

РУКОВОДСТВО ПО КОНТРАЦЕПЦИИ

Под ред. проф. **В.Н.Прилепской**

Четвертое издание, дополненное



Москва
«МЕДпресс-информ»
2017

УДК 613.888

ББК 57.12

P85

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Автор и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Руководство по контрацепции / под ред. проф. В.Н.Прилеп-
P85 ской. – 4-е изд., доп. – М. : МЕДпресс-информ, 2017. – 464 с. : ил.
ISBN 978-5-00030-504-1

В настоящем руководстве представлены все аспекты современных методов предохранения от беременности. Авторы обобщили достижения в этой области на основе зарубежных и отечественных исследований. В разделе о гормональных методах контрацепции особое внимание уделено применению гормональных контрацептивов для лечения и профилактики гинекологических заболеваний.

В руководстве также представлены данные об особенностях контрацепции в различные периоды жизни женщины и при некоторых эндокринных заболеваниях. Отдельная глава посвящена вопросам мужской контрацепции. Внимание читателей обращено на методы обследования и наблюдения до и в процессе контрацепции, а также на методику и организацию консультирования пациенток. В книге приводятся рекомендации ВОЗ по медицинским критериям приемлемости методов контрацепции.

Руководство предназначено для акушеров-гинекологов, эндокринологов, а также для врачей других специальностей, интересующихся данной проблемой.

УДК 613.888

ББК 57.12

ISBN 978-5-00030-504-1

© Оформление, оригинал-макет. Издательство
«МЕДпресс-информ», 2014, 2017

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ

ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И.Кулакова» Минздрава РФ
Российское общество по контрацепции

В.Н.Прилепская – д.м.н., зам. дир. по научной работе ФГБУ, проф., засл. деятель науки РФ, президент Российского общества по контрацепции

В.Н.Серов – академик РАН, засл. деятель науки РФ, президент Российского общества акушеров-гинекологов

Н.М.Назарова – д.м.н., отв. секретарь проекта

Е.А.Межевитинова – д.м.н.

П.Р.Абакарова – к.м.н.

А.А.Куземин – к.м.н.

Ф.С.Ревазова – к.м.н.

А.В.Тагиева – к.м.н.

Е.В.Цаллагова – к.м.н.

В.В.Яглов – к.м.н.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений	6
Предисловие к 3-му изданию	8
Введение	9
Глава 1. История контрацепции	13
Глава 2. Современные методы контрацепции	33
Глава 3. Особенности контрацепции в различные периоды жизни женщины	265
Глава 4. Контрацепция у женщин с эндокринными заболеваниями	303
Глава 5. Мужская контрацепция	346
Глава 6. Обследование и наблюдение до и в процессе контрацепции	356
Глава 7. Методика и организация консультирования пациентов	362
Глава 8. Медицинские критерии приемлемости методов контрацепции (ВОЗ, 2009)	375
Приложение. Характеристика современных гормональных пероральных контрацептивов	393
Литература	443

ВВЕДЕНИЕ

Сохранение репродуктивного здоровья женщин и обеспечение безопасного материнства – приоритетная задача современной медицины во всем мире. Безусловно, она должна решаться комплексно с учетом социальных, экономических, демографических и медицинских проблем, стоящих перед обществом в целом и перед каждой страной в частности.

Россия на протяжении многих лет занимает одно из ведущих мест по числу аборт, пагубные последствия которых приводят к материнской смертности, нарушению репродуктивного здоровья, бесплодию, невынашиванию беременности, осложнениям беременности и родов, формированию целого ряда гинекологических заболеваний.

В связи с этим предотвращение аборт и их осложнений – одна из главных задач в сохранении репродуктивного здоровья женщины и залог рождения здорового потомства. Неоценимую роль в этом отношении играет рациональная контрацепция, значение которой для профилактики нежелательной на определенном этапе беременности, а следовательно и аборт, трудно переоценить.

Контрацепция существует в мире столько, сколько и само человечество, и на протяжении столетий совершенствовались ее методы.

С того периода, когда была образована Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), собравшая под своей эгидой известнейших ученых мира различных специальностей, проблеме контрацепции уделяется особое внимание. Научные разработки и клинические исследования в этой области знаний подтверждены большим и тщательно анализируемым клиническим опытом мирового сообщества. Созданы и апробированы различные методы, направленные не только на предупреждение нежелательной беременности и аборт, но и на лечение целого ряда заболеваний репродуктивной системы женщин: дисфункциональных маточных кровотечений, гиперпластических процессов эндометрия, эндометриоза, миомы матки, предменструального синдрома, дисменореи.

