половым путем, не обеспечивается.

Медьсодержащие ВМС могут быть использованы в течение пяти дней (120 часов) после незащищенного полового акта в качестве средства неотложной контрацепции. Однако в случае, когда можно рассчитать время овуляции, медьсодержащие ВМС могут быть при необходимости введены по истечении пяти дней после полового контакта, но не более чем через пять дней после овуляции (до 19 дня при 28-дневном менструальном цикле), таким образом, избегая установки после возможной имплантации. Этот метод особенно подходит для женщин, которые хотели бы начать использовать высокоэффективный, длительный действия и обратимый метод контрацепции.

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

Профилактика инфекций, передаваемых половым путем, не обеспечивается.

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

Основной механизм действия: в первую фазу либо нарушает развитие/созревание фолликулов, либо подавляет овуляцию, во вторую — препятствует имплантации яйцеклетки (блокирует рецепторы прогестерона в эндометрии, предотвращая развитие секреторного эндометрия). Эффективность мифепристона достигает 98,5–98,7%. При однократном применении в большинстве случаев не вызывает устойчивых нарушений мен-

струального цикла, задержка в основном не превышает 7 дней. Безопасность: мифепристон является безопасной формой экстренной контрацепции. Профилактика инфекций, передаваемых половым путем, не обеспечивается.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОММЕНТАРИИ

Согласно результатам рандомизированного исследования ВОЗ, ТЭК на основе левоноргестрела являются эффективным методом предотвращения беременности в период до 5 дней (120 часов) после незащищенного полового акта. Предпочтительно использовать левоноргестрел в дозировке 1,5 мг однократно. Однако результаты исследования ВОЗ продемонстрировали выраженную тенденцию к понижению эффективности препарата при удлинении срока между незащищенным половым актом и приемом ТЭК. В настоящее время производитель регламентирует прием препарата в течение 72 часов после незащищенного полового акта.

Повторное использование ТЭК: медицинские исследования и изучение поведения женщин, проводившиеся до сих пор, не дают оснований для ограничения количества применения женщинами ТЭК на протяжении месяца или года. При наблюдении за пациентками, использующими неоднократно ТЭК, показали, что их применение не способствует распространению рискованных моделей сексуального поведения, а хорошие знания об экстренной контрацепции укрепляют привычку использовать регулярно средства плановой контрацепции, а не многократно таблетки ЭК. В любом случае ТЭК безопаснее для здоровья, чем незапланированная беременность и последующий за ней аборт. Женщины должны пользоваться ТЭК так часто, как это необходимо. Факт многократного применения ТЭК может указывать на необходимость консультации женщины по применению постоянных методов предупреждения нежелательной беременности.

Высокий риск ИППП: женщинам, подверженным более высокому риску ИППП (в возрасте <25 лет, или в любом возрасте меняющих сексуальных партнеров, имеющих двух и более партнеров за последний год), должно быть предложено тестирование на ИППП. Cu-ВМС может быть вставлена в качестве экстренной контрацепции, в ожидании результатов исследования. При этом можно назначить антибиотики с профилактической целью (например, азитромицин и доксициклин) для защиты от хламидиоза во время введения Cu-ВМС.

Взаимодействие с лекарственными средствами: женщинам, принимающим фермент-индуцирующие препараты, в качестве экстренной контрацепции подходит только Cu-ВМС, поскольку это единственный метод, на который данные препараты не оказывают влияние. Если применяются таблетки экстренной контрацепции, то их следует использовать как можно скорее в течение 72 часов после незащищенного полового акта. Женщинам, принимающим фермент-индуцирующие препараты, в том числе профилактику ВИЧ после сексуального контакта, отказавшимся от Cu-ВМС или которым не подходит данный вид экстренной контрацепции, следует принять однократно 3 мг ЛНГ (две таблетки левоноргестрела по 1,5 мг) как можно скорее в течение 120 часов. Эффективность ТЭК не снижается при использовании антибиотиков.

Применение экстренной контрацепции у пациенток с отягощенным онкологическим анамнезом

Как во время, так и после противоопухолевой терапии женщин необходимо информировать о возможности использования экстренной контрацепции, особенно женщин, не использующих постоянные эффективные методы контрацепции. В настоящее время нет исследований, подтверждающих увеличение риска прогрессирования/рецидива при применении гормональной/механической экстренной контрацепции у пациенток с онкологическим заболеванием. Однако беременность у онкологических пациенток как фактор высокого риска прогрессирования/рецидива основного заболевания установлен в исследованиях с высоким уровнем доказательности. Согласно рекомендациям ВОЗ, медьсодержащая ВМС является безопасным и эффективным методом механической экстренной контрацепции в течение 5–7 дней после использования гормональной экстренной контрацепции у женщин с отягощенным онкологическим анамнезом.

Особенности консультирования по ТЭК

1. При консультировании особое внимание уделить информированию женщин о том, что пероральная экстренная контрацепция не обеспечивает контрацепцию при последующих незащищенных половых контактах, и им потребуется подбор постоянного метода контрацепции или воздержание от половых контактов во избежание риска незапланированной беременности.
2. Чтобы метод был максимально эффективен, женщин необходимо информировать о необходимости приема ТЭК как можно скорее после незащищенного полового акта.
3. Расскажите пациентке о возможных побочных эффектах при применении ТЭК: тошнота/рвота, боли внизу живота, головные боли, болезненность молочных желез, головокружение, быстрая утомляемость.
4. В случае возникновения рвоты в течение 2 часов с момента приема ТЭК возможен повторный прием этого же препарата (в том числе таблетка 1,5 мг ЛНГ во влагалище) или введение Cu-ВМС.
5. Объясните пациентке, что возможно нарушение менструального цикла после применения пероральной экстренной контрацепции. Менструальные кровотечения могут начинаться раньше или позже обычного срока. Если очередное менструальное кровотечение задерживается больше, чем на неделю, следует обратиться к врачу для обследования на предмет возможной беременности.
6. Расскажите о существующих методах постоянной контрацепции для информированного выбора женщиной.
7. Женщинам, обратившимся к врачу для назначения экстренной контрацепции, при наличии высокого риска инфекции, передаваемой половым путем, следует рекомендовать сдать анализы на ИППП (гонорея, хламидиоз), в том числе ВИЧ.
8. Медицинские сотрудники должны информировать пациенток о доступности экстренной контрацепции и возможности ее использования.

БАРЬЕРНЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ

К барьерным методам контрацепции относятся мужские и женские презервативы, диафрагмы/шеечные колпачки и спермициды (табл. 12).

МУЖСКОЙ ПРЕЗЕРВАТИВ

Мужской презерватив — тонкий чехол, изготовленный чаще всего из латекса или винила; может быть обработан спермицидом для дополнительной защиты.

Механизм действия: контрацептивный эффект обеспечивается за счет создания механического барьера, препятствующего попаданию сперматозоидов во влагалище. Помимо этого, презервативы препятствуют передаче болезнетворных микроорганизмов, содержащихся в сперме, на половом члене или во влагалище, здоровому партнеру. Эффективность метода зависит от пользователя (см. табл. 12): риск наступления беременности или заражения ИППП наиболее высок в тех случаях, когда презервативы используются не при каждом половом акте либо используются неправильно. При типичном характере применения мужских презервативов частота незапланированной беременности составляет около 15 случаев на 100 женщин в год. При систематическом и правильном применении презервативов частота незапланированной беременности составляет около 2 случаев на 100 женщин в год.

Восстановление фертильности после отмены: происходит сразу.

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

ЖЕНСКИЙ ПРЕЗЕРВАТИВ

Женский презерватив представляет собой чехол, изготовленный из тонкой, мягкой прозрачной пластмассовой пленки, которая свободно выстилает стенки влагалища. На обоих концах женского презерватива находятся гибкие кольца. Кольцо на слепом конце презерватива облегчает его введение во влагалище. Кольцо на открытом конце удерживает часть презерватива снаружи влагалища. На внутреннюю и наружную поверхность презерватива нанесена смазка на силиконовой основе.

Механизм действия: контрацептивный эффект обеспечивается за счет создания механического барьера, препятствующего попаданию сперматозоидов во влагалище. Женский презерватив препятствует также передаче болезнетворных микроорганизмов, содержащихся в сперме, на половом члене или во влагалище, здоровому партнеру. Эффективность метода зависит от пользователя: риск наступления беременности или заражения ИППП наиболее высок в тех случаях, когда презервативы не используются при каждом половом акте. Неправильное использование, соскальзывание или разрыв презерватива могут привести к незапланированной беременности или заражению ИППП. При типичном характере применения частота незапланированной беременности составляет 21 случай на 100 женщин в год.

Таблица 12. Барьерные методы контрацепции

Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе во время беременности и в послеродовом периоде), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов в качестве самостоятельного метода защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ

Состояние	Категория			Пояснения/ Научные доказательства
	Н = начало, П = продолжение	С	Д	
* дополнительные комментарии в конце таблицы	П	С	Д	
	П — мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы, С — спермициды, Д — диафрагма (со спермицидом), цервикальный колпачок			

Женщины, для которых беременность является недопустимым риском из-за их состояния здоровья, должны знать, что барьерные методы предохранения от беременности могут оказаться неприемлемыми для тех из них, кто не может использовать их регулярно и правильно, поскольку эти методы характеризуются более высоким процентом нежеланных беременностей при несоблюдении правил их применения

Персональные характеристики и репродуктивный анамнез

Беременность	НП	НП	НП	НП — не применимо Пояснение: ни один из этих методов не показан в качестве средства контрацепции в период беременности. Однако для женщин, которые продолжают быть подвержены высокому риску заражения ИППП/ВИЧ, рекомендуется правильное и регулярное использование презервативов во время беременности
Возраст				
1) с менархе до <40 лет	1	1	1	
2) >40 лет	1	1	1	
Паритет				
1) рожавшие	1	1	1	Пояснение: у рожавших женщин более высока вероятность выпадения цервикальных колпачков, чем у нерожавших
2) нерожавшие	1	1	2	
Послеродовой период				
1) <6 недель после родов	1	1	НП	Пояснение: это относится к любым родам, начиная с 22-й недели беременности, в том числе при мертворожденности. Диафрагма и колпачок не показаны (НП) в первые 6 недель после родов, до завершения процесса инволюции матки
2) >6 недель после родов	1	1	1	
Постабортный период				
1) первый триместр	1	1	1	Пояснение: включая индуцированные и спонтанные аборт до 22 недель беременности.
2) второй триместр	1	1	НП	Диафрагма и колпачок не показаны (НП) в течение 6 недель после аборта
3) сразу после септического аборта	1	1	НП	во втором триместре беременности и сразу после септического аборта
Внематочная беременность в анамнезе	1	1	1	
Хирургическое вмешательство на органах малого таза в анамнезе	1	1	1	
Курение				
1) Возраст <35 лет	1	1	1	
2) Возраст ≥35 лет				Научные доказательства: инфаркт миокарда редко встречается у женщин репродуктивного возраста. Курение является важнейшим фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний. Общая смертность напрямую зависит от курения; у заядлых курильщиков с 35 лет отмечен рост смертности. Уровень риска инфаркта миокарда напрямую зависит от количества выкуриваемых в день сигарет
а) <15 сигарет/день	1	1	1	
б) ≥15 сигарет/день	1	1	1	
в) прекратила курение <1 года назад	1	1	1	
г) прекратила курение ≥1 год и более	1	1	1	
Ожирение				
1) индекс массы тела (ИМТ) ≥30 кг/м ²	1	1	1	Пояснение: при сильном ожирении введение диафрагмы или колпачка может быть затруднено. При увеличении или уменьшении веса больше чем на 3 кг необходимо обратиться к консультанту для подбора наиболее оптимального размера диафрагмы
2) от менархе и до <18 лет и ИМТ ≥30 кг/м ²	1	1	1	

Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе во время беременности и в послеродовом периоде), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов в качестве самостоятельного метода защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ

Состояние	Категория			Пояснения/ Научные доказательства
	Н = начало, П = продолжение	П	С	
* дополнительные комментарии в конце таблицы				
		П — мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы, С — спермициды, Д — диафрагма (со спермицидом), цервикальный колпачок		
Хирургическое лечение ожирения в анамнезе⁵				
3) мальабсорбтивные процедуры: операции, ведущие к снижению всасывания питательных веществ и потребления калорий за счет укорочения функциональной длины тонкого кишечника	1	1	1	
1) рестриктивные процедуры: операции, уменьшающие объем желудка	1	1	1	
2) мальабсорбтивные процедуры: операции, ведущие к снижению всасывания питательных веществ и потребления калорий за счет укорочения функциональной длины тонкого кишечника				

Сердечно-сосудистые заболевания

Высокий риск сердечно-сосудистых осложнений

(артериальная гипертензия, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, заболевания сосудов, ожирение, курение)

1	1	1
---	---	---

Артериальная гипертензия*

Для всех категорий артериальной гипертензии в основе классификации лежит предположение об отсутствии других факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. При наличии множественных факторов риска опасность сердечно-сосудистого заболевания может существенно возрасти.

Однократное измерение уровня артериального давления недостаточно для того, чтобы установить женщине достоверный диагноз. Если во время консультации определено повышение уровня артериального давления, он должен быть повторно оценен в конце приема. При сохранении высоких показателей, женщине следует предложить дополнительное обследование. Артериальной гипертензией высокого и очень высокого риска возникновения сердечно-сосудистых осложнений считается: рефрактерная АГ; гипертонические кризы; АГ в сочетании с атеросклерозом коронарных, сонных и периферических артерий; АГ в сочетании с ассоциированными клиническими состояниями (инфаркт миокарда, транзиторная ишемическая атака, перенесенное нарушение мозгового кровообращения, хроническая сердечная недостаточность, почечная недостаточность); АГ при метаболическом синдроме и сахарном диабете; АГ+3 и более факторов сердечно-сосудистого риска (курение, дислипидемия, гипергликемия натощак, нарушения толерантности к глюкозе, семейный анамнез ранних ССЗ, абдоминальное ожирение ОТ>88 см); АД>180/110 мм рт.ст., включая отсутствие факторов риска

1) адекватно контролируемая гипертензия (АД <140/90 мм рт.ст.)

Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе во время беременности и в послеродовом периоде), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов в качестве самостоятельного метода защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ

Состояние	Категория			Пояснения/ Научные доказательства
	Н = начало, П = продолжение	П	С	
* дополнительные комментарии в конце таблицы	П — мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы, С — спермициды, Д — диафрагма (со спермицидом), цервикальный колпачок			
2) повышенные уровни артериального давления (измерение выполнено правильно)				
а) систолическое 140–159 или диастолическое 90–99	1	1	1	Пояснение: оценка причин и выявление артериальной гипертензии должны проводиться как можно раньше.
б) систолическое ≥ 160 или диастолическое $\geq 100^s$	1	1	1	
3) заболевания сосудов	1	1	1	Пояснение: заболевания сосудов включают в себя: ишемическую болезнь сердца, сопровождающуюся стенокардией; болезни периферических сосудов, сопровождающиеся перемежающейся хромотой; гипертензивную ретинопатию и транзиторные ишемические атаки
В анамнезе высокое артериальное давление во время беременности (если измеренный в настоящее время уровень артериального давления является нормальным)	1	1	1	
Тромбоз глубоких вен (ТГВ)/тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)				Пояснение: если у пациентки ТГВ/ТЭЛА (в анамнезе или в настоящее время), высокий риск рецидива возможен при наличии ≥ 1 из перечисленных факторов риска:
1) ТГВ/ТЭЛА в анамнезе, антикоагулянтная терапия не используется	1	1	1	а) в анамнезе ТГВ/ТЭЛА, ассоциированный с приемом эстрогенов; б) в анамнезе ТГВ/ТЭЛА во время беременности; в) идиопатический ТГВ/ТЭЛА;
2) острый ТГВ/ТЭЛА	1	1	1	г) установленная тромбофилия, включая антифосфолипидный синдром; д) активный онкологический процесс (с метастазами, во время курса лечения или в течение 6 месяцев после наступления клинической ремиссии), за исключением плоскоклеточного и базальноклеточного рака кожи;
3) ТГВ/ТЭЛА, стабилизация на антикоагулянтной терапии не менее 3 месяцев	1	1	1	е) в анамнезе рецидив ТГВ/ТЭЛА.
4) семейный анамнез (у ближайших родственников)	1	1	1	Пояснение: семейный анамнез венозной тромбоэмболии (ВТЭ) может предупредить врачей относительно женщин, имеющих повышенный риск таких же осложнений. Тем не менее семейный анамнез тромбоэмболии сам по себе не может быть достоверным предиктором ТГВ/ТЭЛА. Более того, даже при генетической тромбофилии не у каждой пациентки будет такое заболевание.
5) большое хирургическое вмешательство				
а) с длительной иммобилизацией	1	1	1	Большое хирургическое вмешательство включает в себя операции >30 минут. Процедуры с высоким риском ВТЭ включают общую, ортопедическую хирургию, травматологию, нейрохирургию
б) без длительной иммобилизации	1	1	1	
6) малое хирургическое вмешательство без иммобилизации	1	1	1	Малое хирургическое вмешательство включает в себя операции, продолжающиеся <30 минут (например, лапароскопическая стерилизация), или такие процедуры, как артроскопия коленного сустава.