В клинической практике широко применяются гормональные, внутриматочные, барьерные, естественные методы контрацепции, арсенал которых ежегодно расширяется. Новейшие достижения последних лет позволяют осуществлять дифференцированный индивидуальный подход к назначению контрацепции в зависимости от состояния здоровья женщины, наличия сопутствующих гинекологических и экстрагенитальных заболеваний, предпочтения женщиной того или иного метода, переносимости лекарственного средства.

Основными направлениями научной деятельности в развитии методов контрацепции остаются снижение побочных эффектов контрацептивных препаратов, отсутствие их системного влияния на организм женщины, разработка методов контрацепции для пациенток с различными экстрагенитальными заболеваниями, усиление их лечебного и протективного эффектов. Уже появились и хорошо себя зарекомендовали контрацептивы, содержащие новые прогестины в комбинации с натуральным эстрадиолом, что позволило минимизировать влияние препаратов на липидный и углеводный обмен, а также добиться хорошего косметического эффекта при акне. Синтезирован номегэстрола ацетат, прогестаген с длительным периодом полувыведения (46 ч), благодаря которому его контрацептивная эффективность сохраняется даже в случае пропуска очередного приема препарата. Выпущены первые КОК, содержащие в своем составе усвояемую форму фолиевой кислоты (Джес Плюс и Ярина Плюс), что позволяет сочетать лечебно-профилактические и контрацептивные свойства современного КОК и рациональную прегравидарную подготовку. Вскоре появятся новые формы гормональной контрацепции, такие как вагинальный гель, применяемый перед коитусом и абсорбирующийся слизистой оболочкой влагалища, содержащий минимальную дозу левоноргестрела, достаточную для блокирования овуляции, кожный спрей с натуральным эстрадиолом, влагалищное кольцо с пролонгированной до 1 года длительностью контрацептивного действия и обладающее помимо контрацептивного противовирусным действием. Продолжается разработка модуляторов прогестагеновых рецепторов, оказывающих терапевтическое действие при миоме и эндометриозе, а также эффективных и безопасных мужских гормональных контрацептивов.

Только подготовленный клиницист, владеющий знаниями в этой области медицины, может правильно обосновать выбор

метода предохранения от беременности, осуществить наблюдение за пациенткой, определить стратегию и тактику ее наблюдения в процессе контрацепции.

В ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И.Кулакова» Минздрава РФ (НЦ АГиП) в течение многих лет разрабатываются и внедряются во врачебную практику научные и клинические основы контрацепции в рамках отечественных и международных программ, в тесном сотрудничестве с ведущими учеными смежных специальностей из научно-исследовательских институтов, кафедр, университетов.

На базе НЦ АГиП созданы постоянно действующие информационные центры по проблемам контрацепции, в которых ежегодно проходят обучение акушеры-гинекологи, терапевты и врачи других специальностей из различных регионов России, изданы монографии, методические рекомендации по различным методам предупреждения нежелательной беременности.

В настоящее время в связи с быстрым прогрессом в области контрацепции появилась необходимость в обобщении отечественного и зарубежного опыта в рамках руководства, которое охватывает все аспекты этого сложного и актуального раздела медицины.

В этой книге мы попытались объединить новейшие достижения в области контрацепции с собственным клиническим опытом, что, с нашей точки зрения, будет способствовать как выбору оптимального для пациентки метода, так и его последующей оценки.

Особое внимание уделено новейшим достижениям и новым возможностям в лечении гинекологических заболеваний с помощью контрацептивных гормонов и профилактике ряда заболеваний репродуктивной системы. В то же время в руководстве отражены возможные, в том числе нежелательные, системные эффекты преимущественно гормональной контрацепции.

В книге приводятся последние рекомендации ВОЗ (2009) по критериям приемлемости различных методов контрацепции, которые стандартизированы для использования во всем мире.

В 2012 г. также утверждены Национальные медицинские критерии приемлемости методов контрацепции. Россия стала третьей страной в мире после США и Великобритании, которая адаптировала критерии ВОЗ к условиям своей страны.