Продолжение таблицы 12

Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе во время беременности и в послеродовом периоде), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов в качестве самостоятельного метода защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ

Состояние	Категория			Пояснения/ Научные доказательства
	Н = начало, П = продолжение	П	С	
* дополнительные комментарии в конце таблицы	П — мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы, С — спермициды, Д — диафрагма (со спермицидом), цервикальный колпачок			
7) иммобилизация, требующая нахождения в инвалидном кресле	1	1	1	Иммобилизация вследствие острой травмы, острого заболевания или паралича ассоциируется с высоким риском развития венозных тромбоэмболических осложнений
Выявленные тромбогенные мутации[§] (фактор Лейдена, протромбиновая мутация, недостаточность протеина S, протеина C и антитромбина)			1	Пояснение: рутинный скрининг нецелесообразен вследствие редкой встречаемости заболевания и высокой стоимости скрининга
Тромбоз поверхностных вен				
1) варикозное расширение вен нижних конечностей	1	1	1	
2) тромбофлебит поверхностных сосудов нижних конечностей	1	1	1	
Ишемическая болезнь сердца в настоящий момент или в анамнезе[§]			1	Пояснение: в том числе после проведенного оперативного лечения: баллонная ангиопластика, стентирование, аортокоронарное шунтирование
Инсульт[§] (в том числе в анамнезе)			1	
Установленные гиперлипидемии			1	Пояснение: рутинный скрининг нецелесообразен из-за редкости подобных случаев и высокой стоимости скрининга. Один только уровень липидов не является достоверным прогностическим фактором риска ишемической болезни сердца. Семейная гиперхолестеринемия (аутосомно-доминантный тип наследования) распространена в популяции с частотой примерно 1:500. У женщин, страдающих этим заболеванием, в 4 раза повышен риск ишемической болезни сердца в молодом возрасте
Клапанные и другие врожденные заболевания сердца				
1) без осложнений	1	1	1	
2) осложненные [§] (легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый бактериальный эндокардит в анамнезе)	1	1	2	Пояснение: опасность инфицирования мочевыводящих путей при использовании диафрагмы может быть сопряжена с повышенным риском для женщины, страдающей подострым бактериальным эндокардитом
Болезнь Рейно				
1) первичная	1	1	1	
2) вторичная				
а) без волчаночного антикоагулянта	1	1	1	
б) с волчаночным антикоагулянтом	1	1	1	

Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе во время беременности и в послеродовом периоде), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов в качестве самостоятельного метода защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ

Состояние	Категория			Пояснения/ Научные доказательства
	Н = начало, П = продолжение	П	С	
* дополнительные комментарии в конце таблицы	П — мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы, С — спермициды, Д — диафрагма (со спермицидом), цервикальный колпачок			
Ревматические заболевания				
Системная красная волчанка (СКВ)[§]				
1) результат теста на антифосфолипидные антитела положительный (или не известен)	1	1	1	
2) тяжелая тромбоцитопения	1	1	1	Пояснение: у лиц, страдающих СКВ, повышен риск ишемической болезни сердца и венозной тромбоземболии. Если у женщины, больной СКВ, имеются эти заболевания, категория приемлемости должна быть соотнесена с указанной в разделе таблицы «Сердечно-сосудистые заболевания». Для всех категорий СКВ классификации основаны на предположении, что других факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у женщины нет. Если такие факторы риска есть, данные классификации должны быть модифицированы
3) иммуносупрессивная терапия	1	1	1	
4) ничего из вышеперечисленного	1	1	1	
Ревматоидный артрит				
1) прием иммунодепрессантов	1	1	1	
2) в отсутствие приема иммунодепрессантов	1	1	1	
Неврологические состояния				
Головные боли*				
1) немигренозные (умеренные или тяжелые)	1	1	1	Пояснение: классификация для тяжелой головной боли, связанной и не связанной с мигренью и аурой, зависит от точности диагноза. Аура — специфический центральный неврологический симптом. При появлении головных болей или любом заметном изменении характера имеющихся головных болей необходима оценка специалиста. Классификация предполагает отсутствие каких-либо других факторов риска инсульта. Риск инсульта увеличивается с возрастом, при наличии артериальной гипертензии и при курении
2) мигрени				
а) без ауры				
• Возраст <35 лет	1	1	1	
• Возраст ≥35 лет	1	1	1	
б) с аурой, в любом возрасте	1	1	1	
Эпилепсия [§]			1	
Депрессивные расстройства				
Депрессивные расстройства			1	
Инфекции и заболевания репродуктивных органов				
Характер менструаций				
1) нерегулярные без больших кровопотерь	1	1	1	
2) обильные или продолжительные кровотечения (включая регулярный или нерегулярный характер)	1	1	1	

Продолжение таблицы 12

Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе во время беременности и в послеродовом периоде), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов в качестве самостоятельного метода защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ

Состояние	Категория			Пояснения/ Научные доказательства
	Н = начало, П = продолжение	П	С	
* дополнительные комментарии в конце таблицы	П — мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы, С — спермициды, Д — диафрагма (со спермицидом), цервикальный колпачок			
Вагинальные кровотечения неустановленной этиологии (подозрение на серьезное заболевание) До выяснения причины			1	Пояснение: если есть подозрение на беременность или невыявленное заболевание (например, злокачественную опухоль органов малого таза), необходимо провести обследование и уточнить категорию после установления диагноза
Эндометриоз			1	
Доброкачественные опухоли яичников (включая кисты)			1	
Дисменорея			1	
Гестационная трофобластическая болезнь				
1) снижающийся или неопределяемый уровень хорионического бета-гонадотропина β-ХГЧ	1	1	1	
2) постоянно повышенный уровень β-ХГЧ или трофобластическая опухоль (злокачественное заболевание)	1	1	1	
Цервикальный эктропион	1	1	1	
Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN)	1	1	1/4	Пояснение: применение колпачка не рекомендуется. Для использования диафрагмы ограничений нет
Рак шейки матки (в период ожидания терапии)	1	2	1/4	Пояснение: применение колпачка не рекомендуется. Для использования диафрагмы ограничений нет
Заболевания молочных желез				
1) недиагностированное образование	1	1	1	
2) доброкачественные заболевания молочных желез	1	1	1	
3) семейный анамнез рака	1	1	1	
4) известное носительство генетической мутации, ассоциированное с раком молочной железы (например, BRCA 1/2)	1	1	1	

Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе во время беременности и в послеродовом периоде), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов в качестве самостоятельного метода защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ

Состояние	Категория			Пояснения/ Научные доказательства
	Н = начало, П = продолжение	П	С	
* дополнительные комментарии в конце таблицы	П — мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы, С — спермициды, Д — диафрагма (со спермицидом), цервикальный колпачок			
5) рак молочной железы [§]				
а) в настоящий момент	1	1	1	
б) в анамнезе, отсутствуют признаки рецидива в течение 5 лет наблюдения	1	1	1	
Рак эндометрия [§]	1	1	1	
Гиперплазия эндометрия	1	1	1	
Рак яичников [§]	1	1	1	
Миома матки				
1) без деформации полости матки	1	1	1	
2) с деформацией полости матки	1	1	1	
Анатомические аномалии			НП	Пояснение: диафрагму нельзя использовать в некоторых случаях при выпадении матки. Применение колпачка не показано для женщин с выраженными анатомическими изменениями шейки матки
Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ)				
1) ВЗОМТ в анамнезе (отсутствуют факторы риска ИППП в настоящий момент				1
а) с последующей беременностью	1	1	1	
б) без последующей беременности	1	1	1	
2) ВЗОМТ в настоящий момент				
ИППП				
1) гнойный цервицит, хламидийная инфекция или гонорея в настоящее время	1	1	1	
2) другие ИППП (за исключением ВИЧ- инфекции и гепатита)	1	1	1	
3) вагинит (включая трихомонадный вагинит и бактериальный вагиноз)	1	1	1	
4) повышенный риск ИППП	1	1	1	

Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе во время беременности и в послеродовом периоде), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов в качестве самостоятельного метода защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ

Состояние	Категория			Пояснения/ Научные доказательства
	Н = начало, П = продолжение	П	С	
* дополнительные комментарии в конце таблицы	П — мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы, С — спермициды, Д — диафрагма (со спермицидом), цервикальный колпачок			
ВИЧ/СПИД				
Высокий риск ВИЧ-инфицирования			4	Научные доказательства: многократное применение спермицида ноноксил-9 или большие дозы этого препарата могут вызвать повреждения тканей половых органов, что может повысить риск заражения ВИЧ-инфекцией. Пояснение: категория 4 для применения диафрагмы установлена из-за возможных проблем, связанных со спермицидами, а не с самой диафрагмой ⁴
ВИЧ-инфицированные[§]				
1) получающие антиретровирусную терапию	1	3	3	Научные доказательства: многократное применение спермицида ноноксил-9 или большие дозы этого препарата могут вызвать повреждения тканей половых органов, что может повысить риск заражения ВИЧ-инфекцией. Пояснение: использование спермицидов и/или диафрагмы (со спермицидами) негативно воздействует на состояние слизистой оболочки влагалища, вследствие чего наблюдается увеличение вирусной нагрузки и повышение риска передачи вируса партнеру при половом контакте
2) не получающие антиретровирусную терапию	1	3	3	
СПИД[§] на фоне антиретровирусной терапии			3	Пояснение: использование спермицидов и/или диафрагмы (со спермицидами) негативно воздействует на состояние слизистой оболочки влагалища, вследствие чего наблюдается увеличение вирусной нагрузки и повышение риска передачи вируса партнеру при половом контакте
Другие инфекции				
Туберкулез[§]				
1) экстрагенитальный	1	1	1	
2) установленный тазовый	1	1	1	
Малярия	1	1	1	
Синдром токсического шока в анамнезе	1	1	3	Научные доказательства: синдром токсического шока был отмечен после применения противозачаточной губки и диафрагмы
Инфекции мочевыводящих путей	1	1	2	Пояснение: применение диафрагмы и спермицидов может повлечь за собой повышение риска инфекций мочевыводящих путей
Эндокринные заболевания				
Сахарный диабет				
1) Гестационный диабет в анамнезе	1	1	1	
2) Без поражения сосудов				
а) инсулинонезависимый	1	1	1	
б) инсулинозависимый [§]	1	1	1	
3) Нефропатия/ ретинопатия/ нейропатия	1	1	1	
4) Сахарный диабет тяжелого течения (микро- и макроангиопатия, нефропатия, ретинопатия, нейропатия) [§]	1	1	1	
5) Длительность диабета >20 лет [§]	1	1	1	
Болезни щитовидной железы				

Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе во время беременности и в послеродовом периоде), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов в качестве самостоятельного метода защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ

Состояние	Категория			Пояснения/ Научные доказательства
	Н = начало, П = продолжение	П	С	
* дополнительные комментарии в конце таблицы				
	П — мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы, С — спермициды, Д — диафрагма (со спермицидом), цервикальный колпачок			
1) Простой зоб (эутиреоз)	1	1	1	
2) Гипертиреоз	1	1	1	
3) Гипотиреоз	1	1	1	
Заболевания желудочно-кишечного тракта				
Хронические воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона)	1	1	1	Пояснение: Пациенткам, принимающим тератогенные препараты (например, метотрексат), рекомендовано использовать, помимо барьерных методов, дополнительные эффективные методы контрацепции.
Заболевания желчного пузыря				
1) С клиническими симптомами				
а) после холецистэктомии	1	1	1	
б) после медикаментозного лечения	1	1	1	
в) в настоящее время	1	1	1	
2) Бессимптомные				
Холестаз в анамнезе				
1) Связанный с беременностью	1	1	1	
2) Связанный с приемом КОК	1	1	1	
Вирусный гепатит				
1) Острый или обострение хронического	1	1	1	
2) Носительство	1	1	1	
3) Хронический	1	1	1	
Цирроз				
1) Легкий (компенсированный без осложнений)	1	1	1	Пояснение: тяжелый декомпенсированный цирроз печени подразумевает развитие серьезных осложнений (таких, как асцит, желтуха, энцефалопатия или желудочно-кишечные кровотечения).
2) Тяжелый (декомпенсированный) [§]	1	1	1	
Опухоли печени				
1) доброкачественные				
а) очаговая узловая гиперплазия	1	1	1	
б) гепатоцеллюлярная аденома [§]	1	1	1	
2) злокачественная (гепатома) [§]	1	1	1	

Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе во время беременности и в послеродовом периоде), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов в качестве самостоятельного метода защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ

Состояние	Категория			Пояснения/ Научные доказательства
	Н = начало, П = продолжение	П	С	
* дополнительные комментарии в конце таблицы	П — мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы, С — спермициды, Д — диафрагма (со спермицидом), цервикальный колпачок			
Эндокринные заболевания				
Первичный склерозирующий холангит, осложненный циррозом печени	1	1	1	
Анемии				
Талассемия	1	1	1	
Серповидно-клеточная анемия [§]	1	1	1	
Железодефицитная анемия	1	1	1	
Трансплантация внутренних органов				
Трансплантация внутренних органов [§]				
1) осложненная: несостоятельность трансплантата (острая или хроническая), васкулопатия пересаженного сердца	1	1	1	
2) неосложненные случаи	1	1	1	
Лекарственные взаимодействия				
Этот раздел имеет отношение к БЕЗОПАСНОСТИ применения контрацептивного метода у женщин, использующих данный вид лекарств. При сочетании с другими лекарственными средствами ЭФФЕКТИВНОСТЬ метода может быть снижена, и возможно наступление беременности, которая может иметь неблагоприятное влияние на здоровье женщины с определенным медицинским состоянием. Контрацептивный выбор может зависеть от вероятной продолжительности использования контрацепции одновременно с лечением основного заболевания, а также потребности в дополнительных или альтернативных методах контрацепции на это время.				
Антиретровирусная терапия				
1) нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ)	1	3	3	Пояснения: установленного взаимодействия между АРВ-терапией и использованием барьерных методов контрацепции не существует. Однако использование диафрагм и спермицидов у ВИЧ-инфицированных имеет категорию приемлемости 3 (см. раздел ВИЧ/СПИД)
2) нунуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ)	1	3	3	
3) усиленные ритонавиром ингибиторы протеазы	1	3	3	
Противосудорожная терапия				
1) некоторые противосудорожные препараты (фенитоин, карбамазепин, барбитураты, примидон, топирамат, окскарбазепин, кроме вальпроата натрия)	1	1	1	
2) ламотригин	1	1	1	

Если существует риск заражения ИППП/ВИЧ (в том числе во время беременности и в послеродовом периоде), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов в качестве самостоятельного метода защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ

Состояние * дополнительные комментарии в конце таблицы	Категория Н = начало, П = продолжение			Пояснения/ Научные доказательства
	П	С	Д	
	П — мужские латексные презервативы, мужские полиуретановые презервативы, женские презервативы, С — спермициды, Д — диафрагма (со спермицидом), цервикальный колпачок			
Антимикробная терапия				
1) антибиотики широкого спектра действия	1	1	1	
2) противогрибковые средства	1	1	1	
3) антипаразитарные средства	1	1	1	
4) терапия рифампицином или рифабутином	1	1	1	
Аллергия на латекс	3	3	1	Пояснение: это не относится к пластиковым презервативам и диафрагмам
Аллергия на спермициды	1	3	3	

Сокращения: ИППП — инфекции, передаваемые половым путем; ВИЧ — вирус иммунодефицита человека; КОК — комбинированные оральные контрацептивы; ВТЭ — венозная тромбоземболия; ИМТ — индекс массы тела; ТГВ — тромбоз глубоких вен; ТЭЛА — тромбоземболия легочной артерии; СКВ — системная красная волчанка; МКП — медицинские критерии приемлемости; hГЧ человеческий хорионический гонадотропин; ВЗОМТ — воспалительные заболевания органов малого таза; СПИД — синдром приобретенного иммунодефицита; АРВТ — антиретровирусная терапия; ХВЗК — хронические воспалительные заболевания кишечника; НИОТ — нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы; ННИОТ — нунуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы.

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

При постоянном и правильном применении женского презерватива частота незапланированной беременности составляет 5 случаев на 100 женщин в год.

Восстановление фертильности после отмены метода: происходит сразу.

Профилактика ВИЧ-инфекции и других ИППП: при постоянном и правильном применении женские презервативы снижают риск заражения ИППП, включая ВИЧ-инфекцию.

СПЕРМИЦИДЫ

Спермициды — вещества, уничтожающие сперматозоиды, которые вводятся глубоко во влагалище (близко к шейке матки) перед половым актом. В качестве спермицидов в России используются бензалкония хлорид/миристалкония хлорид и ноноксинол-9. Спермициды выпускаются в виде вагинальных суппозиториях, таблеток, капсул, крема, которые могут использоваться самостоятельно либо в сочетании с диафрагмами или презервативами.

Механизм действия спермицидов состоит в нарушении целостности мембраны сперматозоидов, что вызывает их гибель или нарушает способность к передвижению, в результате чего им не удается достичь яйцеклетки. Эффективность метода зависит от правильного консультирования со стороны врача и четкого соблюдения рекомендаций пользователями. Риск наступления незапланированной беременности наиболее высок в тех случаях, когда спермициды не ис-

пользуются при каждом половом акте. В 2018 г. ВОЗ установила, что при типичном использовании спермицидов частота незапланированной беременности составляет около 21 случая на 100 женщин в год, а при систематическом и абсолютно правильном применении — около 16 случаев на 100 женщин в год. Представленные данные основаны на обзоре спермицидов, содержащих ноноксинол-9, и не учитывают результаты контрацептивной эффективности спермицидов на основе бензалкония хлорида. Между тем, по данным метаанализа, включающего 15 клинических исследований контрацептивной эффективности бензалкония хлорида (n=3037, возраст пациенток 19–47 лет), индекс Перля при типичном применении составил 2,42, а при абсолютно правильном применении — 1,2. Кроме того, в ходе клинического исследования контрацептивной эффективности бензалкония хлорида при использовании в течение 12 мес. у женщин старше 40 лет (n=151) не зарегистрировано случаев беременности. По результатам данного исследования, при типичном применении бензалкония хлорида индекс Перля для популяции женщин старше 40 лет составил 2,88 (95% ДИ).

Восстановление фертильности после отмены метода: происходит сразу.

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

ДИАФРАГМА

Диафрагма (см. табл. 12) представляет собой мягкий латексный колпачок, закрывающий шейку матки.

Существуют также пластиковые диафрагмы. По краю диафрагмы проходит прочная гибкая пружина, удерживающая ее на месте. В целях усиления контрацептивного эффекта диафрагма может использоваться в сочетании со спермицидным кремом, гелем или пеной.

Диафрагмы различаются по размеру, поэтому должны индивидуально подбираться медицинским специалистом.

Механизм действия диафрагмы заключается в том, что она создает механическое препятствие для проникновения сперматозоидов в шейку матки; под воздействием спермицидов сперматозоиды гибнут или теряют способность двигаться. Как диафрагма, так и спермициды препятствуют контакту сперматозоида и яйцеклетки. Эффективность метода зависит от пользователя: риск наступления незапланированной беременности наиболее высок в тех случаях, когда диафрагма не используется при каждом половом акте. При типичном характере применения диафрагмы в сочетании со спермицидами частота незапланированной беременности составляет около 16 случаев на 100 женщин в течение первого года. При систематическом и правильном применении метода частота незапланированной беременности составляет около 6 случаев на 100 женщин в течение первого года.

Восстановление фертильности после отмены метода: происходит сразу.

Профилактика инфекций, передаваемых половым путем: диафрагма может в определенной степени защищать от ряда ИППП, однако не должна рассматриваться как средство профилактики ИППП.

ШЕЕЧНЫЙ КОЛПАЧОК

Шеечный колпачок (см. табл. 12) — мягкий, глубокий колпачок из латекса или резинопластмассы, плотно охватывающий шейку матки. Колпачки бывают разных размеров, поэтому должны индивидуально подбираться медицинским специалистом.

Механизм действия заключается в создании механического препятствия для проникновения сперматозоидов в шейку матки; под воздействием спермицидов сперматозоиды гибнут или теряют способность двигаться. Как колпачки, так и спермициды препятствуют контакту сперматозоида и яйцеклетки. Эффективность зависит от пользователя: риск наступления незапланированной беременности наиболее высок в тех случаях, когда шеечный колпачок (в сочетании со спермицидами) не используется при каждом половом акте. У рожавших женщин при типичном характере применения шеечный колпачок представляет собой один из наименее эффективных методов контрацепции; частота незапланированной беременности составляет 32 случая на каждые 100 женщин в течение первого года применения метода. При постоянном и правильном применении частота незапланированной беременности составляет 20 случаев на каждые 100 женщин в течение первого года. Контрацептивный эффект выше у нерожавших женщин: при типичном характере применения частота незапланированной беременности составляет около 16 случаев на каждые 100 женщин в течение первого года применения метода.

При постоянном и правильном применении частота незапланированной беременности составляет около 9 случаев на каждые 100 женщин в течение первого года.

Восстановление фертильности после отмены метода: происходит сразу.

Профилактика инфекций, передаваемых половым путем: не обеспечивается.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОММЕНТАРИИ

Рак шейки матки (перед терапией)

Барьерные методы контрацепции в связи с низким индексом Перля не относятся к методам контрацепции первой линии для пациенток сотягощенным онкологическим анамнезом.

Поэтому, согласно рекомендации ВОЗ, барьерные методы контрацепции могут быть рекомендованы только в ситуации их эффективного использования ранее и при невозможности назначения альтернативных методов контрацепции.

МЕТОДЫ ОТСЛЕЖИВАНИЯ ФЕРТИЛЬНОСТИ

МЕТОДЫ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ, ОСНОВАННЫЕ НА ОТСЛЕЖИВАНИИ ФЕРТИЛЬНОСТИ (МОФ)

Предусматривают определение фертильных дней в течение менструального цикла, либо наблюдение за признаками фертильности (такими, как цервикальная секреция и базальная температура), либо путем подсчета дней цикла (см. табл. 13).

Применение таких методов требует от женщины умения определять начало и окончание фертильного периода менструального цикла. Женщина может применять один или несколько способов определения начала и окончания фертильного периода.

Календарные методы (КМ) (см. табл. 13) предусматривают непрерывный учет дней менструального цикла в целях определения времени начала и окончания фертильного периода. К данной группе методов относятся метод стандартных дней и метод календарных ритмов.

Симптоматические методы (СМ) (см. табл. 13) основаны на отслеживании признаков готовности женского организма к зачатию, а именно характер цервикальной слизи и базальной температуры тела.

Основной механизм действия вышеупомянутых методов состоит в том, что они помогают женщине в определении промежутков времени, когда возможно наступление беременности (фертильный период). При этом пара избегает вагинальных половых контактов, не сопровождающихся применением контрацептивных средств, в фертильные дни — как правило, путем полового воздержания или использования презервативов или влагалищных диафрагм. Эффективность методов зависит от пользователя: риск наступления незапланированной беременности наиболее высок тогда, когда пара совершает половые акты в фертильные дни, не пользуясь при этом каким-либо средством контрацепции.

При типичном характере применения в течение первого года на 100 пар приходится около 25 случаев незапланированной беременности. Частота наступления незапланированной беременности при неукоснительном

Таблица 13. Методы, основанные на отслеживании фертильности (календарные методы: метод календарных ритмов, метод стандартных дней; симптоматические методы: метод измерения базальной температуры, метод измерения цервикальной слизи, симптомотермальный метод)

Методы, основанные на отслеживании фертильности, не защищают от инфекций, передаваемых половым путем/вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). Если существует риск ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период), рекомендуется правильное и постоянное использование презервативов как самостоятельного метода защиты или в сочетании с другими методами контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы обеспечивают эффективную защиту от ИППП/ВИЧ

Состояние *дополнительные комментарии в конце таблицы	Категория		Научные доказательства
	СМ	КМ	
	СМ — симптоматические методы; КМ — календарные методы		

Женщины, для которых беременность является недопустимым риском ввиду их состояния здоровья, должны знать, что методы, основанные на отслеживании фертильности, могут оказаться неприемлемыми для тех из них, кто не может использовать их регулярно и правильно, поскольку эти методы характеризуются более высоким процентом неудачных исходов при несоблюдении правил их применения

Персональные характеристики и репродуктивный анамнез

Беременность	НП	НП	Пояснение: применение МОФ во время беременности не требуется
Период жизни			
а) первые 2 года после менархе	C	C	Пояснение: в период после менархе и в перименопаузу часто бывают нарушения менструального цикла, что может затруднить применение МОФ
б) перименопауза	C	C	
Кормление грудью			Пояснение: в период кормления грудью МОФ могут быть менее эффективны, чем в другое время.
а) <6 недель после родов	D	D	В первые 6 месяцев после родов у женщин, которые кормят грудью и у которых отсутствует менструация, функция яичников недостаточна для проявления выраженных признаков фертильности и гормональных изменений. Однако по истечении некоторого времени и по мере перехода младенца с грудного молока на другие продукты питания вероятность восстановления фертильности увеличивается.
б) ≥6 недель после родов	C	D	После возобновления менструаций женщина может обнаруживать признаки фертильности (в частности цервикальную слизь), она может использовать метод, основанный на симптомах. В случае если после родов у нее уже 3 раза были менструации, она может пользоваться календарными методами. До этого женщине, которая планирует впоследствии применять МОФ, следует рекомендовать барьерный метод
в) после начала менструации	C	C	
После родов (у женщин, не кормящих грудью)			
а) <4 недель	D	D	Пояснение: у женщин, которые не кормят грудью, в течение первых 4 недель после родов функция яичников недостаточна для того, чтобы определять явные признаки фертильности или гормональные изменения. Но несмотря на то, что риск наступления беременности очень невысок, следует предложить метод контрацепции, пригодный для применения в послеродовой период.
б) ≥4 недель	A	A	≥4 недель: на этом этапе послеродового периода у не кормящих грудью женщин функция яичников уже, как правило, в достаточной степени восстанавливается для того, чтобы определять явные признаки фертильности или гормональные изменения, и со временем вероятность этого все более возрастает. Если у женщины после родов уже 3 раза были менструации, она может пользоваться календарными методами отслеживания фертильности. До этого времени женщине должен быть рекомендован метод контрацепции, пригодный для применения в послеродовой период

и правильном применении методов, основанных на циклическом характере женской фертильности, варьирует от 3 до 9 случаев незапланированных беременностей на 100 женщин в год.

Восстановление фертильности после отмены метода: происходит сразу. Профилактика инфекций, передаваемых половым путем: не обеспечивается.

Комментарий:

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

МЕТОД ЛАКТАЦИОННОЙ АМНОРЕИ

Метод, основанный на использовании явления лактационной аменореи, не обеспечивает защиту от ИППП/ВИЧ. При наличии риска ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период) рекомендуется одновременное постоянное использование презерватива либо в качестве единственного метода контрацепции, либо в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы защищают от ИППП/ВИЧ.

Женщины, не планирующие беременность, должны в обязательном порядке быть предупреждены, что ме-

тод лактационной аменореи не может являться для них адекватным методом контрацепции ввиду относительно высокой частоты случаев его несостоятельности, возникающими под воздействием ряда типичных субъективных факторов.

ПРЕРВАННЫЙ ПОЛОВОЙ АКТ

Прерванный половой акт не обеспечивает защиту от ИППП/ВИЧ. При наличии риска ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период) рекомендуется одновременное постоянное использование презерватива либо в качестве единственного метода контрацепции, либо в сочетании с другим методом. Доказано, что мужские латексные презервативы защищают от ИППП/ВИЧ.

Женщины, не планирующие беременность, должны в обязательном порядке быть предупреждены, что прерванный половой акт не может являться для них адекватным методом контрацепции ввиду относительно высокой частоты случаев его несостоятельности, возникающими под воздействием ряда типичных субъективных факторов.

ДОБРОВОЛЬНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТЕРИЛИЗАЦИЯ

Добровольная хирургическая стерилизация мужчин и женщин (см. табл. 14, 15) является средством постоянной необратимой контрацепции, предназначена для лиц, не планирующих больше деторождение.

Добровольная женская хирургическая стерилизация (табл. 14): существует три наиболее распространенных метода хирургической стерилизации женщин.

Методы хирургической стерилизации:

- хирургическое удаление (полное или частичное) маточных труб;
- хирургическая перевязка или пересечение маточных труб;
- окклюзия маточных труб путем коагуляции, наложения клипс, фиксаторов, пробок.

Виды хирургических доступов для проведения стерилизации: мини-лапароскопический, лапароскопический, мини-лапаротомический, при операции кесарева сечения, кольпотомический, трансцервикальный.

Механизм действия состоит в перекрытии просвета маточных труб путем их перевязки, пересечения или окклюзии. Яйцеклетки, высвобождаемые из яичников, не могут передвигаться по маточным трубам и, соответственно, вступать в контакт со сперматозоидами. Эффективность: женская стерилизация входит в группу наиболее надежных методов контрацепции, не обеспечивая при этом стопроцентного противозачаточного эффекта: в течение первого года после стерилизации на 100 женщин приходится менее 1 случая незапланированной беременности (5 случаев на 1000 женщин).

Восстановления фертильности не происходит. Метод предусматривает наступление стойкого контрацептивного эффекта. Хирургическое восстановление проходности маточных труб представляет собой сложную и дорогостоящую процедуру, которая может быть выполнена только в некоторых медицинских центрах и редко дает желаемый эффект.

Профилактика инфекций, передаваемых половым путем: не обеспечивается.

Добровольная хирургическая стерилизация мужчин (табл. 15): проводится путем вазэктомии.

Механизм действия состоит в нарушении проходности семявыводящих протоков и предупреждении попадания активных сперматозоидов в семенную жидкость. При этом функция семяизвержения сохраняется, но зачатия не происходит.

Эффективность: один из самых надежных методов контрацепции (при этом сохраняется небольшой риск наступления незапланированной беременности): на 100 женщин, чьи партнеры подверглись стерилизации менее года назад, приходится около 1–2 случаев незапланированной беременности. Полноценный контрацептивный эффект вазэктомии наступает через 3 месяца после операции.

Восстановления фертильности не происходит. Метод предусматривает наступление стойкого контрацептивного эффекта. Хирургическое восстановление проходности семявыводящих протоков представляет собой сложную и дорогостоящую процедуру, которая

может быть выполнена только в некоторых медицинских центрах и редко дает желаемый эффект.

Профилактика инфекций, передаваемых половым путем: не обеспечивается. Учитывая, что стерилизация представляет собой хирургический метод, приводящий к стойкой потере фертильности, особое внимание должно уделяться тому, чтобы каждый пациент принимал решение в пользу данного метода на основе полной добровольности и информированности. Врач должен проводить комплексную беседу с каждым пациентом, ставя ее/его в известность в отношении необратимости стерилизации и наличия альтернативных высокоэффективных методов долгосрочной контрацепции.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОММЕНТАРИИ

Болезнь Рейно

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

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

Таблица 14. Женская добровольная хирургическая стерилизация

Методы хирургической стерилизации не обеспечивают защиту от ИППП/ВИЧ. При наличии риска ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период) рекомендуется одновременное постоянное использование презерватива либо в качестве единственного метода контрацепции, либо в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы защищают от ИППП/ВИЧ

Состояние *дополнительные комментарии в конце таблицы	Категория	Пояснения/ Научные доказательства
Персональные характеристики и репродуктивный анамнез		
Беременность		
Возраст		
1) <35 лет		Пояснение: молодые женщины, как и все лица женского пола, должны ставить себя в известность в отношении того, что стерилизация приводит к стойкой потере способности к деторождению, и что существуют альтернативные высокоэффективные методы долгосрочной контрацепции.
а) менее 2 детей	НП	
б) 2 или более детей	A	Научные доказательства: исследования показывают, что до 20% женщин, подвергшихся стерилизации в молодом возрасте, позднее раскаиваются в принятом решении
2) ≥35 лет	A	
Паритет		
1) нерожавшие		Пояснение: нерожавшие женщины должны быть проинформированы о необратимости стерилизации и наличии альтернативных, долгосрочных, обратимых эффективных методов контрацепции.
а) моложе 35 лет	D	
б) 35 лет и старше	A	
2) рожавшие		
а) в любом возрасте при наличии 2 детей и более	A	
б) до 35 лет при наличии менее 2 детей	D	
Кормление грудью	A	
Послеродовой период		
1) послеродовой период		Пояснение: <7 дней: стерилизация может быть выполнена во время операции кесарева сечения при наличии условий для ее проведения, также в первые дни после родов методом минилапаротомии. От 7 до 42 дней: выполнение стерилизации на фоне неполной инволюции матки связано с высоким риском послеоперационных осложнений.
а) <7 дней	A	
б) от 7 до 42 дней	D	
в) ≥42 дней	A	
2) преэклампсия/ эклампсия		Пояснение: существует повышенный риск анестезиологических осложнений.
а) легкая преэклампсия	A	
б) тяжелая преэклампсия/ эклампсия	C	
3) затянувшийся безводный промежуток: ≥24 часов	D	При преждевременном излитии околоплодных вод (более чем за 24 часа до родов) увеличивается послеоперационный инфекционный риск.
4) пуэрперальный сепсис, лихорадка во время родов или в послеродовом периоде	D	Послеродовой сепсис повышает риск послеоперационных инфекционных осложнений.
5) сильное кровотечение в дородовом или послеродовом периоде	D	При сильном кровотечении в дородовом и послеродовом периоде: у женщины может быть выраженная анемия и, соответственно, неспособность переносить дополнительную потерю крови.

Продолжение таблицы 14

Методы хирургической стерилизации не обеспечивают защиту от ИППП/ВИЧ. При наличии риска ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период) рекомендуется одновременное постоянное использование презерватива либо в качестве единственного метода контрацепции, либо в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы защищают от ИППП/ВИЧ

Состояние *дополнительные комментарии в конце таблицы	Категория	Пояснения/ Научные доказательства
6) тяжелая травма половых путей: разрыв шейки матки или влагалища во время родов	D	При тяжелой травме половых путей: возможна значительная потеря крови и развитие анемии.
7) разрыв или перфорация матки	S	При разрыве или перфорации не исключено, что женщина перенесла значительную кровопотерю или повреждение органов брюшной полости. Если состояние пациентки остается стабильным при выполнении диагностической хирургической процедуры или лапароскопии, то в этом случае допускается ушить разрыв стенки матки и произвести хирургическую стерилизацию, при условии, что это не будет связано с дополнительным риском для женщины
Постабортный период		Пояснение: если состояние пациентки остается стабильным при выполнении диагностической хирургической процедуры или лапароскопии, то допускается ушить разрыв стенки матки и произвести хирургическую стерилизацию, при условии, что это не будет связано с дополнительным риском для женщины
1) неосложненный аборт	A	
2) послеабортный сепсис или лихорадка	D	
3) интенсивное послеабортное кровотечение	D	
4) тяжелая травма половых путей: разрыв шейки матки или влагалища	D	
5) во время аборта перфорация матки	S	
Внематочная беременность в анамнезе	A	
Курение		
1) возраст <35 лет	A	
2) возраст ≥35 лет		
а) <15 сигарет/день	A	
б) ≥15 сигарет/день	A	
в) прекратила курение <1 года назад		
г) прекратила курение ≥1 год и более		
Ожирение		
1) индекс массы тела (ИМТ) ≥30 кг/м ²	C	Пояснение: проведение стерилизации у женщины с избыточным весом может быть связано с дополнительными трудностями, включая повышенный риск нагноения раны и несостоятельность швов. Помимо этого, у таких пациенток наблюдается нарушение респираторных функций, и к ним чаще всего приходится применять общую анестезию.
2) от менархе и до <18 лет и ИМТ ≥30 кг/м ²	НП	Научные доказательства: процент осложнений при проведении стерилизации у женщин с избыточным весом был выше, чем при выполнении аналогичной операции у женщин, не страдающих ожирением.