В клинической практике с проблемой контрацепции сталкиваются врачи самых различных специальностей, поэтому мы полагаем, что книга будет полезна не только акушерам-гинекологам, но и другим специалистам. Авторы ждут Ваших откликов и замечаний и примут их с благодарностью.

Глава 1.

ИСТОРИЯ КОНТРАЦЕПЦИИ

Человек пользовался методами контрацепции, предупреждая развитие беременности, с самого начала своего существования. Необходимость контроля за рождаемостью привела к созданию разнообразных методов контрацепции, которые применялись в первобытном обществе и существуют в настоящее время.

Уже в древней Африке были известны различные вещества растительного происхождения в форме кокона, который вводился глубоко во влагалище. В древней Африке был описан и *coitus interruptus* (прерванный половой акт).

В Америке индейцы, еще до появления выходцев из Европы, применяли после полового сношения промывание влагалища отваром из коры красного дерева и лимона. Они знали также, что после жевания петрушки у женщины в течение 4 дней возникает кровотечение.

Подобные способы применялись во всем мире. В Австралии, например, готовили противозачаточные смеси из экстракта пруда и фукуса. На Суматре и соседних островах, кроме того, применяли опий.

В Древнем Египте пользовались влагалищным тампоном, пропитанным отваром акации и медом (*Ebers papyrus*). По сведениям из «*Berlin papyrus*», для предупреждения беременности весьма эффективным было прогревание паром. По устным преданиям, женщины в контрацептивных целях использовали введение во влагалище помета крокодила.

В третьем разделе книги Бытия (*Genesis*) указано, что в древней Палестине естественным способом предупреждения беременности считалось «прерванное совокупление». Примерно в то же время Диаскоридес рекомендовал применение

мандрагоры. Сведения о применении отвара мандрагоры в целях предотвращения беременности встречаются в сочинениях древних авторов многократно.

Особо следует отметить, что на территории древней Палестины для предупреждения беременности существовали следующие рекомендации раввина Йоханана: «...Возьми древесный клей египетского шипа, квасцы и садовый шафран...».

В то время уже получили широкое распространение разнообразные тампоны и губки, которые после пропитывания их различными веществами вводили во влагалище, и которые предупреждали развитие беременности или вызывали преждевременное ее прерывание.

В I в. до нашей эры Диаскоридес рекомендовал промывание влагалища экстрактом или отваром ивового листа, считая, что «положение ивового листа перед зевом матки дает хороший эффект во многих отношениях».

Позже Соранус отмечал значение введения во влагалище смеси из кедра, смолы, квасцов и плодов граната. Во времена Римской империи считалось, что введение слоновьего помета во влагалище предупреждает наступление беременности.

Отношение к этим методам, например к помету слона или крокодила, должно учитывать условия и уровень развития данной эпохи. Тем не менее, не возникает сомнений, что помет слона и крокодила может изменять кислотность содержимого влагалища и таким образом оказывать противозачаточное действие.

Контрацепция с древних времен была в центре внимания на Дальнем Востоке. В Китае, например, для предупреждения беременности применяли различные вещества, помещенные в полость матки, главным же образом использовали ртуть, вводя ее во влагалище. В Японии использовали так называемый «киотаи», изготовленный из тонкой кожи, который при расположении в области наружного зева шейки матки предотвращал проникновение в нее сперматозоидов. Общеизвестен в Японии был и пропитанный маслом бамбуковый листок, который применялся аналогичным способом.

В Европе сохранились письменные указания о методах контрацепции, относящиеся к XII–XVIII вв. По *Спалазани*, раствор уксуса делает сперматозоиды неподвижными, неспособными попадать в полость матки и оплодотворять яйцеклетку. Использовались прежде всего тампоны из ваты и бумаги, пропитанные уксусной кислотой.

Великий покоритель женщин того времени Казанова говорил, что отлично предупреждает беременность лимонная корка, помещенная во влагалище. Хотя сегодня это вызывает улыбку, рекомендация не лишена здравого смысла, учитывая, что кислая среда неблагоприятно действует на подвижность сперматозоидов.

В соответствии с «кодексом Pray», предотвратить беременность может промывание влагалища отваром можжевельника, если его применяют сразу после полового акта. В Венгрии применяли спринцевание влагалища экстрактами и отварами алоэ, можжевельника, лаванды, петрушки и майорана.

В XX в. методы и способы контрацепции прогрессивно развивались. В 1933 г. была издана книга *Ноке*, в которой описаны уже 180 различных спермицидных веществ. В ходе последующих контролируемых исследований были разработаны определенные спермицидные противозачаточные средства, которые можно было использовать в виде порошков, таблеток или влагалищных шариков.

Мужские презервативы из кожи животных применялись еще в древнем мире, но широкое распространение получили в первой половине XX в. Несколько позже появились резиновые презервативы, совершенствование надежности которых продолжалось вплоть до конца нашего столетия. Презервативы, обладая контрацептивным эффектом (к сожалению, не стопроцентным), имеют важное значение для предупреждения СПИДа. Следует особо отметить важную дату в первой половине XX в. – 1908 год, когда был изобретен шеечный колпачок.

Сведения об экстрактах из растений, которые применялись с контрацептивной и абортивной целью, приведены в таблице 1.1.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ВНУТРИМАТОЧНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

Достаточно полные и достоверные исторические сведения о том, когда, где и при каких обстоятельствах начали применять внутриматочную контрацепцию, отсутствуют. Известно лишь, что еще в глубокой древности в некоторых африканских племенах кочевники вводили мелкие камешки в полость матки верблюдиц с целью предупреждения беременности во время длительных и трудных караванных переходов (Speroff L., 1996).

Таблица 1.1

**Растительные контрацептивы и abortивные средства
народной медицины (Шерегей Д., 1973)**

Наименование растения	Место применения (страна и регион)	Способ и цель применения
Ананас (<i>Ananas fructus</i>)	Малайя	Женщины пили сок незрелого фрукта в течение нескольких дней, вызывая бесплодие
Можжевельник (<i>Juniperus sabina</i>)	Средняя Европа	Для предупреждения зачатия женщины пили отвар или масло
Корень имбиря (<i>Gei urbani radix</i>)	Северная Америка	Корень растения измельчали, варили и пили ежедневно для предупреждения зачатия
Молочай (<i>Taraxacum officinale</i>) – одуванчик	Северная Америка	Для предупреждения зачатия женщины еженедельно пили отвар растения
<i>Asparagus</i>	Южная Европа	Для предупреждения зачатия в течение длительного времени отваривали и пили ежедневно
<i>Arum maculatum</i>	Южная Америка	Индейцы пили отвар растения для подавления выработки сперматозоидов
Пастушья сумка (<i>Capsella bursa pastoris</i>)	Северная Европа	Для предупреждения зачатия незаметно подсыпали порошок в пищу женщины
Лопух (<i>Arctium lappa</i>)	Северная Америка	Для предупреждения зачатия индианки пили отвар растения как чай
Зеленый кокос	Острова Тихого океана и Ява	Для уменьшения плодовитости женщины пили молоко незрелого кокоса
Ланцетный подорожник (<i>Plantago lanceolata</i>)	Средняя Европа	Добавляли порошок растения в еду в целях уменьшения либидо и предупреждения зачатия
Омела (<i>Viscu album</i>)	Северная Америка	Индианки ежедневно пили чай из листьев растения для предупреждения зачатия

Таблица 1.1 (окончание)

Наименование растения	Место применения (страна и регион)	Способ и цель применения
Майоран (Majoraima hortensis)	Германия, Венгрия	Женщины пили чай во время менструации для обеспечения бесплодия в течение месяца (порошок растения также смешивали с медом и вводили во влагалище с помощью шерстяного тампона)
Горох (Pisum sativum)	Англия, Европа	Женщины использовали масло в качестве контрацептивного средства
Asa foetida + banan	Малайя	Женщины в целях предупреждения зачатия три раза в месяц ели эту смесь

Аналогичные средства использовались врачами Древней Греции. В частности, *Гиппократ* работал с полой свинцовой трубкой – зондом, с помощью которой он, возможно, проводил осмотры или устанавливал какие-то контрацептивы.

Предшественник современных внутриматочных средств – небольшое растение, служившее контрацептивом с начала XIX в. Его цветком прикрывали внутренний зев, а стебель помещали в цервикальный канал.

К концу XIX в. стали использовать специальные кнопки или шеечные колпачки в форме луковицы с боковыми ответвлениями, которые иногда вводили в полость матки. Они также применялись для фиксации матки в случае ее выпадения (Southern, 1975). Такие контрацептивы изготавливались из слоновой кости, обычного и черного дерева, стекла, оловянных сплавов, золота и платины с алмазами (Tatum H.J. et al., 1975).