Методы хирургической стерилизации не обеспечивают защиту от ИППП/ВИЧ. При наличии риска ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период) рекомендуется одновременное постоянное использование презерватива либо в качестве единственного метода контрацепции, либо в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы защищают от ИППП/ВИЧ

Состояние *дополнительные комментарии в конце таблицы	Категория A — метод приемлем; C — необходима особая осторожность; D — рекомендуется отсрочка; S — необходимы специальные условия	Пояснения/ Научные доказательства
Сердечно-сосудистые заболевания		
Множественные факторы риска развития сердечно- сосудистых осложнений (артериальная гипертензия, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, заболевания сосудов, ожирение, курение)	S	Пояснение: при наличии нескольких факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний женщина может подвергаться повышенному риску развития осложнений, связанных с проведением анестезии и непосредственно хирургического вмешательства
Артериальная гипертензия*		
Для всех категорий артериальной гипертензии в основе классификации лежит предположение об отсутствии других факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. При наличии множественных факторов риска опасность сердечно-сосудистого заболевания может существенно возрасти. Однократное измерение уровня артериального давления недостаточно для того, чтобы установить женщине достоверный диагноз.		
Если во время консультации определено повышение уровня артериального давления, он должен быть повторно оценен в конце приема. При сохранении высоких показателей женщине следует предложить пройти дополнительное обследование. К артериальной гипертензии высокого и очень высокого риска сердечно-сосудистых осложнений относится: рефрактерная АГ; гипертонические кризы; АГ в сочетании с атеросклерозом коронарных, сонных и периферических артерий; АГ в сочетании с ассоциированными клиническими состояниями (инфаркт миокарда, транзиторная ишемическая атака, перенесенное нарушение мозгового кровообращения, хроническая сердечная недостаточность, почечная недостаточность); АГ при метаболическом синдроме и сахарном диабете; АГ+3 и более факторов сердечно-сосудистого риска (курение, дислипидемия, гипергликемия натощак, нарушенная толерантность к глюкозе, семейный анамнез ранних ССЗ, абдоминальное ожирение ОТ>88 см); АД>180/110 мм рт.ст., включая отсутствие факторов риска.		
1) адекватно контролируемая гипертензия (АД <140/90 мм рт.ст.)	C	
2) повышенные уровни артериального давления (измерение выполнено правильно)		Пояснение: если у женщины имеется повышенное артериальное давление, то перед выполнением стерилизации его необходимо привести в норму. При неконтролируемой гипертензии имеется повышенный риск возникновения анестезиологических осложнений и сердечной аритмии. В таких ситуациях особенно важно внимательно следить за артериальным давлением во время операции.
а) систолическое 140–159 или диастолическое 90–99	C	
б) систолическое ≥160 или диастолическое ≥100 [§]	S	
3) заболевания сосудов [§]	S	Пояснение: заболевания сосудов включают в себя: ишемическую болезнь сердца, сопровождающуюся стенокардией; болезни периферических сосудов, сопровождающиеся перемежающейся хромотой; гипертонивную ретинопатию и транзиторные ишемические атаки
В анамнезе высокое артериальное давление во время беременности (если измеренный в настоящее время уровень артериального давления является нормальным)	A	

Методы хирургической стерилизации не обеспечивают защиту от ИППП/ВИЧ. При наличии риска ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовый период) рекомендуется одновременное постоянное использование презерватива либо в качестве единственного метода контрацепции, либо в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы защищают от ИППП/ВИЧ

Состояние *дополнительные комментарии в конце таблицы	Категория A — метод приемлем; C — необходима особая осторожность; D — рекомендуется отсрочка; S — необходимы специальные условия	Пояснения/ Научные доказательства
Тромбоз глубоких вен (ТГВ)/Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)*		
1) ТГВ/ТЭЛА в анамнезе, антикоагулянтная терапия не используется	A	Пояснение: если у пациентки ТГВ/ТЭЛА (в анамнезе или в настоящее время), высокий риск рецидива возможен при наличии ≥ 1 из перечисленных факторов риска: а) в анамнезе ТГВ/ТЭЛА, ассоциированный с приемом эстрогенов; б) в анамнезе ТГВ/ТЭЛА во время беременности; в) идиопатический ТГВ/ТЭЛА;
2) острый ТГВ/ТЭЛА	D	г) установленная тромбофилия, включая антифосфолипидный синдром;
3) ТГВ/ТЭЛА, стабилизация на антикоагулянтной терапии не менее 3 месяцев	S	д) активный онкологический процесс (с метастазами, во время курса лечения или в течение 6 месяцев после наступления клинической ремиссии), за исключением плоскоклеточного и базальноклеточного рака кожи; е) в анамнезе рецидив ТГВ/ТЭЛА
4) семейный анамнез (у ближайших родственников)	A	Пояснение: семейный анамнез венозной тромбоэмболии (ВТЭ) может предупредить врачей относительно тех женщин, которые могут иметь повышенный риск таких же осложнений. Тем не менее семейный анамнез тромбоэмболии сам по себе не может быть достоверным предиктором ТГВ/ТЭЛА. Более того, даже при генетической тромбофилии не у каждой пациентки будет такое заболевание.
5) большое хирургическое вмешательство		Пояснение: большое хирургическое вмешательство включает в себя операции продолжительностью >30 минут. К процедурам с высоким риском ВТЭ относят общую или ортопедическую хирургию, травматологию, нейрохиргию.
а) с длительной иммобилизацией	D	В целях снижения риска ТГВ/ТЭЛА пациенту рекомендуется вставать с постели после операции как можно раньше.
б) без длительной иммобилизации	A	
6) малое хирургическое вмешательство без иммобилизации	A	Малое хирургическое вмешательство включает в себя операции, продолжающиеся <30 минут (например, хирургическая стерилизация). Хирургическое лечение варикозных вен не сопровождается высоким риском венозной тромбоэмболии.
7) иммобилизация, требующая нахождения в инвалидном кресле	S	Иммобилизация вследствие острой травмы, острого заболевания или паралича ассоциируется с высоким риском развития венозных тромбоэмболических осложнений
Выявленные тромбогенные мутации[§]		
(фактор Лейдена, протромбиновая мутация, недостаточность протеина S, протеина C и антитромбина)	A	Пояснение: регулярный скрининг не обоснован в связи с редкостью этих состояний и высокой стоимостью скрининга
Тромбоз поверхностных вен		
1) варикозное расширение вен нижних конечностей	A	Пояснение: при остром поверхностном тромбофлебите рекомендовано отложить проведение стерилизации
2) тромбофлебит поверхностных сосудов нижних конечностей	A/D	
Ишемическая болезнь сердца[§]		
1) в настоящее время	D	Пояснение: в том числе после проведенного оперативного лечения: баллонная ангиопластика, стентирование, аорто-коронарное шунтирование.
2) в анамнезе	C	Пациентки с ИБС могут подвергаться повышенному риску развития осложнений, связанных с проведением анестезии и непосредственно хирургического вмешательства
Инсульт[§] (в том числе в анамнезе)		
	C	

Методы хирургической стерилизации не обеспечивают защиту от ИППП/ВИЧ. При наличии риска ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период) рекомендуется одновременное постоянное использование презерватива либо в качестве единственного метода контрацепции, либо в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы защищают от ИППП/ВИЧ

Состояние *дополнительные комментарии в конце таблицы	Категория A — метод приемлем; C — необходима особая осторожность; D — рекомендуется отсрочка; S — необходимы специальные условия	Пояснения/ Научные доказательства
Установленные дислипидемии	A	Пояснение: регулярный скрининг не обоснован в связи с редкостью этих состояний и высокой стоимостью скрининга
Пороки сердца		
1) без осложнений	C	Пояснение: перед операцией пациентке необходимо назначить профилактический курс антибиотикотерапии.
2) осложненные (легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый бактериальный эндокардит в анамнезе)	S	Пояснение: пациентка подвергается высокому риску развития осложнений, связанных с анестезией и хирургическим вмешательством. При неполном излечении таких состояний, как фибрилляция предсердий или текущий подострый бактериальный эндокардит, операцию следует отложить до полного их устранения
Болезнь Рейно		
1) первичная	A	
2) вторичная		
а) без волчаночного антикоагулянта	A	
б) с волчаночным антикоагулянтом	A	Научные доказательства: при наличии волчаночного антикоагулянта имеется риск повышения коагуляции крови (см. дополнительные комментарии)
Ревматологические заболевания		
Системная красная волчанка (СКВ)[§]		
1) результат теста на антифосфолипидные антитела положительный (или не известен)	S	Пояснение: лица, страдающие системной красной волчанкой (СКВ), имеют повышенный риск развития ишемической болезни сердца и венозной тромбоэмболии. Если у женщины, больной СКВ, присутствуют названные заболевания сердечно-сосудистой системы, категория приемлемости должна соотноситься с указанной в разделе таблицы «Сердечно-сосудистые заболевания». Для всех категорий СКВ классификации основаны на предположении, что других факторов риска для развития сердечно-сосудистого заболевания у женщины нет. Данные классификации должны быть модифицированы, если такие факторы риска имеются. В целом же доступные данные говорят о том, что многие женщины с СКВ могут применять большинство методов контрацепции, включая методы гормональной контрацепции
2) тяжелая тромбоцитопения	S	
3) иммуносупрессивная терапия	S	
4) ничего из вышеперечисленного	C	
Головные боли*		
1) немигренозные (умеренные или тяжелые)	A	
2) мигрени		Пояснение: необходимо оценивать любые новые головные боли или значительные изменения характера головных болей.
а) без ауры		Классификация зависит от точности диагноза для тяжелой головной боли, связанной и не связанной с мигренью и аурой. Аура — специфический центральный неврологический симптом.
• возраст <35 лет	A	
• возраст ≥35 лет	A	
б) с аурой, в любом возрасте	C	
Эпилепсия[§]	C	Пояснение: необходимо обеспечить адекватный контроль эпилепсии
Депрессивные расстройства		
Депрессивные расстройства	C	

Продолжение таблицы 14

Методы хирургической стерилизации не обеспечивают защиту от ИППП/ВИЧ. При наличии риска ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период) рекомендуется одновременное постоянное использование презерватива либо в качестве единственного метода контрацепции, либо в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы защищают от ИППП/ВИЧ

Состояние *дополнительные комментарии в конце таблицы	Категория A — метод приемлем; C — необходима особая осторожность; D — рекомендуется отсрочка; S — необходимы специальные условия	Пояснения/ Научные доказательства
Инфекции и заболевания репродуктивных органов		
Характер менструаций		
1) нерегулярные без больших кровопотерь	A	
2) обильные или продолжительные кровотечения (включая регулярный или нерегулярный характер)	A	
Кровотечения из влагалища неустановленной этиологии (подозрение на серьезное заболевание) До выяснения причины	D	Пояснение: перед операцией необходимо провести диагностику причин дан- ного состояния
Эндометриоз	S	Пояснение: при осложненном эндометриозе может измениться тазовая анато- мия, что увеличивает риск осложнений или ограничивает возможность доступа к маточным трубам
Доброкачественные опухоли яичников (включая кисты)	A	
Тяжелая дисменорея	A	
Гестационная трофобластическая болезнь		
1) снижающийся или неопределяемый уровень хорионического бета- гонадотропина (β -ХГЧ)	A	
2) постоянно повышенный уровень β -ХГЧ или трофобластическая опухоль (злокачественное заболевание)	D	
Эктропион шейки матки	A	
Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN)	A	
Рак шейки матки (в период ожидания терапии)	D	Пояснение: как правило, лечение этого заболевания приводит к бесплодию и/или стерилизации женщины
Заболевания молочных желез		
1) недиагностированное образование	A	
2) доброкачественные заболевания молочных желез	A	

Методы хирургической стерилизации не обеспечивают защиту от ИППП/ВИЧ. При наличии риска ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период) рекомендуется одновременное постоянное использование презерватива либо в качестве единственного метода контрацепции, либо в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы защищают от ИППП/ВИЧ

Состояние *дополнительные комментарии в конце таблицы	Категория A — метод приемлем; C — необходима особая осторожность; D — рекомендуется отсрочка; S — необходимы специальные условия	Пояснения/ Научные доказательства
3) семейный анамнез рака	A	
4) известное носительство генетической мутации, ассоциированное с раком молочной железы (например, BRCA 1/2)	A	
5) рак молочной железы [§] а) в настоящий момент	C	
б) в анамнезе, отсутствуют признаки рецидива в течение 5 лет наблюдения	A	
Рак эндометрия [§]	D	Пояснение: как правило, лечение этого заболевания приводит к стерилизации женщины или бесплодию
Гиперплазия эндометрия	A	
Рак яичников [§]	D	Пояснение: как правило, лечение этого заболевания приводит к стерилизации женщины или бесплодию
Миома матки		
1) без деформации полости матки	C	Пояснение: в зависимости от размера и расположения миомы, могут возникнуть трудности с определением локализации маточных труб и восстановлением подвижности матки
2) с деформацией полости матки	C	
Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ)		
1) ВЗОМТ в анамнезе (отсутствуют факторы риска ИППП в настоящий момент		Пояснение: необходимо провести тщательное обследование органов малого таза, чтобы исключить рецидив или хроническое течение инфекционного заболевания и определить степень подвижности матки. В зависимости от выраженности спаечного процесса в малом тазу, доступ к маточным трубам может быть ограничен. Воспалительные заболевания органов малого таза могут привести к риску постоперационных инфекционных осложнений и образованию спаек в послеоперационном периоде
а) с последующей беременностью	A	
б) без последующей беременности	C	
2) ВЗОМТ в настоящий момент	D	
ИППП		
1) гнойный цервицит, хламидийная инфекция или гонорея в настоящее время	D	
2) другие ИППП (за исключением ВИЧ-инфекции и гепатита)	A	Пояснение: ИППП повышают риск послеоперационных инфекционных осложнений. Стерилизация может быть произведена только в том случае, если полностью устранены симптомы заболевания
3) вагинит (включая трихомонадный вагинит и бактериальный вагиноз)	A	
4) повышенный риск ИППП	A	

Методы хирургической стерилизации не обеспечивают защиту от ИППП/ВИЧ. При наличии риска ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период) рекомендуется одновременное постоянное использование презерватива либо в качестве единственного метода контрацепции, либо в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы защищают от ИППП/ВИЧ

Состояние *дополнительные комментарии в конце таблицы	Категория A — метод приемлем; C — необходима особая осторожность; D — рекомендуется отсрочка; S — необходимы специальные условия	Пояснения/ Научные доказательства
ВИЧ/СПИД		
Высокий риск ВИЧ-инфицирования	A	Пояснение: рутинный скрининг не требуется. При выполнении всех хирургических операций необходимо строго соблюдать соответствующие меры профилактики инфекций, включая общие меры предосторожности. После стерилизации рекомендуется пользоваться презервативами
ВИЧ-инфицированные[§]		
1) получающие антиретровирусную терапию	A	Пояснение: рутинный скрининг не требуется. При выполнении всех хирургических операций необходимо строго соблюдать соответствующие меры профилактики инфекций, включая общие меры предосторожности. После стерилизации рекомендуется пользоваться презервативами
2) не получающие антиретровирусную терапию	A	
СПИД (на фоне антиретровирусной терапии) [§]	S	Пояснение: наличие какого-либо заболевания, связанного со СПИДом, может потребовать отсрочки в проведении стерилизации
Другие инфекции		
Туберкулез[§]		
1) экстрагенитальный	A	Пояснение: в зависимости от степени распространенности процесса в малом тазу может быть затруднен доступ к маточным трубам
2) установленный тазовый	S	
Малярия	A	
Эндокринные заболевания		
Сахарный диабет		
1) гестационный диабет в анамнезе	A	
2) без поражения сосудов		
а) инсулинонезависимый	C	Пояснение: существует риск развития гипогликемии или кетоацидоза при выполнении стерилизации, особенно если уровень сахара в крови плохо контролируется перед процедурой.
б) инсулинозависимый	C	Если уровень сахара в крови снизить не удастся, пациента рекомендуется направить в лечебное учреждение соответствующего профиля.
3) сахарный диабет тяжелого течения (микро- и макроангиопатия, нефропатия, ретинопатия, нейропатия) [§]	S	Пояснение: в таких случаях возможно снижение скорости заживления, и присутствует высокий риск нагноения раны. Рекомендуется назначение профилактического курса антибиотиков. Научные доказательства: процент осложнений при проведении стерилизации на фоне диабета был выше, чем при выполнении аналогичной операции у женщин, не страдающих диабетом
4) длительность диабета >20 лет [§]	S	
Болезни щитовидной железы		
1) простой зоб (эутиреоз)	A	Пояснение: при неудовлетворительном контроле заболевания у пациенток есть высокий риск, связанный с проведением анестезии и непосредственно хирургического вмешательства
2) гипертиреоз	S	
3) гипотиреоз	A	

Методы хирургической стерилизации не обеспечивают защиту от ИППП/ВИЧ. При наличии риска ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период) рекомендуется одновременное постоянное использование презерватива либо в качестве единственного метода контрацепции, либо в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы защищают от ИППП/ВИЧ