В 1902 г. *Karl Hollweg* из Германии изобрел цервико-внутриматочный пессарий в виде металлической пружины (Speroff L., 1996; Thiery M., 1997). *Karl Pust* в 1923 г. сделал пессарий из шелка, скрученного в кольцо (вводилось в полость матки), которое крепилось к стеклянной ножке. Ножка с другого конца соединялась со стеклянной пластинкой, находящейся за пределами наружного зева шейки матки. Контрацептивы такой конструкции служили как бы мостиком между наружными половыми органами, влагалищем и верхними отделами

Глава 8.

МЕДИЦИНСКИЕ КРИТЕРИИ ПРИЕМЛЕМОСТИ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ (ВОЗ, 2009)

Использование таблиц

Рабочая группа разработала медицинские критерии как для начала, так и для продолжения использования всех методов контрацепции. Выделение критериев для продолжения применения метода контрацепции клинически значимо всякий раз в случае, если у женщины развивается какое-либо состояние (или заболевание) в этот период времени. Категории для начала применения метода контрацепции или продолжения его использования обозначены в колонках I (начало) и С (продолжение). Там, где I и С не обозначены, категория для начала и продолжения применения одна и та же.

На основании этой классификационной системы критерии для начала и продолжения использования каждого контрацептивного метода представлены в ряде таблиц. В первой колонке указано состояние (или заболевание). Некоторые состояния указаны раздельно для проведения различий между разными их степенями. В других колонках состояние для начала и/или продолжения применения метода контрацепции классифицируется в одну из четырех категорий, описанных ниже в зависимости от метода контрацепции.

В данном Приложении приводится сводная таблица, объединяющая медицинские критерии приемственности для гормональных методов контрацепции и ВМС, применяемых в РФ.

Классификация категорий

Необходимые медицинские критерии в этом документе основаны на методе работы, описанном выше, и имеют своей целью обеспечить адекватную степень безопасности при применении методов контрацепции. Каждое состояние отражает или характе-

ристику человека (например, возраст, состояние беременности) или имеющееся в анамнезе клиническое/патологическое состояние (например, сахарный диабет, артериальная гипертензия).

Все состояния, которые могут оказывать влияние на возможность использования каждого метода контрацепции, были классифицированы по одной из следующих четырех категорий.

1. Состояние, при котором нет ограничений для использования метода контрацепции.

2. Состояние, при котором преимущества от использования метода в целом превосходят теоретический или доказанный риск.

3. Состояние, при котором теоретический или доказанный риск в целом превосходит преимущества от использования метода.

4. Состояние, которое представляет неприемлемый риск для здоровья во время использования данного метода контрацепции.

Использование категорий на практике

Категории 1 и 4 говорят сами за себя. Состояния, отнесенные ко 2-й категории, указывают, что метод контрацепции в целом может использоваться, но при этом может потребоваться тщательное наблюдение. Назначение метода контрацепции женщине с состоянием, классифицированным как категория 3, требует тщательной оценки и доступности клинического наблюдения; у такой женщины следует принимать во внимание тяжесть состояния и возможность, практичность и приемлемость альтернативных методов. Для состояния, классифицированного как категория 3, использование метода обычно не рекомендуется, за исключением случаев, когда другие, более подходящие методы недоступны или неприемлемы. Необходимо тщательное наблюдение.

Там, где возможности клинического контроля ограничены, классификационная форма из четырех категорий может быть упрощена до двух. Согласно этому упрощению, категория 3 классификации указывает, что женщина по медицинским показаниям не может использовать данный метод контрацепции (см. таблицу далее).

**Использование классификационных категорий
в зависимости от возможности клинического
наблюдения**

Категория	Есть возможность клинического наблюдения (контроля)	Ограничение клинического наблюдения (контроля)
1	Использование метода без ограничений	Да (использовать метод)
2	В целом возможно использование метода	
3	Использовать метод обычно не рекомендуется за исключением случаев, когда другие, более подходящие методы недоступны и неприемлемы	Нет (не использовать метод)
4	Метод не может быть использован	

Суммарные таблицы

КОК – комбинированные оральные контрацептивы

К/П – вагинальное кольцо и контрацептивный пластырь

ЧПТ – чисто прогестиновые таблетки

ДМПА – депо медроксипрогестерона ацетата

Имп – левоноргестрел- и этоноргестрелвысвобождающие имплантаты

Cu-ВМС – медьсодержащее внутриматочное средство

ЛНГ-ВМС – левоноргестрелвысвобождающее внутриматочное средство

ГВ – грудное вскармливание

I = начало, С = продолжение

СОСТОЯНИЕ		КОК	К/П	ЧПТ	ДМПА	Имп	Cu-ВМС	ЛНГ-ВМС
ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ								
БЕРЕМЕННОСТЬ		4	4	4	4	4	4	4
ВОЗРАСТ		От менархе до 40=1 >40=2		От менархе до 18=1 18-45=1 >45=1		От менархе до 18=1 18-45=1 >45=2		От менархе до 20=2 >20=1
РЕПРОДУКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ								
а) нерожавшая		1	1	1	1	1	2	2
б) рожавшая		1	1	1	1	1	1	1

СОСТОЯНИЕ	КОК	К/П	ЧПТ	ДМПА	Имп	Су-ВМС	ЛНГ-ВМС
КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ							
a) <6 нед. после родов	4	4	3	3	3		
b) от 6 нед. до 6 мес. (в основном кормление грудью)	3	3	1	1	1		
c) >6 мес. после родов	2	2	1	1	1		
ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД (женщины, не кормящие грудью)							
a) <21 дня	3	3	1	1	1		
b) >21 дня	1	1	1	1	1		
ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД (женщины после кесарева сечения, как кормящие, так и не кормящие грудью)							
a) <48 ч						2	1 – без ГВ 3 – ГВ
b) >48 ч до <4 нед.						3	3
c) >4 нед.						1	1
d) послеродовой сепсис						4	4
ПОСЛЕ АБОРТА							
a) I триместр	1	1	1	1	1	1	1
b) II триместр	1	1	1	1	1	2	2
c) Недавний септический аборт	1	1	1	1	1	4	4

СОСТОЯНИЕ	КОК	К/П	ЧПТ	ДМПА	Имп	Су-ВМС	ЛНГ-ВМС
ЭКТОПИЧЕСКАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ В АНАМНЕЗЕ	1	1	2	1	1	1	1
НАЛИЧИЕ В АНАМНЕЗЕ ОПЕРАЦИЙ В ОБЛАСТИ МАЛОГО ТАЗА (включая кесарево сечение) (см. также вмешательства после родов)	1	1	1	1	1	1	1
КУРЕНИЕ							
а) Возраст <35 лет	2	2	1	1	1	1	1
б) Возраст >35 лет							
(I) <15 сигарет/сут.	3	3	1	1	1	1	1
(II) >15 сигарет/сут.	4	4	1	1	1	1	1
ОЖИРЕНИЕ							
индекс массы тела							
>30 кг/м ²	2	2	1	2	1	1	1
ИЗМЕРЕНИЕ АД НЕВОЗМОЖНО	4	4	4	4	4	4	4
БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ							
МНОЖЕСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНЫХ БСК (таких как пожилой возраст, курение, диабет и гипертензия)	3/4	3/4	2	3	2	1	2

СОСТОЯНИЕ	КОК	К/П	ЧПТ	ДМПА	Имп	Су-ВМС	ЛНГ-ВМС
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ							
а) Наличие в анамнезе гипертензии и когда АД НЕЛЬЗЯ измерить (включая гипертонию во время беременности)	3	3	2	2	2	1	2
б) Адекватно контролируемая гипертензия, когда АД МОЖНО измерить	3	3	1	2	1	1	1
с) Повышенный уровень АД (тщательно проведенные измерения)							
(I) систолическое 140–159 или диастолическое 90–99	3	3	1	2	1	1	1
(II) систолическое > 160 или диастолическое > 100	4	4	2	3	2	1	2
д) Сосудистые заболевания	4	4	2	3	2	1	2
НАЛИЧИЕ В АНАМНЕЗЕ ПОВЫШЕНИЯ ДАВЛЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ (если при текущих измерениях АД в пределах нормы)	2	2	1	1	1	1	1
ТРОМБОЗ ГЛУБОКИХ ВЕН (ТГВ)/ТЭЛА							
а) Наличие в анамнезе ТГВ/ТЭЛА	4	4	2	2	2	1	2
б) ТГВ/ТЭЛА в настоящее время	4	4	3	3	3	1	3