Состояние *дополнительные комментарии в конце таблицы	Категория A — метод приемлем; C — необходима особая осторожность; D — рекомендуется отсрочка; S — необходимы специальные условия	Пояснения/ Научные доказательства	
Заболевания желудочно-кишечного тракта			
Хронические воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона)			
	S	Пояснение: следует учитывать предыдущие хирургические вмешательства в брюшной полости и малом тазу и рассматривать альтернативные варианты	
Заболевания желчного пузыря			
1) с клиническими симптомами			
а) после холецистэктомии	A		
б) после медикаментозного лечения	A		
в) в настоящее время	D		
2) бессимптомные			
	A		
Холестаз в анамнезе			
1) связанный с беременностью			
	A		
2) связанный с приемом КОК			
	A		
Вирусный гепатит			
1) острый или обострение хронического			
	D	Пояснение: женщины имеют высокий риск осложнений, связанных с проведением анестезии и непосредственно хирургического вмешательства. При выполнении всех хирургических операций необходимо строго соблюдать соответствующие меры профилактики инфекций, включая общие меры предосторожности	
2) носительство			
	A		
3) хронический			
	C		
Цирроз			
1) легкий (компенсированный без осложнений)			
	C	Пояснение: тяжелый (декомпенсированный) цирроз печени подразумевает развитие серьезных осложнений (таких как асцит, желтуха, энцефалопатия или желудочно-кишечные кровотечения). Функция печени и показатели свертывания крови могут быть изменены.	
2) тяжелый (декомпенсированный) [§]			
	S	Необходима оценка функционального состояния печени. Требуется предоперационная коррекция функции печени и показателей свертываемости крови	
Опухоли печени			
1) доброкачественные			
а) очаговая узловая гиперплазия	C	Пояснение: функция печени и показатели свертывания крови могут быть изменены. Требуется предоперационная коррекция функции печени и показателей свертываемости крови	
б) гепатоцеллюлярная аденома [§]	C		
2) злокачественная (гепатома) [§]			
	C		

Продолжение таблицы 14

Методы хирургической стерилизации не обеспечивают защиту от ИППП/ВИЧ. При наличии риска ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период) рекомендуется одновременное постоянное использование презерватива либо в качестве единственного метода контрацепции, либо в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы защищают от ИППП/ВИЧ

Состояние *дополнительные комментарии в конце таблицы	Категория A — метод приемлем; C — необходима особая осторожность; D — рекомендуется отсрочка; S — необходимы специальные условия	Пояснения/ Научные доказательства
Первичный склерозирующий холангит, осложненный циррозом печени	S	Пояснение: метод неприемлем у женщин, имеющих в анамнезе хирургические вмешательства в малом тазу или в брюшной полости. При наличии показаний к хирургическому вмешательству в брюшной полости или в малом тазу возможно, с согласия пациентки, одновременное проведение хирургической стерилизации
Анемии		
Талассемия	C	
Серповидно-клеточная анемия[§]	C	Пояснение: существует повышенный риск легочных, сердечных и неврологических осложнений, а также нагноения раны в послеоперационном периоде
Железодефицитная анемия		Пояснение: необходимо провести диагностику основного заболевания. При проведении стерилизации на фоне анемии необходимо следить за уровнем гемоглобина в крови, как до операции, так и в послеоперационном периоде.
1) Hb меньше 70 мг/л	D	При недостаточности периферического кровообращения возможно замедление скорости заживления ран
2) Hb \geq 70 мг/л	C	
Трансплантация внутренних органов		
Трансплантация внутренних органов[§]		
1) осложненная: несостоятельность трансплантата (острая или хроническая), васкулопатия пересаженного сердца	D	
2) неосложненные случаи	C	
Другие состояния, которые необходимо учитывать при женской стерилизации		
Местные инфекции Инфекции кожи в области живота	D	Пояснение: существует повышенный риск инфицирования в послеоперационном периоде
Нарушение свертываемости крови	S	Пояснение: женщины с нарушением коагуляционных свойств крови подвергаются повышенному риску развития гематологических осложнений в результате хирургического вмешательства
Болезни органов дыхания		
1) острые заболевания (бронхит, пневмония)	D	Пояснение: операцию следует отложить до полного излечения респираторного заболевания. В противном случае существует повышенный риск развития анестезиологических и других осложнений перед операцией, во время операции и в послеоперационном периоде
2) хронические заболевания		
а) астма	S	
б) бронхит	S	
в) эмфизема	S	
г) легочная инфекция	S	

Методы хирургической стерилизации не обеспечивают защиту от ИППП/ВИЧ. При наличии риска ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период) рекомендуется одновременное постоянное использование презерватива либо в качестве единственного метода контрацепции, либо в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы защищают от ИППП/ВИЧ

Состояние *дополнительные комментарии в конце таблицы	Категория A — метод приемлем; C — необходима особая осторожность; D — рекомендуется отсрочка; S — необходимы специальные условия	Пояснения/ Научные доказательства
Системная инфекция или гастроэнтерит	D	Пояснение: существует риск развития инфекции в послеоперационном периоде, осложнений в результате обезвоживания организма или осложнений анестезиологического характера
Неподвижность матки в результате перенесенной операции или инфекции	S	Пояснение: сниженная подвижность матки, фаллопиевых труб и кишечника может затруднить проведение лапароскопии или миолапаротомии, а также увеличить риск развития осложнений в послеоперационном периоде
Грыжа брюшной стенки или пупочная грыжа	S	Пояснение: по возможности операцию по поводу грыжи и перевязку маточных труб следует проводить одновременно
Диафрагмальная грыжа	C	Пояснение: при проведении лапароскопии возможно острое нарушение функции сердечно-сосудистой и респираторной системы в результате пневмоперитонеума или нахождения в позе Тренделенбурга
Болезни почек	C	Пояснение: возможно нарушение свертываемости крови. Женщина может подвергаться повышенному риску инфицирования и гиповолемического шока. Болезни почек могут приводить к возникновению фоновой анемии, нарушению электролитного баланса, метаболизма лекарственных препаратов и экскреторной функции
Тяжелая степень истощения	C	Пояснение: существует повышенный риск инфицирования и снижения скорости заживления послеоперационной раны
Хирургическое вмешательство на органах брюшной полости или тазовой полости в анамнезе	C	Научные доказательства: наличие хирургического вмешательства на органах брюшной или тазовой полости в анамнезе повышало риск развития осложнений после стерилизации
Стерилизация одновременно с хирургическим вмешательством на органах брюшной полости		
а) плановая операция	C	
б) неотложное состояние (без предварительной консультации)	D	
с) инфекция	D	
Стерилизация одновременно с кесаревым сечением	A	Пояснение: выполнение стерилизации одновременно с кесаревым сечением не увеличивает риск развития осложнений у пациентов с хирургически стабильным состоянием

Сокращения: ИППП — инфекции передаваемые половым путем; ВИЧ — вирус иммунодефицита человека; ВТЭ — венозная тромбоземболия; ИМТ — индекс массы тела; ТГВ — тромбоз глубоких вен; ТЭЛА — тромбоземболия легочной артерии; СКВ — системная красная волчанка; ВЗОМТ — воспалительные заболевания органов малого таза; СПИД — синдром приобретенного иммунодефицита; АРВТ — антиретровирусная терапия; ХВЗК — хронические воспалительные заболевания кишечника.

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

Таблица 15. Мужская добровольная хирургическая стерилизация

Методы хирургической стерилизации не обеспечивают защиту от инфекций, передаваемых половым путем, и вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). При наличии риска ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период) рекомендуется одновременное постоянное использование презерватива либо в качестве единственного метода контрацепции, либо в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы защищают от ИППП/ВИЧ

Состояние *дополнительные комментарии в конце таблицы	Категория	Пояснения/ Научные доказательства
Талассемия		
Возраст		Пояснение: молодые мужчины, как и все лица мужского пола, должны быть проинформированы в отношении того, что стерилизация приводит к стойкой потере способности к деторождению, и что существуют альтернативные высокоэффективные методы долгосрочной контрацепции.
1) < 35 лет	H	
а) менее 2 детей	П	
б) 2 или более детей	A	Научные доказательства: мужчины, подвергшиеся стерилизации в молодом возрасте, чаще обращались к врачу с просьбой восстановить проходимость семенных канатиков, чем мужчины, которым вазэктомия была произведена в более позднем возрасте
2) ≥ 35 лет	A	
Нет детей		
1) <35 лет	H	
2) ≥35 лет	П/А	
Депрессивные расстройства		
Депрессивные расстройства	C	
ВИЧ/СПИД		
Высокий риск ВИЧ-инфекции	A	Пояснение: рутинный скрининг не требуется. При выполнении всех хирургических операций необходимо строго соблюдать соответствующие меры профилактики инфекций, включая общие меры предосторожности. После стерилизации рекомендуется в течение определенного времени пользоваться презервативами
ВИЧ-инфицированные	A	Пояснение: рутинный скрининг не требуется. При выполнении всех хирургических операций необходимо строго соблюдать соответствующие меры профилактики инфекций, включая общие меры предосторожности. После стерилизации рекомендуется в течение определенного времени пользоваться презервативами
СПИД (на антиретровирусной терапии)	S/D	Пояснение: наличие какого-либо заболевания, связанного со СПИДом, может потребовать отсрочки в проведении стерилизации
Эндокринные заболевания		
Сахарный диабет	C	Пояснение: диабет является фактором повышенного риска нагноения раны в послеоперационном периоде. При появлении признаков инфицирования раны необходимо назначить курс антибиотикотерапии. Если уровень сахара в крови снизить не удастся, пациента рекомендуется направить в лечебное учреждение соответствующего профиля
Анемии		
Серповидно-клеточная анемия	A	
Другие состояния, имеющие отношение к мужской стерилизации		
Местные инфекции		
а) инфекция кожного покрова мошонки	D	Пояснение: существует повышенный риск развития инфекций в послеоперационном периоде
б) острые ИППП	D	
с) баланит	D	
д) эпидидимит или орхит	D	
Нарушение коагуляции	S	Пояснение: нарушение свертываемости крови ведет к повышенному риску развития послеоперационной гематомы, которая, в свою очередь, является причиной повышенного риска инфицирования
Травма мошонки в анамнезе	C	
Системная инфекция или гастроэнтерит	D	Пояснение: существует повышенный риск развития инфекций в послеоперационном периоде

Методы хирургической стерилизации не обеспечивают защиту от инфекций, передаваемых половым путем, и вируса иммунодефицита человека (ИППП/ВИЧ). При наличии риска ИППП/ВИЧ (включая период беременности и послеродовой период) рекомендуется одновременное постоянное использование презерватива либо в качестве единственного метода контрацепции, либо в сочетании с другим методом контрацепции. Доказано, что мужские латексные презервативы защищают от ИППП/ВИЧ

Состояние *дополнительные комментарии в конце таблицы	Категория A — метод приемлем; C — необходима особая осторожность; D — рекомендуется отсрочка; S — необходимы специальные условия	Пояснения/ Научные доказательства
Объемное варикоцеле	C	Пояснение: могут возникнуть трудности с обнаружением или невозможность обнаружения семенного протока. Одномоментное удаление варикоцеле и выполнение вазэктомии снижает риск развития осложнений в послеоперационном периоде
Объемное гидроцеле	C	Пояснение: могут возникнуть трудности с обнаружением или невозможность обнаружения семенного протока. Одномоментное удаление гидроцеле и выполнение вазэктомии снижает риск развития осложнений в послеоперационном периоде
Элефантиаз	D	Пояснение: поражение мошонки элефантиазом может практически исключать возможность пальпаторного исследования семенного канатика и яичек
Недиагностированное внутримошоночное образование	D	Пояснение: такое образование может указывать на наличие первичной патологии, вызвавшей его появление. Требуется дополнительное обследование для установления диагноза
Крипторхизм	C	Пояснение: если крипторхизм носит двусторонний характер и фертильность пациента сохранена, для нахождения семенного протока требуется обширное хирургическое вмешательство, в этом случае категория S. Если крипторхизм односторонний, фертильность пациента сохранена, вазэктомия может быть выполнена на здоровой стороне, с последующим анализом спермограммы. В случае обнаружения спермы в анализе, может потребоваться более обширное хирургическое вмешательство для проведения вазэктомии с другой стороны, при этом категория будет S
Паховая грыжа	S	Пояснение: вазэктомия может быть выполнена одновременно с операцией по поводу паховой грыжи

Сокращения: ИППП — инфекции передаваемые половым путем; ВИЧ — вирус иммунодефицита человека; СПИД — синдром приобретенного иммунодефицита

ОТЯГОЩЕННЫЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

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

ОТЯГОЩЕННЫЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

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

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КОММЕНТАРИИ

Элефантиаз

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

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

гестагеновые имплантационные и инъекционные контрацептивы. Вашему вниманию была представлена первая часть адаптированных к условиям Российской Федерации «Медицинских критериев приемлемости методов контрацепции» с анализом прошлых рекомендаций и данных о препаратах, появившихся за последние 7 лет и/или не освещенных в прошлых изданиях. Цель этого сложного труда: облегчить задачу медицинским работникам и пациентам при выборе рационального метода контрацепции. Рекомендации представляют собой общее руководство для врача, помогающее выбрать решение и индивидуализировать его, для каждого пациента с учетом особенностей его здоровья, желания, показаний и противопоказаний, побочных реакций.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Источники финансирования. Работа выполнена по инициативе авторов без привлечения финансирования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с содержанием настоящей статьи.

Участие авторов. Г.Т. Сухих — концепция работы, редактирование текста рукописи, финальный анализ результатов; В.Н. Прилепская, Н.В. Аганезова, Е.Н. Андреева, И.И. Баранов, Н.В. Долгушина, Н.В. Зароченцева, Л.Ю. Карахалис, Н.Ю. Каткова, М.А. Кепша, Е.А. Межевитинова, Е.Г. Назаренко, Н.М. Назарова, Н.М. Подзолкова, А.А. Сметник, Н.И. Тапильская, Е.В. Уварова, М.Б. Хамошина, Г.Е. Чернуха, О.В. Якушевская, О.В. Дженина, М.И. Ярмолинская — поиск и обзор литературы, концепция и дизайн работы, окончательные правки в тексте, написание и редактирование текста рукописи. Все авторы одобрили финальную версию статьи перед публикацией, выразили согласие нести ответственность за все аспекты работы, подразумевающую надлежащее изучение и решение вопросов, связанных с точностью или добросовестностью любой части работы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | REFERENCES

Все аффилированные источники литературы представлены по указанной ниже ссылке
<https://drive.google.com/file/d/1eO4kz5jjSNxJzHvAkIVN3CdPwOW8ZH10/view>

Рукопись получена: 02.11.2023. Одобрена к публикации: 17.11.2023. Опубликовано online: 31.03.2024.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ [AUTHORS INFO]

- ***Андреева Елена Николаевна**, д.м.н., профессор [Elena N. Andreeva, MD, Doctor of Sciences, Professor]; адрес: Россия, 117036, Москва, ул. Дм. Ульянова, д. 11 [address: 11 Dm.Ulyanova street, 117036 Moscow, Russia]; ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8425-0020>; SPIN-код: 1239-2937; e-mail: iceberg1995@mail.ru
- Сухих Геннадий Тихонович**, д.м.н. [Gennadiy T. Sukhikh, MD, Doctor of Sciences, Professor, Academician]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7712-1260>; SPIN-код: 6331-2217; e-mail: gtsukhikh@mail.ru
- Прилепская Вера Григорьевна**, д.м.н., профессор [Vera G.Prilepskaya, MD, Doctor of Sciences, Professor]; ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-8067-5740>; SPIN-код: 9204-2826; e-mail: v.prilepskaya@inbox.ru
- Аганезова Наталия Владимировна**, д.м.н. [Nataliya V. Aganezova, MD, Doctor of Sciences, Professor]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9676-1570>; SPIN-код: 2961-537; e-mail: aganezova@mail.ru
- Баранов Игорь Иванович**, д.м.н. [Igor I. Baranov, MD, Doctor of Sciences, Professor]; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9813-2823>; SPIN-код: 4224-0437; e-mail: i_baranov@oparina4.ru
- Долгушина Наталия Витальевна**, д.м.н. [Nataliya V. Dolgushina, MD, Doctor of Sciences]; ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1116-138X>; SPIN-код: 1725-9876; e-mail: n_dolgushina@oparina4.ru
- Зароченцева Нина Викторовна**, д.м.н., профессор [Nina V. Zarochentseva, MD, Doctor of Sciences]; ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8922-3950>; SPIN-код: 4737-5826; e-mail: ninazar11@mail.ru
- Карахалис Людмила Юрьевна**, д.м.н., профессор [Lyudmila Yu. Karakhalis, MD, Doctor of Sciences, Professor]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1040-6736>; SPIN-код: 9745-8697; e-mail: lomela@mail.ru
- Каткова Надежда Юрьевна**, д.м.н., профессор [Nadezhda Yu. Katkova, MD, Doctor of Sciences, Professor]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6188-9769>; SPIN-код: 7967-5759; e-mail: katkova_nu@inbox.ru
- Кепша Мария Александровна** [Mariya A. Kepsha, MD]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4201-1360>; e-mail: infino-creative@mail.ru
- Межевитинова Елена Анатольевна**, д.м.н. [Elena A.Mezhevitinova, MD, Doctor of Sciences]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2977-9065>; e-mail: mejevitinova@mail.ru
- Назаренко Елена Григорьевна**, к.м.н. [Elena G.Nazarenko, MD, PhD]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8917-7763>; e-mail: elennazar@yandex.ru
- Назарова Нисо Мирзоевна**, д.м.н. [Niso M. Nazarova, MD, Doctor of Sciences]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9499-7654>; SPIN-код: 4475-7283; e-mail: grab2@yandex.ru
- Подзолкова Наталия Михайловна**, д.м.н., профессор [Nataliya M. Podzolkova, MD, Doctor of Sciences, Professor]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8991-1369>; SPIN-код: 4475-7283; e-mail: podzolkova@gmail.com
- Сметник Антонина Александровна**, к.м.н. [Antonina A. Smetnik, MD, PhD]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0627-3902>; SPIN-код: 7561-1406; e-mail: a_smetnik@oparina4.ru
- Тапильская Наталья Игоревна**, д.м.н. [Natalya I. Tapil'skaya, MD, Doctor of Sciences]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5309-0087>; SPIN-код: 3605-0413; e-mail: tapnatalia@yandex.ru
- Уварова Елена Витальевна**, д.м.н., профессор [Elena V.Uvarova, MD, Doctor of Sciences, Professor, corresponding member of RAS]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3105-5640>; SPIN-код: 9534-6570; e-mail: elena-uvarova@yandex.ru
- Хамошина Марина Борисовна**, д.м.н., профессор [Marina B. Hamoshina, MD, Doctor of Sciences, Professor]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1663-5265>; SPIN-код: 6790-4499; e-mail: khamoshina@mail.ru
- Чернуха Галина Евгеньевна**, д.м.н., профессор [Galina E. Chernukha, MD, Doctor of Sciences, Professor]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9065-5689>; SPIN-код: 5514-3483; e-mail: c-galina1@yandex.ru
- Якушевская Оксана Владимировна**, к.м.н. [Oksana V. Yakushevskaya, MD, PhD]; ORCID: <https://orcid.org/0002-7430-1207>; SPIN-код: 4037-8249; e-mail: aluckyone777@gmail.com
- Дзенина Ольга Вадимовна**, к.м.н. [Olga V. Dzhenina, MD, PhD]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3811-5156>; SPIN-код: 4021-2107; e-mail: dzhenina@rambler.ru
- Ярмолинская Мария Игоревна**, д.м.н. [Mariya I. Yarmolinskaya, MD, Doctor of Sciences, Professor]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6551-4147>; SPIN-код: 3686-3605; e-mail: m.yarmolinskaya@gmail.com

*Автор, ответственный за переписку / Corresponding author.

ЦИТИРОВАТЬ:

Сухих Г.Т., Прилепская В.Н., Аганезова Н.В., Андреева Е.Н., Баранов И.И., Долгушина Н.В., Зароченцева Н.В., Карахалис Л.Ю., Каткова Н.Ю., Кепша М.А., Межевитинова Е.А., Назаренко Е.Г., Назарова Н.М., Подзолкова Н.М., Сметник А.А., Тапильская Н.И., Уварова Е.В., Хамошина М.Б., Чернуха Г.Е., Якушевская О.В., Дженина О.В., Ярмолинская М.И. Обзор национальных медицинских критериев приемлемости методов контрацепции 2023 года // *Вестник репродуктивного здоровья*. — 2024. — Т. 3. — №1. — С. 9-67. doi: <https://doi.org/10.14341/brh12705>

TO CITE THIS ARTICLE:

Sukhikh GT, Prilepskaya VN, Aganezova NV, Andreeva EN, Baranov II, Dolgushina NV, Zarochentseva NV, Karakahalis LY, Katkova NY, Kepsha MA, Mezhevitinova EA, Nazarenko EG, Nazarova NM, Podzolkova NM, Smetnik AA, Tapilskaya NI, Uvarova EV, Khamoshina MB, Chernukha GE, Yakushevskaya OV, Dzhenina OV, Yarmolinskaya MI. National medical eligibility criteria for contraceptive use 2023: review. *Bulletin of Reproductive Health*. 2024;3(1):9-67. doi: <https://doi.org/10.14341/brh12705>

ГОНАДОТРОПИНОМА, ДЛИТЕЛЬНО ПРОТЕКАЮЩАЯ ПОД МАСКОЙ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ: ПРЕДСТАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

© Т.В. Никитина*, С.Ю. Воротникова, Л.К. Дзеранова, А.М. Лапшина, В.Н. Азизян, А.Г. Кузьмин

Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии, Москва, Россия

Распространенность аденом гипофиза в популяции среди первичных опухолей центральной нервной системы составляет около 17%. Аденомы гипофиза подразделяются на нефункциональные (36–54%), характеризующиеся отсутствием секреторной активности, и функциональные (46–64%), выделяющие гормоны или их субъединицы. Наиболее часто встречаются пролактиномы (32–51%), соматотропиномы (9–11%), кортикотропиномы (3–6%), частота гонадотропином и тиреотропином низкая и составляет менее 1% случаев.

В данной статье представлено клиническое наблюдение пациента с гонадотропиномой, длительно протекающей под маской гиперпролактинемии.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: гонадотропинома; гиперпролактинемия; пролактин; аденома гипофиза; гипопитуитаризм; гипогонадизм.

CLINICAL CASE OF GONADOTROPINOMA, WHICH OCCURS FOR A LONG TIME UNDER THE GUISE OF HYPERPROLACTINEMIA

© Tatyana V. Nikitina*, Svetlana Yu. Vorotnikova, Larisa K. Dzeranova, Anastasiya M. Lapshina, Vilen N. Azizyan, Anatoliy G. Kuzmin

Endocrinology Research Centre, Moscow, Russia

The prevalence of pituitary adenomas in the population among tumors of the central nervous system is about 17%. Pituitary adenomas are divided into non-functional (about 36–54%), characterized by the absence of secretory activity, and functional (about 46–64%), secreting hormones or their subunits. The most common are prolactinomas (32–51%), somatotropinomas (9–11%), corticotropinomas (3–6%), the frequency of gonadotropins and thyrotropins is low and amounts to less than 1% of cases. This article presents a clinical observation of a patient with gonadotropinoma, which has been occurring for a long time under the guise of hyperprolactinemia.

KEYWORDS: gonadotropinoma; hyperprolactinemia; prolactin; pituitary adenoma; hypopituitarism; hypogonadism.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Гонадотропинома — аденома гипофиза, продуцирующая гонадотропины (ФСГ и/или ЛГ), характеризующаяся неспецифическими симптомами: потерей либидо, бесплодием у мужчин, а также нарушениями менструального цикла у женщин. Во многих случаях гонадотропиномы не имеют клинических проявлений.

Среди макроаденом гипофиза гонадотропиномы составляют примерно 80% клинически нефункционирующих аденом. Опухоли трудно идентифицируются, так как уровень гормонов в сыворотке крови либо остается в пределах референсных значений, либо превышает их незначительно. В связи с этим гонадотропиномы диагностируются достаточно поздно, при достижении значимых размеров и развитии неврологической и офтальмологической симптоматики — нарушение полей зрения вследствие компрессии хиазмы, головные боли [1–4].

Функциональные гонадотропиномы являются доброкачественными опухолями гипофиза, секретирующими один или оба гонадотропина в биологически активной форме. Эпидемиологические исследования данных опухолей ограничены вследствие низкой распространенности и неспецифической симптоматики. Чаше гона-

дотропиномы проявляются олиго- или аменореей, бесплодием, галактореей у женщин и гипогонадизмом или увеличением размера яичек у мужчин. Диагноз можно установить на основании клинических признаков и МРТ головного мозга в сочетании с данными лабораторных исследований, которые могут верифицировать гиперэстрогению у женщин, в том числе в период пременопаузы, и повышенный уровень ФСГ в сыворотке крови у мужчин.

Учитывая отсутствие яркой клинической картины у мужчин среднего и старшего возраста, зачастую установление точного диагноза возможно только после выполнения иммуногистохимического исследования удаленной макроаденомы гипофиза, клинически верифицированной как гормонально-неактивная.

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ

Пациент А. 67 лет поступил в ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России с жалобами на снижение зрения, ежедневные «приливы» жара в течение 6 лет с выраженной потливостью на фоне нормального артериального давления без озноба, сухостью во рту, тошноту, снижение полового влечения, прибавку массы тела.

*Автор, ответственный за переписку/Corresponding author.



При сборе анамнеза установлено: при обследовании более 15 лет назад по данным МРТ головного мозга впервые выявлена аденома гипофиза размерами 15x13x11 мм, уровень пролактина — в рамках референсных значений. При динамическом обследовании через 10 лет от дебюта заболевания отмечено увеличение размера аденомы до 23x16x17 мм, а также выявлено незначительное повышение уровня пролактина до 590 мЕд/л (73–407). Инициирована терапия каберголином, дозировки многократно корректировались, производилась замена на бромокриптин с последующим возобновлением приема каберголина. В 2016 г. на фоне медикаментозно достигнутой нормопролактинемии (пролактин — 486,23 мМЕд/л) выявлены признаки гипопитуитаризма: вторичного гипогонадизма при снижении уровня тестостерона до 3,67 нмоль/л (6,07–27,1) и вторичного гипотиреоза: ТТГ — 1,0 мкМЕд/мл, Т4св — 7,78 пмоль/л (7,86–14,41). Назначена терапия левотироксином натрия в дозе 50 мкг в сутки. По данным МРТ головного мозга в октябре 2020 г., зафиксирован продолженный рост аденомы до 23x26x19 мм. Учитывая размеры объемного образования, пациент консультирован офтальмологом, выполнена компьютерная периметрия, выявлены нисхо-

дующая частичная атрофия зрительного нерва, гомонимная квадрантная гемианопсия.

При поступлении получал каберголин в дозе 0,0625 мг 1 раз в 10 дней, левотироксин натрия — 75 мкг в 1 раз в сутки. При осмотре пациента отмечались признаки гипогонадизма: отсутствие волосяного покрова в подмышечных впадинах и на груди, увеличение грудных желез (отделяемого из сосков не отмечалось). Распределение подкожно-жировой клетчатки равномерное, избыточное, отеки не определялись. По всему телу — многочисленные невусы. Щитовидная железа не увеличена. Рост — 170 см, масса тела — 88 кг, ИМТ — 30,4 кг/м².

По данным лабораторного обследования, выявлен гипогонадизм, обращало на себя внимание повышение ФСГ при выраженном снижении ЛГ. Уровень пролактина на фоне минимальной дозировки каберголина в норме, гипотиреоз медикаментозно компенсирован, исключена вторичная надпочечниковая недостаточность (табл. 1).

При выполнении МРТ головного мозга с контрастным усилением подтверждена макроаденома гипофиза размерами 25x29x21 мм с супра-, инфра-, параселлярным распространением, которая смещала и компремировала хиазму (рис. 1).

Таблица 1. Результаты гормонального обследования пациента при поступлении в стационар

Исследуемый параметр	Полученное значение	Референсный интервал
Тестостерон, нмоль/л	0,625	11–28,2
ЛГ, Ед/л	0,983	2,5–11
ФСГ, Ед/л	10,1	1,6–9,7
Пролактин, мЕд/л	108,6	60–355
Кортизол, утро, нмоль/л	456,2	171–536
ИФР-1, нг/мл	72,51	16–245
ТТГ, мМЕ/л	0,11	0,25–3,5
Т4св, пмоль/л	13,01	9–19
Кортизол свободный мочи, нмоль/сут	102	100–379

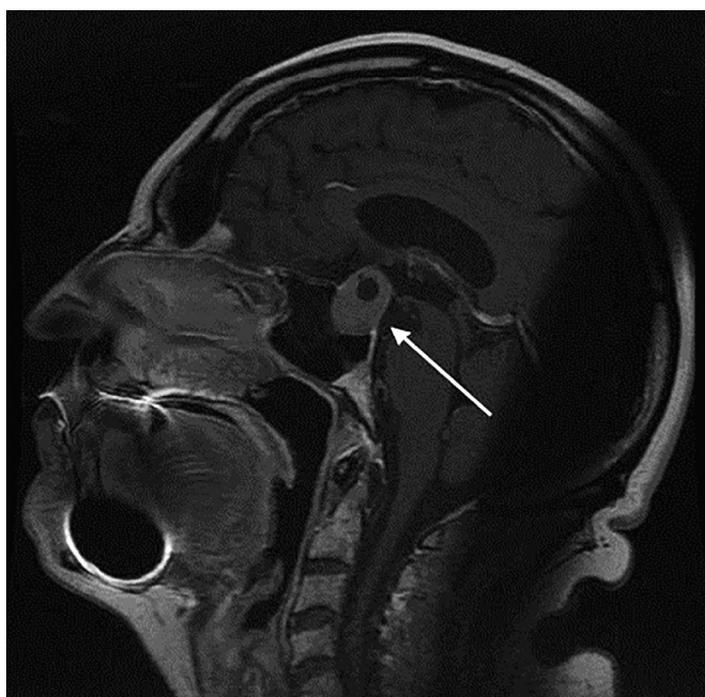


Рисунок 1. МР-томография головного мозга пациента, T1-изображение, сагиттальная проекция (стрелкой отмечена макроаденома гипофиза).

По результатам офтальмологического осмотра и компьютерной периметрии выявлено двустороннее сужение полей зрения в верхневисочном квадранте, установлен диагноз: начальная катаракта, частичная атрофия зрительного нерва, ангиопатия сетчатки, смешанный астигматизм, расходящееся содружественное косоглазие, гиперметропия средней степени справа, слабой степени слева.

По данным рентгенденситометрии поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедренной кости снижения минеральной плотности костной ткани не выявлено.

Учитывая клинические признаки гипогонадизма, результаты гормональных исследований, а именно дискордантность изменений уровней ЛГ и ФСГ, наличие макроаденомы гипофиза, заподозрена гонадотропинома с развитием компрессионной гиперпролактинемии. Рекомендовано проведение нейрохирургического вмешательства.

В ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России выполнено трансназальное трансфеноидальное удаление макроаденомы гипофиза. Интраоперационно опухоль характеризовалась мягкой консистенцией, в ходе удаления солидного компонента вскрылась опухолевая киста (прозрачная бесцветная жидкость объемом около

5 мл). Общий объем удаленного образования составил около 8 мл.

В послеоперационном периоде выполнено гистологическое и иммуногистохимическое исследование (ИГХ) аденомы гипофиза. При ИГХ выявлена позитивная экспрессия ФСГ в 70% и ЛГ в 80% опухолевых клеток. Индекс пролиферации Ki67 составил 3%. При установлении рецепторного статуса выявлена умеренная реакция (7 баллов по IRS) с рецепторами соматостатина 2А типа и слабая реакция (3 балла по IRS) с рецепторами соматостатина 5 типа (рис. 2).

В раннем послеоперационном периоде пациент отметил улучшение периферического зрения. Признаков вторичной надпочечниковой недостаточности, несахарного диабета не выявлено. При ежедневном контроле показателей электролитного баланса на шестые сутки после операции зафиксирована гипонатриемия (снижение уровня натрия до 133 ммоль/л), клинически проявляющаяся тошнотой, на фоне ограничения потребления жидкости до 800 мл в сутки под контролем диуреза уровень натрия через 24 часа достиг 127 ммоль/л, инициирована инфузионная терапия гипертоническим раствором NaCl 3% с положительной лабораторной динамикой и регрессом клинических проявлений.

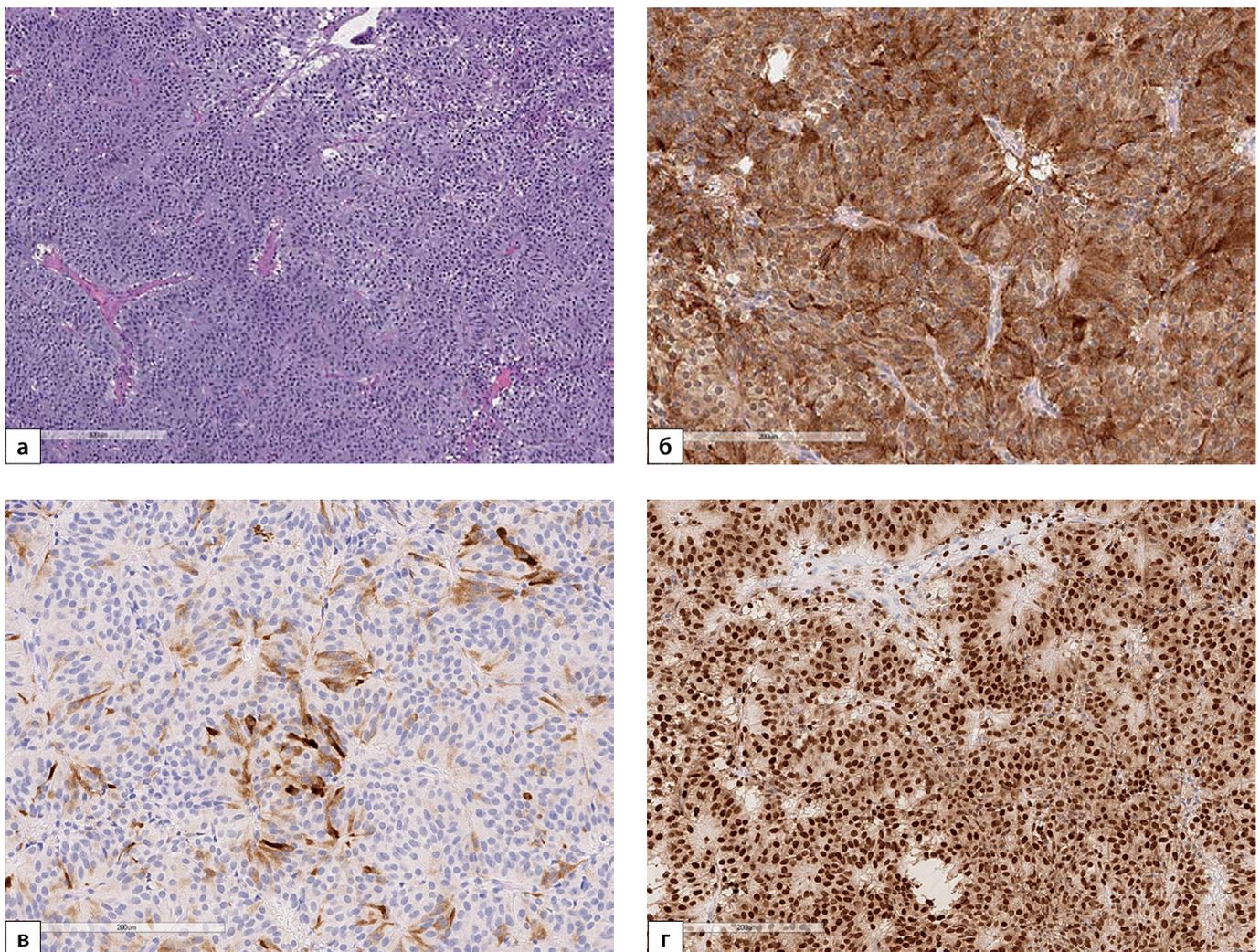


Рисунок 2. Гистологическое и иммуногистохимическое исследование ткани аденомы гипофиза: а — гистологическое строение аденомы гипофиза из хромофобных вытянутых клеток, формирующих периваскулярные псевдорозетки, окраска гематоксилином и эозином, $\times 300$; б — иммуногистохимическое исследование с антителами к ФСГ, $\times 200$; в — иммуногистохимическое исследование с антителами к ЛГ, $\times 200$; г — иммуногистохимическое исследование с антителами к SF-1, $\times 200$.