ПРИЛОЖЕНИЕ

ХАРАКТЕРИСТИКА СОВРЕМЕННЫХ ГОРМОНАЛЬНЫХ ПЕРОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ

1. Комбинированные гормональные пероральные контрацептивы

1.1. Оральные контрацептивы с натуральным эстрадиолом

Название	Состав	Примечания
Клайра	Эстрадиола валерат 2 мг; диеногест 3 мг	Трехфазный препарат с антианδροгенным и антиминералокортикоидным эффектом
Зоэли 24/4	Эстрадиола гемигидрат 1,55 мг; номегэстрола ацетат 2,5 мг	Монофазный высокоэффективный препарат с антиэстрогенным и антианδροгенным эффектом

1.2. Эстроген-гестагенные препараты IV поколения

Название	Состав	Примечания
Джес 24/4	ЭЭ 20 мкг; дроспиренон 3 мг	Монофазный низкодозированный препарат с антианδροгенным эффектом
Модэлли Тренд 24/4	ЭЭ 20 мкг; дроспиренон 3 мг	
Димиа	ЭЭ 20 мкг; дроспиренон 3 мг	
Жанин	ЭЭ 30 мкг; диеногест 2 мг	
Силует	ЭЭ 30 мкг; диеногест 2 мг	
Мидиана	ЭЭ 30 мкг; дроспиренон 3 мг	
Модэлли Про	ЭЭ 30 мкг; дроспиренон 3 мг	
Ярина	ЭЭ 30 мкг; дроспиренон 3 мг	Монофазный низкодозированный препарат + легкоусвояемая форма фолатов. Обладает антианδροгенным эффектом и может использоваться в прегравидарной подготовке
Ярина Плюс	ЭЭ 30 мкг; дроспиренон 3 мг; кальция левомефолат 451 мкг	

Название	Состав	Примечания
Джес Плюс 24/4	ЭЭ 20 мкг; дроспиренон 3 мг; кальция левомефолат 451 мкг	Монофазный микродозированный препарат + легкоусвояемая форма фолатов. Обладает антиандрогенным эффектом и может использоваться в прегравидарной подготовке

1.3. Эстроген-гестагенные препараты III поколения

Название	Состав	Примечания
Логест	ЭЭ 20 мкг; гестоден 75 мкг	Монофазный микродозированный препарат
Линдинет 20	ЭЭ 20 мкг; гестоден 75 мкг	
Новинет	ЭЭ 20 мкг; дезогестрел 150 мкг	
Мерсилон	ЭЭ 20 мкг; дезогестрел 150 мкг	
Регулон	ЭЭ 30 мкг; дезогестрел 150 мкг	Монофазный низкодозированный препарат
Силест	ЭЭ 30 мкг; норгестимат 250 мкг	
Линдинет 30	ЭЭ 30 мкг; гестоден 75 мкг	
Фемоден	ЭЭ 30 мкг; гестоден 75 мкг	
Марвелон	ЭЭ 30 мкг; дезогестрел 150 мкг	
Три-Мерси	ЭЭ 35–30–30 мкг; дезогестрел 50–100–150 мкг	Трехфазный низкодозированный препарат

1.4. Эстроген-гестагенные препараты II поколения

Название	Состав	Примечания
Микрогинон	ЭЭ 30 мкг; ЛНГ 150 мкг	Монофазный низкодозированный препарат
Минизистон	ЭЭ 30 мкг; ЛНГ 125 мкг	
Модэлла Либер 84+7	ЭЭ 20 мкг; ЛНГ 100 мкг; ЭЭ 10 мкг	
Ригевидон	ЭЭ 30 мкг; ЛНГ 150 мкг	
Тризистон	ЭЭ 30–40–30 мкг; ЛНГ 50–75–125 мкг	Трехфазный низкодозированный препарат
Триквилар	ЭЭ 30–40–30 мкг; ЛНГ 50–75–125 мкг	
Три-Регол	ЭЭ 30–40–30 мкг; ЛНГ 50–75–125 мкг	

1.5. Препараты с антиандрогенным действием

Название	Состав	Примечания
Диане-35	ЭЭ 35 мкг; ципротерона ацетат 2 мг	Монофазный низкодозированный препарат с антиандрогенным эффектом
Модэлла Пьюр	ЭЭ 35 мкг; ципротерона ацетат 2 мг	
Беллуне-35	ЭЭ 35 мкг; ципротерона ацетат 2 мг	
Хлое	ЭЭ 35 мкг; ципротерона ацетат 2 мг	
Белара	ЭЭ 30 мкг; хлормадинона ацетат 2 мг	