Таблица 2. Данные гормонального обследования пациента на 7-е сутки после оперативного лечения

Исследуемый параметр	Полученное значение	Референсный интервал
ФСГ, Ед/л	1,45	1,6–9,7
Пролактин, мЕд/л	186,9	60–355
Кортизол, утро, нмоль/л	351,7	171–536
АКТГ, утро, пг/мл	32,43	7,2–63,3
Т4св, пмоль/л	11,13	9–19

Таблица 3. Данные гормонального обследования пациента после оперативного лечения

Исследуемый параметр	Полученное значение	Референсный интервал
ФСГ, Ед/л	2,67	1,6–9,7
ЛГ, Ед/л	1,62	2,5–11
Пролактин, мЕд/л	362,2	60–355
Кортизол, утро, нмоль/л	552,7	171–536
Тестостерон, нмоль/л	0,472	11–28,2
Т4св, пмоль/л	12,67	9–19
25(ОН)Витамин D, нг/мл	4,34	30–100

При контроле гонадотропинов через неделю после оперативного лечения отмечено снижение уровня ФСГ (табл. 2). С учетом нормализации уровня пролактина, терапия каберголином отменена. Через 14 дней после аденоэктомии пациент выписан из стационара под наблюдение эндокринолога по месту жительства.

На протяжении полугода после оперативного лечения пациент отмечал улучшение самочувствия в виде восстановления периферического зрения, регресса головных болей, отсутствия «приливов», однако жалобы на половую дисфункцию сохранялись. При повторной госпитализации через 9 месяцев после хирургического лечения при осмотре обращали на себя внимание сохраняющиеся признаки гипогонадизма: отсутствие волосяного покрова в подмышечных впадинах и на груди, умеренное увеличение грудных желез, отделяемого

из сосков не было. Рост — 170 см, масса тела — 86 кг, ИМТ — 29,8 кг/м² (похудел на 2 кг).

При обследовании гормонального статуса подтвержден гипогонадизм, выявлено незначительное повышение уровня пролактина, субкомпенсация гипотиреоза на фоне приема 75 мкг левотироксина натрия, в связи с чем доза препарата увеличена до 100 мкг в сутки. Также диагностирован выраженный дефицит витамина D при нормальном уровне паратгормона и кальция (табл. 3).

Для исключения рецидива опухоли выполнено МРТ головного мозга с контрастным усилением, выявлены послеоперационные кистозно-фиброзные изменения турецкого седла, убедительных данных за остаточную ткань опухоли не получено, однако в левом отделе аденогипофиза определялся участок кистозных изменений размерами 11х6 мм (рис. 3).

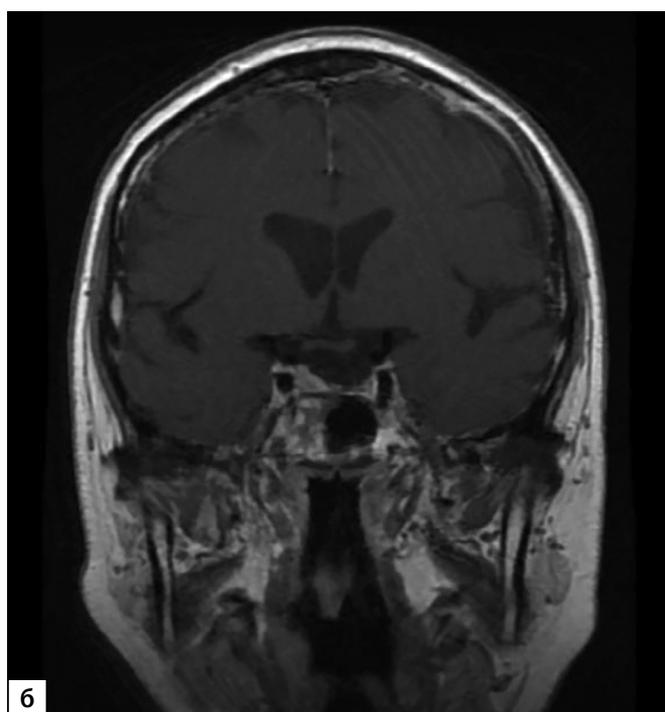
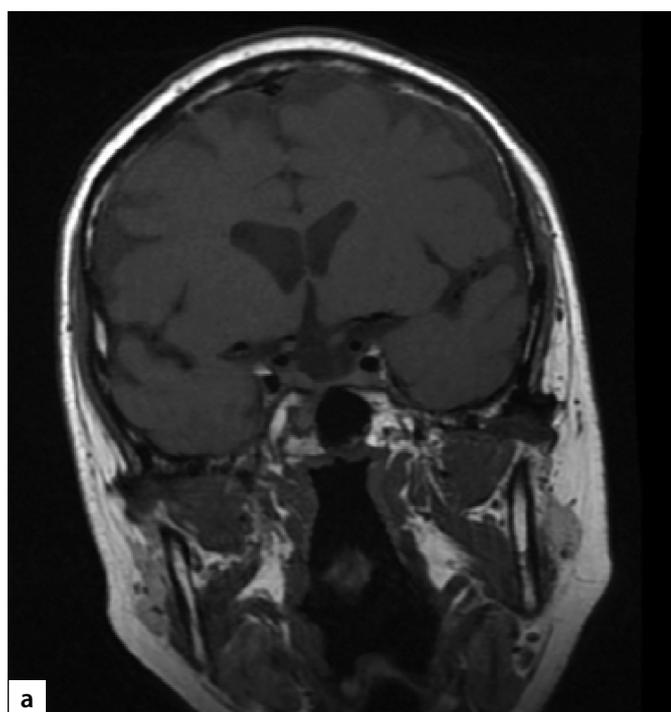


Рисунок 3. МР-томография головного мозга пациента после операции, T1-изображение (а — без контрастирования, б — с контрастированием).

При офтальмологическом осмотре и компьютерной периметрии компьютерное поле зрения на белую метку — в пределах нижних границ нормы, установлен диагноз гипертонической компенсированной ангиопатии, умеренного ангиосклероза сетчатки, начального факосклероза, смешанного астигматизма слабой степени, хронического блефарита, синдрома сухого глаза. На левом глазу заподозрена опухоль хориоидеи, в связи с чем пациенту рекомендована консультация офтальмоонколога.

На фоне сохраняющихся жалоб на ослабление половой функции и дискомфорт в паховой области пациент осмотрен андрологом: оволосение наружных половых органов по мужскому типу, яички в мошонке, безболезненные при пальпации, нормального объема, область придатков и семенных канатиков неоднородной структуры, безболезненная при пальпации. По результатам УЗИ мошонки выявлено двустороннее гидроцеле обоих яичек, данных за варикозное расширение вен не получено. Андрологом рассмотрена возможность назначения тестостеронзаместительной терапии после дообследования в амбулаторном порядке.

Таким образом, в ходе госпитализации подтверждена биохимическая ремиссия гонадотропиномы (уровень ФСГ в норме, ЛГ снижен), отсутствие рецидива аденомы гипофиза по результатам МРТ головного мозга, скорректирована заместительная терапия вторичного гипотиреоза, инициирована терапия препаратами колекальциферола в связи с выраженным дефицитом витамина D, принято решение о назначении заместительной терапии препаратами тестостерона после дообследования.

ОБСУЖДЕНИЕ

Гонадотропиномы составляют 80–90% всех нефункциональных аденом гипофиза и 40–50% всех макроаденом гипофиза, редко диагностируются на ранних стадиях ввиду отсутствия симптоматики или ее неспецифичности. В большинстве случаев гонадотропиномы верифицируются при увеличении размера опухоли с развитием масс-эффекта и возникновением офтальмологических (дефекты полей зрения) и неврологических (головные боли, тошнота) нарушений. Тем не менее в ряде случаев гонадотропинома секретирует активные гормоны, как правило ФСГ, и вызывает типичные клинические проявления, связанные с избытком гормонов: у мужчин — увеличение размеров яичек и снижение либидо, у женщин — нарушение менструального цикла и бесплодие [4].

Согласно клиническим рекомендациям пациентам с впервые выявленной аденомой гипофиза необходимо исследовать все тропные гормоны для исключения любой гормональной активности объемного образования. Однако даже при отсутствии лабораторных признаков гормональной активности опухоли по результатам иммуногистохимического исследования не исключено определение позитивной иммуноэкспрессии опухоли к ФСГ и/или ЛГ, что подтверждает необходимость тщательного сопоставления неспецифических клинических симптомов с анамнезом и показателями лабораторных исследований [2, 3]. Показано, что среди всех пациентов с гормонально-неактивными

аденомами гипофиза после проведения нейрохирургического лечения практически в 30% случаев имела место гонадотропинома [5].

Гонадотропинома представляет собой как диагностическую, так и терапевтическую проблему, а ее наличие всегда следует учитывать при дифференциальной диагностике пациентов с аденомами гипофиза в совокупности с репродуктивной дисфункцией или метаболическими нарушениями с целью предотвращения хирургических вмешательств по поводу кист яичников у женщин, уменьшения патологического влияния гормональной гиперсекреции, оптимизации подходов к восстановлению фертильности, предупреждения метаболических нарушений, минимизации последствий масс-эффекта [3].

Нарушения зрения, вызванные супраселлярным ростом аденомы, сдавливающей зрительный перекрест, являются наиболее частыми нейроофтальмологическими симптомами, которые встречаются у 60–80% пациентов с неактивными аденомами гипофиза и гонадотропиномами [6, 7]. Связанные с аденомой нарушения зрения могут проявляться снижением остроты зрения и ограничением полей зрения (чаще по типу битемпоральной гемианопсии). Как правило, поражаются оба глаза, хотя у значительной части пациентов могут быть односторонние нарушения (до 33 % случаев), при сдавлении зрительного перекреста в течение длительного времени происходит атрофия диска зрительных нервов, что в конечном итоге приводит к необратимым нарушениям зрения [8] и является абсолютным показанием к хирургическому лечению. В данном клиническом случае сужение полей зрения, частичная атрофия зрительных нервов на фоне роста аденомы послужила показанием к выполнению трансназальной аденомэктомии с дальнейшей верификацией диагноза.

Примерно у трети пациентов с неактивными аденомами гипофиза обнаруживается умеренное повышение пролактина в сыворотке крови, обычно не более 2000 мМЕ/л [9]. Гиперпролактинемия у этих пациентов возникает в результате нарушения транспорта дофамина по системе портальных вен из-за сдавления ножки гипофиза [10]. У пациента в клиническом наблюдении повышение уровня пролактина наблюдалось на фоне увеличения размера опухоли, что с большей вероятностью являлось проявлением компрессионного синдрома и маскировало клинические проявления, связанные с избыточной секрецией гонадотропинов. Кроме того, на фоне макроаденомы отмечено развитие гипопитуитаризма со снижением уровня тестостерона, ЛГ. В данном случае дискордантность гормональных изменений в виде повышения ФСГ на фоне клинического и лабораторного гипогонадизма, а также жалобы пациента на чувство жара, приливов позволили заподозрить наличие гонадотропиномы, что подтвердилось при иммуногистохимическом исследовании.

Следует помнить, что гипогонадизм, особенно длительно текущий, зачастую приводит к метаболическим нарушениям, которые наблюдались в вышеописанном клиническом случае. По данным ряда исследований, снижение уровня тестостерона проявляется не только снижением либидо и эректильной дисфункцией, но и способствует уменьшению количества мышечной массы,

развитию ожирения, остеопении, остеопороза, сахарного диабета, увеличению рисков сердечно-сосудистых заболеваний [11–14]. При обсуждении данного клинического наблюдения важно упомянуть о частом осложнении в послеоперационном периоде после трансфеноидального хирургического вмешательства — гипонатриемии, своевременная диагностика и коррекция которого позволяет избежать серьезных и даже жизнеугрожающих последствий. Отсроченная послеоперационная гипонатриемия, по данным литературы, чаще встречается среди пациентов с предоперационным гипогонадизмом, что следует определить как возможный фактор риска [15–18].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Гонадотропиномы — наиболее распространенный тип неактивных аденом гипофиза. По причине неспецифичности клинической картины и отсутствия четких маркеров наличия опухоли диагностика данных нарушений затруднена, заболевание верифицируется на поздних стадиях при необходимости проведения оперативного лечения. В связи с этим крайне важна корректная интерпретация показателей гонадотропинов у пациентов с гормонально-неактивными аденомами с целью дальнейшего проведения иммуногистохимического исследования удаленной опухоли для точной верификации диагноза. Риск возникновения ре-

цидивов, послеоперационных осложнений, метаболических нарушений диктует необходимость длительного клинического наблюдения пациентов с гонадотропиномой. Оценка биохимической ремиссии должна включать гормональный и биохимический анализы крови, проведение МРТ головного мозга для исключения остаточной аденомы гипофиза или ее рецидива. Вероятно, создание и активное ведение регистров таких опухолей, с указанием секреторной активности и отображением долгосрочных результатов терапевтического и хирургического лечения, будет способствовать ранней диагностике данной патологии и выбору оптимальной тактики ведения.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Источники финансирования. Обследование и лечение пациента осуществлялось за счет средств ОМС.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с содержанием настоящей статьи.

Участие авторов. Авторы осуществляли ведение пациента в стационарных и амбулаторных условиях, проводили поиск литературы по теме, участвовали в написании литературного обзора и описании клинического случая.

Согласие пациента. Пациент добровольно подписал информированное согласие на публикацию персональной медицинской информации в обезличенной форме.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | REFERENCES

- Gautam U, Mehta, Russell R, Lonser. Management of hormone-secreting pituitary adenomas. *Neuro-Oncology*. 2017;19(6):762-773. doi: <https://doi.org/10.1093/neuonc/now130>
- Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Рожинская Л.Я. и др. Инциденталомы гипофиза: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и методы лечения // *Проблемы эндокринологии*. — 2015. — Т. 61. — №3. — С. 57–68. [Dedov II, Melnichenko GA, Rozhinskaya LYa, et al. Pituitary incidentalomas: the clinical picture, diagnostics, differential diagnostics, and methods of treatment. *Problems of endocrinology*. 2015;61(3):57–68. (In Russ.)] doi: <https://doi.org/10.14341/probl201561357-68>
- Дедов И.И. Эндокринология: национальное руководство / Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. — 1112 с.: ил. — 1112 с. — ISBN 978-5-9704-6054-2
- Du X, Zhang W, Wang X, et al. Follicle-Stimulating Hormone-Secreting Pituitary Adenoma Inducing Spontaneous Ovarian Hyperstimulation Syndrome, Treatment Using *In Vitro* Fertilization and Embryo Transfer: A Case Report. *Front. Endocrinol*. 2021;12:621456. doi: <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.621456>
- David J. Cote, BS, Timothy R. Smith, et al. Functional Gonadotroph Adenomas: Case Series and Report of Literature. *Neurosurgery*. 2016;79(6):823-831. doi: <https://doi.org/10.1227/NEU.0000000000001188>
- Dekkers OM, Pereira AM, Romijn JA. Treatment and follow-up of clinically nonfunctioning pituitary macroadenomas. *J Clin Endocrinol Metab*. 2008;93(10):3717-3726. doi: <https://doi.org/10.1210/jc.2008-0643>
- Jaffe C.A. Clinically non-functioning pituitary adenoma. *Pituitary*. 2006;9:317-321. doi: <https://doi.org/10.1007/s11102-006-0412-9>
- Ogra S, Nichols AD, Stylli S, et al. Visual acuity and pattern of visual field loss at presentation in pituitary adenoma. *J Clin Neurosci*. 2014;21(5):735-40. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2014.01.005>
- Ntali G, Wass JA. Epidemiology, clinical presentation and diagnosis of non-functioning pituitary adenomas. *Pituitary*. 2018;21(2):111-118. doi: <https://doi.org/10.1007/s11102-018-0869-3>
- Zhang F, Huang Y, Ding C, et al. The prevalence of hyperprolactinemia in non-functioning pituitary macroadenomas. *Int J Clin Exp Med*. 2015;8(10):18990-7
- Lyu L, Yin S, Hu Y, et al. Hyperprolactinemia in clinical non-functional pituitary macroadenomas: A STROBE-compliant study. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(41):e22673. doi: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000022673>
- Yassin A, Doros G. Testosterone therapy in hypogonadal men results in sustained and clinically meaningful weight loss. *Clin Obes*. 2013; 3(3-4): 73–83. doi: <https://doi.org/10.1111/cob.12022>
- Fraietta R, Zylberstejn DS, Esteves SC. Hypogonadotropic hypogonadism revisited. *Clinics (Sao Paulo)*. 2013; 68 Suppl 1 (Suppl 1):81-88. doi: [https://doi.org/10.6061/clinics/2013\(sup01\)09](https://doi.org/10.6061/clinics/2013(sup01)09)
- Дедов И.И., Мокрышева Н.Г., Мельниченко Г.А. и др. Проект клинических рекомендаций «Синдром гипогонадизма у мужчин». *Ожирение и метаболизм*. 2021. — Т. 18. — №4. — 496-507. [Dedov II, Mokrysheva NG, Melnichenko GA, et al. Draft of Russian Clinical Practice Guidelines «Male hypogonadism». *Obesity and metabolism*. 2021;18(4):496-507. (In Russ.)]. doi: <https://doi.org/10.14341/omet12817>
- Hong YG, Kim SH, Kim EH. Delayed Hyponatremia after Transsphenoidal Surgery for Pituitary Adenomas: A Single Institutional Experience. *Brain Tumor Res Treat*. 2021;9(1):16-20. doi: <https://doi.org/10.14791/btrr.2021.9.e5>
- Lin K, Lu L, Pei Z, et al. Predictive factors for delayed hyponatremia after transsphenoidal surgery in patients with pituitary adenomas. *Endocr Connect*. 2022;11(1):e210497. doi: <https://doi.org/10.1530/EC-21-0497>
- Olson BR, Gumowski J, Rubino D, Oldfield EH. Pathophysiology of hyponatremia after transsphenoidal pituitary surgery. *J Neurosurg*. 1997;87(4):499-507. doi: <https://doi.org/10.3171/jns.1997.87.4.0499>
- Hussain NS, Piper M, Ludlam WG, et al. Delayed postoperative hyponatremia after transsphenoidal surgery: prevalence and associated factors. *J Neurosurg*. 2013;119(6):1453-1460. doi: <https://doi.org/10.3171/2013.8.JNS13411>