2. Чисто прогестиновые контрацептивы

2.1. Контрацептивы и мини-пили

Название	Состав	Примечания
Чарозетта	Дезогестрел 75 мкг	Монофазный препарат
Модэлла Мам	Дезогестрел 75 мкг	
Лактинет-Рихтер	Дезогестрел 75 мкг	
Эксклютон	Линэстренол 500 мкг	
Норколут	Норэтистерон 5 мг	

2.2. Препараты для экстренной контрацепции

Название	Состав	Примечания
Эскапел	ЛНГ 1,5 мг	Монофазный препарат
Постинор	ЛНГ 750 мкг	

3. Описание современных пероральных гормональных контрацептивов и рекомендации по их применению

БЕЛАРА

Производитель: Гедеон Рихтер (Венгрия).

Состав: 1 таблетка содержит 2 мг хлормадинона ацетата, 30 мкг ЭЭ.

Фармакологическое действие: монофазный комбинированный пероральный эстроген-гестагенный контрацептивный препарат. Угнетает секрецию гонадотропных гормонов, тормозит созревание фолликулов и препятствует процессу овуляции; повышает вязкость цервикальной слизи, препятствуя проникновению сперматозоидов в матку. Обладает антиандрогенными свойствами.



Показания: контрацепция. Рекомендуется использовать пациенткам с проявлениями гиперандрогении (утревой сыпью, себореей, гирсутизмом и андрогенной алопецией).

Противопоказания: повышенная чувствительность к компонентам препарата, тромбозы венозные и артериальные (в том числе в анамнезе), тяжелые или множественные факторы риска возникновения тромбозов, сахарный диабет с ангиопатиями, тяжелые заболевания печени (в том числе в анамнезе) до нормализации показателей печеночных тестов, синдром Дубина–Джонсона, синдром Ротора, доброкачественные или злокачественные опухоли печени (в том числе в анамнезе), серповидно-клеточная анемия, порфирия, выраженные нарушения липидного обмена, тяжелая артериальная гипертензия, атеросклероз, мигрень, эпилепсия, гормонозависимые злокачественные заболевания половых органов или молочных желез (в том числе при подозрении), воспалительные заболевания женских половых органов, вагинальное кровотечение неясной этиологии, идиопатическая желтуха или зуд, отосклероз со снижением слуха во время предшествующей беременности, беременность (в том числе подозреваемая), грудное вскармливание.

Применение при беременности и кормлении грудью: противопоказано. При диагностировании беременности прием препарата следует немедленно прекратить. Препарат уменьшает количество вырабатываемого молока и изменяет его консистенцию, поэтому при применении Белары грудное вскармливание следует прекратить.

Способ применения и дозы: таблетки следует проглатывать целиком, выбирая ту, которая маркирована соответствующим днем недели. Выбор определяется направлением стрелки на упаковке.

Прием начинают в 1-й день менструального цикла и продолжают ежедневно (предпочтительно в одно и то же время) в течение 21 дня. Затем следует 7-дневный перерыв, во время которого должно начаться менструальноподобное кровотечение. После 7-дневного перерыва следует возобновить прием из следующего блистера, независимо от того, прекратилось менструальноподобное кровотечение или нет.

ИААНЕ-35

Производитель: Байер Шеринг Фарма АГ (Германия).

Состав: в 1 драже содержится 35 мкг ЭЭ, 2 мг ципротерона ацетата.

Фармакологическое действие: комбинированный низкодозированный монофазный пероральный контрацептив с антиандрогенным эффектом.

Показания: контрацепция у женщин с явлениями андрогенизации, андрогензависимые заболевания у женщин: угри, особенно их выраженные формы, сопровождающиеся себорей, воспалительными явлениями с образованием узлов (папулезно-пустулезные угри, узелково-кистозные угри), андрогенная алопеция и легкие формы гирсутизма.

Противопоказания: тромбозы и тромбоэмболии, в том числе в анамнезе (тромбозы глубоких вен, ТЭЛА, инфаркт миокарда, цереброваскулярные нарушения), состояния, предшествующие тромбозу (в том числе транзиторные ишемические атаки, стенокардия), сахарный диабет, осложненный микроангиопатиями, наличие тяжелых или множественных факторов