Рукопись получена: 14.01.2024. Одобрена к публикации: 19.01.2024. Опубликовано online: 31.03.2024.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ [AUTHORS INFO]

***Никитина Татьяна Владимировна**, ординатор ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» МЗ РФ [**Tatiana V. Nikitina**, medical resident]; адрес: Россия, 117036, Москва, ул. Дм. Ульянова, д. 11 [address: 11 Dm. Ulyanova street, 117036 Moscow, Russia]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7379-2139>; SPIN-код: 8316-4699; e-mail: tanikitina131@gmail.com

Воротникова Светлана Юрьевна, к.м.н. [Svetlana Y. Vorotnikova, MD, PhD];

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7470-1676>; SPIN-код: 6571-1206; e-mail: bra_svetix@list.ru

Дзеранова Лариса Константиновна, д.м.н. [Larisa K. Dzeranova, MD, PhD];

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0327-4619>; SPIN-код: 2958-5555; e-mail: dzeranovalk@yandex.ru

Лапшина Анастасия Михайловна, к.м.н. [Anastasia M. Lapshina, MD, PhD];

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4353-6705>; SPIN-код: 1582-5033; e-mail: nottoforget@yandex.ru

Азизян Вилен Неронович, к.м.н. [Vilen N. Azizyan, MD, PhD]; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9718-6099>;

SPIN-код: 7666-5950; e-mail: vazizyan@mail.ru

Кузьмин Анатолий Геннадьевич, к.м.н. [Anatoly G. Kuzmin, MD, PhD]; ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1387-8536>;

SPIN-код: 7804-2128; e-mail: kuzmin.anatoliy@endocrincentr.ru

*Автор, ответственный за переписку / Corresponding author.

ЦИТИРОВАТЬ

Никитина Т.В., Воротникова С.Ю., Дзеранова Л.К., Лапшина А.М., Азизян В.Н., Кузьмин А.Г. Гонадотропинома, длительно протекающая под маской гиперпролактинемии: представление клинического наблюдения // *Вестник репродуктивного здоровья*. — 2024. — Т. 3. — №1. — С. 68-74. doi: <https://doi.org/10.14341/brh12710>

TO CITE THIS ARTICLE

Nikitina TV, Vorotnikova SYu, Dzeranova LK, Lapshina AM, Azizyan VN, Kuzmin AG. Clinical case of gonadotropinoma, which occurs for a long time under the guise of hyperprolactinemia. *Bulletin of Reproductive Health*. 2024;3(1):68-74. doi: <https://doi.org/10.14341/brh12710>

ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЭНДОКРИННОЙ ГИНЕКОЛОГИИ ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ ЭНДОКРИНОЛОГИИ» МИНЗДРАВА РОССИИ

© Е.Н. Андреева^{1,2}, О.Р. Григорян¹, Е.В. Шереметьева¹, Ю.С. Абсарова¹, Р.К. Михеев^{1*}

¹Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии, Москва, Россия

²Российский университет медицины, Москва, Россия

В статье представлены основные исторические вехи формирования и развития лечебно-диагностического отделения эндокринной гинекологии (ЛДОЭГ) ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России с 1960 года до наших дней. Основными задачами данного научно-клинического подразделения являются организация и оказание эффективной консервативной и хирургической помощи пациенткам с репродуктивными нарушениями на фоне эндокринопатий. Также в отделении активно проводится научно-исследовательская и образовательная работа по разработке персонализированных подходов к диагностике и лечению репродуктивных нарушений. Представленный историко-аналитический обзор позволяет раскрыть эволюционные перипетии развития отечественной школы эндокринной гинекологии в тесной связи с биографическими фактами жизни ее корифеев в период 1960–2024 гг. Коллектив авторов посвящает данную статью своим учителям и наставникам.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: эндокринология; гинекология; репродукция; эндометриоз; миома.

HISTORY OF ESTABLISHMENT AND FORMATION OF ENDOCRINE GYNECOLOGY DEPARTMENT OF THE ENDOCRINOLOGY RESEARCH CENTRE

© Elena N. Andreeva^{1,2}, Olga R. Grigoryan², Ekaterina V. Sheremetyeva¹, Yulia S. Absatarova¹, Robert K. Mikheev^{1*}

¹Endocrinology Research Centre, Moscow, Russia

²Russian University of Medicine, Moscow, Russia

This article presents the historical review of establishment and formation of Endocrine Gynecology Department (Endocrinology Research Centre, Moscow, Russian Federation) since 1960 until 2024s. The basic aim of establishment of the Endocrine Gynecology Department are organization and providing of conservative and surgery medical aid for female patients with reproductive pathologies and endocrinopathies. The members of the Department also provide scientific and educational work in the area of personalized diagnostic and treatment approaches of reproductive pathologies. The review is supplied with evolutionary, historical and biographical datas about all leaders of Department throughout its history. Authors group dedicates the present article to scientific supervisors and mentors.

KEYWORDS: endocrinology; gynecology; reproduction; endometriosis; myoma.

ОСНОВНОЙ ТЕКСТ СТАТЬИ

Датой начала формирования самостоятельной школы эндокринной гинекологии в стенах НИИЭХГ стал 1960 год, ознаменовавшийся приходом в группу гинекологии опытного врача Ирины Вячеславовны Голубевой (дев. Лебединской, 1921–1986 г.) [1]. За плечами И.В. Голубевой, окончившей в 1943 г. Второй московский медицинский институт им. Н.И. Пирогова, был уникальный опыт работы на Дальнем Востоке, что в сочетании с аналитическим пытливым умом позволило сформировать актуальный и на сегодняшний день значимый пласт авторских хирургических пособий по маскулинизирующим и феминизирующим пластикам половых органов. И.В. Голубева удачно сочетала педагогическую, научную и клиническую деятельность, увенчавшуюся первой в СССР (!) монографией «Гермафродитизм». В 1976 г. в знак признания научных заслуг в области изучения нарушений

формирования пола Голубева была введена в состав научного совета по эндокринологии АМН СССР под руководством академика АМН СССР Н.А. Юдаева. Ирина Вячеславовна скончалась в 1986 г., и ее безвременный уход стал невосполнимой утратой в мире эндокринологии.

В 1988 г. на базе ИЭЭ и ХГ АМН СССР был организован Всесоюзный эндокринологический научный центр АМН СССР (с 1992 г. — Эндокринологический научный центр РАМН (ЭНЦ РАМН)). Новым директором Центра на конкурсной основе был избран д.м.н., профессор Иван Иванович Дедов (род. 12.02.1941 г.) [2]. По распоряжению И.И. Дедова, на базе хирургического отделения были организованы 10 гинекологических коек, в составе поликлинического отделения — 2 кабинета гинеколога-эндокринолога; в составе штата — 4 сотрудника. Неуклонно растущая потребность отечественного здравоохранения в улучшении качества и повышении объема оказания гинекологической помощи больным с эндо-

*Автор, ответственный за переписку/Corresponding author.



кринопатиями стала причиной открытия в июле 1999 г. отделения эндокринной гинекологии ЭНЦ РАМН, первым заведующим которого стал к.м.н. (с 2003 г. — д.м.н.) Пищулин Александр Алексеевич (1946–2005 г.) [3]. Под руководством А.А. Пищулина в период 1999–2005 г. были разработаны и усовершенствованы хирургические методы лечения синдрома поликистозных яичников (СПКЯ), методы медикаментозной коррекции ассоциированной гиперандрогении и инсулинорезистентности. В 2005 г. Александр Алексеевич скончался, оставив светлую память о себе коллегам и ученикам.

С 2001 г. по настоящее время отделение эндокринной гинекологии возглавляет д.м.н., профессор Андреева Елена Николаевна. Доктор является ведущим отечественным и признанным международным экспертом в области эндокринной гинекологии; в сферу ее научно-практических интересов входят вопросы диагностики и лечения эндометриоза, миомы матки, бесплодия, хирургии гинекологических заболеваний у пациенток с отягощенным эндокринологическим анамнезом [4]. После окончания с отличием в 1988 г. Рижского медицинского института Е.Н. Андреева прошла клиническую ординатуру и аспирантуру по акушерству и гинекологии на базе Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН. В 1992 г. защитила диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по теме «Значение анализа онкомаркеров СА 125, СЕА и СА 19-9 в диагностике опухолей гениталий», в 1997 г. — на соискание ученой степени доктора медицинских наук на тему «Распространенные формы генитального эндометриоза: медико-генетические аспекты, диагностика, клиника, лечение и мониторинг больных».

Принципиальной основой деятельности Е.Н. Андреевой с первых дней работы в составе ЭНЦ РАМН (ныне — ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России) было и неизменно остается развитие школы персонифицированной эндокринной гинекологии как науки сопровождения жизни женщины с момента зачатия и до глубокой старости, известной не только в Российской Федерации, но и за ее пределами. Особое внимание уделяется проблемам менопаузы и бесплодия в исходе широкого спектра эндокринопатий (ожирение, гиперандрогения яичникового и надпочечникового генеза, патология щитовидной железы, гиперпролактинемия, сахарный диабет 1, 2 типа). За более чем двадцатилетний период работы в ЭНЦ д.м.н., проф. Е.Н. Андреевой удалось создать коллектив не просто преданных сотрудников, но единомышленников, и организовать

замкнутый цикл заботы о женском здоровье, включающий совместную работу амбулаторно-поликлинического и стационарного звеньев. В лечебно-диагностическом отделении эндокринной гинекологии (ЛДОЭГ) оказывается помощь пациенткам с момента наступления пубертата вплоть до менопаузы; проводится консервативное и оперативное лечение первичного и вторичного бесплодия; подбор/контроль контрацепции и менопаузальной гормональной терапии. В соответствии с мировыми стандартами и с использованием малоинвазивных, высокотехнологичных методов лечения выполняется весь спектр оперативных пособий доброкачественных заболеваний органов женской репродуктивной системы (эндометриоз, миома матки, кисты яичников), оказывается адекватная послеоперационная поддержка и реабилитация [5].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Благодаря сплоченной работе команды и использованию передовых технологий лечебно-диагностическое отделение эндокринной гинекологии считается одним из лидеров по лечению гинекологических заболеваний в России.

Специалисты отделения проводят высокотехнологичные и малоинвазивные гинекологические операции, что существенно сокращает время пребывания в стационаре и позволяет пациенткам в кратчайшие сроки вернуться к привычному образу жизни.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Источники финансирования. Работа выполнена по инициативе авторов без привлечения финансирования.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с содержанием настоящей статьи.

Участие авторов. Андреева Е.Н. — концепция работы, редактирование текста рукописи, финальный анализ результатов; Григорян О.Р., Шереметьева Е.В., Абсатарова Ю.С. — концепция и дизайн работы, окончательные правки в текст; Григорян О.Р., Шереметьева Е.В., Абсатарова Ю.С., Михеев Р.К. — поиск и обзор литературы, написание и редактирование текста рукописи.

Все авторы одобрили финальную версию статьи перед публикацией, выразили согласие нести ответственность за все аспекты работы, подразумевающую надлежащее изучение и решение вопросов, связанных с точностью или добросовестностью любой части работы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ | REFERENCES

1. Яровая И.С. Памяти И.В. Голубевой // *Вестник репродуктивного здоровья*. — 2008. — №3-4. — С. 52-52а. [Yarovaya I.S. Pamyati I.V. Golubevoy. *Bulletin of Reproductive Health*. 2008;(3-4):52-52a. (In Russ.)]. doi: <https://doi.org/10.14341/brh20083-452-52a>
2. К юбилею главного редактора журнала «Проблемы эндокринологии» академика РАН Ивана Ивановича Дедова // *Проблемы эндокринологии*. — 2021. — Т. 67. — №1. — С. 4-7. [On the Occasion of the Anniversary of the editor-in-chief of the journal «Problems of Endocrinology» Academician of the Russian Academy of Sciences Ivan I. Dedov. *Problems of Endocrinology*. 2021;67(1):4-7. (In Russ.)] doi: <https://doi.org/10.14341/probl12728>
3. Институт репродуктивной медицины. История становления // *Вестник эндокринологии. Юбилейный выпуск*. 2019. [Institut reproductivnoy meditsiny. Istorii stanovleniya. *Vestnik endokrinologii. Iubileyniy vypusk*. 2019. (In Russ.)]. Доступно по: https://www.endocrincentr.ru/sites/default/files/pdf-files/vestnikno1_2019.pdf. Ссылка активна на 23.11.2023.
4. Дедов И.И., Пищулин А.А., Яровая И.С., Акмаев И.Г. Опыт применения пиоглитазона (актоса) в лечении синдрома поликистозных яичников // *Проблемы эндокринологии*. — 2005. — Т. 51. — №1. — С. 15-18. [Dedov I.I., Pishchulin A.A., Yarovaya I.S., Akmayev I.G. Experience with pioglitazone (actos) in the treatment of polycystic ovary syndrome. *Problems of Endocrinology*. 2005;51(1):15-18. (In Russ.)]. doi: <https://doi.org/10.14341/probl20051115-18>
5. Михеев Р.К., Андреева Е.Н., Григорян О.Р., Роживанов Р.В., Витязева И.И. Становление и развитие Института репродуктивной медицины ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России // *Вестник репродуктивного здоровья*. 2023;2(1):6-11. <https://doi.org/10.14341/brh12703>

Рукопись получена: 29.03.2024. Одобрена к публикации: 29.03.2024. Опубликовано online: 31.03.2024.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ [AUTHORS INFO]

***Михеев Роберт Константинович [Robert K. Mikheev, MD, postgraduate student];** адрес: 117036,

г. Москва, ул. Дмитрия Ульянова, д. 11 [address: 11 Dm. Ulyanova street, 117036 Moscow, Russia];

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5826-3186>; SPIN-код: 9767-8468; e-mail: iceberg1995@mail.ru

Андреева Елена Николаевна, д.м.н., профессор [Elena N. Andreeva, MD, Doctor of Sciences, professor];

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8425-0020>; SPIN-код: 1239-2937; e-mail: endogin@mail.ru

Григорян Ольга Рафаэлевна, д.м.н., профессор [Olga R. Grigoryan, MD, Doctor of Sciences, professor];

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4979-7420>; SPIN-код: 3060-8242; e-mail: iceberg1995@mail.ru

Шереметьева Екатерина Викторовна, к.м.н. [Ekaterina V. Sheremetyeva, MD, PhD];

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7177-0254>; SPIN-код: 9413-5136; e-mail: s1981k@yandex.ru

Абсатарова Юлия Сергеевна, к.м.н. [Yulia S. Absatarova, MD, PhD]; адрес: 117036,

г. Москва, ул. Дмитрия Ульянова, д. 11 [address: 11 Dm. Ulyanova street, 117036 Moscow, Russia];

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0696-5367>; e-mail: korsil2008@yandex.ru

ЦИТИРОВАТЬ

Михеев Р.К., Андреева Е.Н., Григорян О.Р., Шереметьева Е.В., Абсатарова Ю.С. История становления и развития лечебно-диагностического отделения эндокринной гинекологии ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России // *Вестник репродуктивного здоровья*. — 2024. — Т. 3. — №1. — С. 75-77. doi: <https://doi.org/10.14341/brh12721>

TO CITE THIS ARTICLE

Mikheev RK, Andreeva EN, Grigoryan OR, Sheremetyeva EV, Absatarova YS. History of establishment and formation of Endocrine gynecology Department of the Endocrinology Research Centre. *Bulletin of Reproductive Health*. 2024;3(1):75-77. doi: <https://doi.org/10.14341/brh12721>

