



Клинические рекомендации

Контрацепция. Наблюдение за применением противозачаточных средств.

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем:

Z30.0, Z30.1, Z30.2, Z30.3, Z30.4, Z30.5, Z30.8, Z30.9

Возрастная группа:
Взрослые/дети

Год утверждения:
2024

Разработчик клинической рекомендации:
ООО «Российское общество акушеров-гинекологов (РОАГ)»

Оглавление

<i>Оглавление</i>	2
<i>Список сокращений</i>	4
<i>Термины и определения.....</i>	5
<i>1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний).....</i>	7
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	7
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	7
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	7
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.....	7
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	8
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	9
<i>2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....</i>	9
2.1 Жалобы и анамнез	9
2.2 Физикальное обследование.....	9
2.3 Лабораторные диагностические исследования	10
2.4 Инструментальные диагностические исследования	11
2.5 Иные диагностические исследования	11
<i>3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения.....</i>	12
3.1 Консервативное лечение.....	12
3.1.1 Гормональные методы контрацепции.....	12
3.2 Хирургическое лечение	15
<i>4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов</i>	16
<i>5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....</i>	16
<i>6. Организация оказания медицинской помощи.....</i>	17
<i>7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)</i>	17
<i>Критерии оценки качества медицинской помощи</i>	19
<i>Список литературы.....</i>	20

<i>Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....</i>	25
<i>Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций.....</i>	28
<i>Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.</i>	30
<i>Приложение Б. Алгоритмы действий врача.....</i>	31
Алгоритм обследования пациенток перед назначением контрацепции [1]	34
Алгоритм перевода пациенток с комбинированных оральных контрацептивов на менопаузальную гормональную терапию [43].....	35
<i>Приложение В. Информация для пациента</i>	37
<i>Приложение Г1-ГН Шкалы оценки, вопросы и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.....</i>	38
Приложение Г1 Эффективность применения методов контрацепции при надлежащем и типичном применении	38
Приложение Г2 Препараты для гормональной контрацепции, зарегистрированные на территории Российской Федерации	Ошибка! Закладка не определена.
Приложение Г3 Клинико-фармакологические эффекты гормональных контрацептивов [6][45][46][47][48][41][49][50].....	Ошибка! Закладка не определена.
Примечание: «(+)» очень малая активность в терапевтических дозах Г4 Лечебные и профилактические эффекты гормональных контрацептивов у женщин, заинтересованных в контрацепции.....	40
Приложение Г5 Критерии приемлемости назначения контрацептивных препаратов из различных групп исходя из критериев безопасности [1][18].....	44

Список сокращений

АГ – артериальная гипертензия
АД – артериальное давление
АМК – аномальное маточное кровотечение
АФС – антифосфолипидный синдром
АТ – артериальные тромбозы (инфаркт, инсульт)
ВЗОМТ - воспалительные заболевания органов малого таза
ВМС – внутриматочная спираль
ВТЭ – венозная тромбоэмболия
ГК – гормональные контрацептивы
ИМТ - индекс массы тела
ИППП - инфекции, передающиеся половым путем
КГК – комбинированные гормональные контрацептивы
КОК – комбинированные оральные контрацептивы (по АТХ – Прогестагены и эстрогены (фиксированные сочетания))
ЛНГ-ВМС – левоноргестрел-высвобождающая внутриматочная система (левоноргестрел в форме системы внутриматочной терапевтической)
МГТ – менопаузальная гормонотерапия
МОФ - методы отслеживания fertильности
ОКДД – обратимая контрацепция длительного действия
ОМК – обильное менструальное кровотечение
ОТ – окружность талии
ПОК – прогестиноный оральный контрацептив (по АТХ - Гестагены)
РМЖ – рак молочной железы
СПЯ – синдром поликистозных яичников
ТГВ – тромбоз глубоких вен
ТС – трансдермальная система
ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии

Термины и определения

Контрацепция (от лат. «contra» (против) и «(con) ceptio» (зачатие), *contraceptio*) - это предупреждение беременности при помощи применения методов обратимого (гормональные и негормональные) или необратимого (хирургическая стерилизация) действия [1].

Обратимая контрацепция длительного действия (ОКДД, long-acting reversible contraceptives, LARCs) включает подкожные, интравагинальные или внутриматочные методы предохранения от беременности долгосрочного действия, которые необходимо использовать 1 раз в месяц, в 3 года или каждые 5-6 лет [1][2].

Комбинированные гормональные контрацептивы (КГК) — группа гормональных контрацептивов для предупреждения нежелательной беременности, содержащая два вида гормонов — эстрогены и прогестины, являющихся синтетическими аналогами естественных гормонов эстрадиола и прогестерона (по АТХ - Гестагены) [1][2]

Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) - группа пероральных контрацептивов, содержащих комбинацию эстрогена и прогестина (по АТХ Гестагены и эстрогены фиксированные сочетания) [1].

Прогестиновые оральные контрацептивы (ПОК) - группа пероральных контрацептивов, содержащих только прогестин - синтетические стероиды, обладающие свойствами схожими с прогестероном [1].

Внутриматочная спираль (ВМС) – это контрацептивные средства длительного действия. Могут содержать металлы (медь, серебро, золото).

Внутриматочная система, высвобождающая левоноргестрел (ЛНГ-ВМС) - это контрацептивные средства длительного действия (5-6 лет). Содержат гормон (левоноргестрел) (МНН левоноргестрел, в форме системы внутриматочной терапевтической по АТХ – Пластиковые спирали с гестагенами) [1].

Контрацептивная трансдермальная система - накожный пластырь, из которого непрерывно высвобождаются в кровь два гормона – этинилэстрадиол и норэлгестромин (Норэлгестромин + Этинилэстрадиол в форме выпуска пластырь трансдермальный).

Комбинированное контрацептивное кольцо - комбинированный гормональный контрацептив для интравагинального применения - гибкое кольцо, содержащее 2,7 мг этинилэстрадиола и 11,7 мг этоногестрела, МНН Этинилэстрадиол + ЭтоНогестрел [1].

Контрацептивный имплантат - рентгеноконтрастный стержень, содержащий этоногестрел и помещенный в стерильный одноразовый аппликатор для подкожного применения (по АТХ - Гестагены) [1].

Неотложная (экстренная, посткоитальная) контрацепция – это метод контрацепции, применяемый женщинами в течение нескольких часов или дней после незащищенного полового акта с целью предотвращения беременности, прежде чем она наступит; показания: незащищенный половой акт, неправильное или неудачное использование методов контрацепции, сексуальное насилие, когда женщина не была защищена эффективным методом контрацепции [1].

Спермициды – вещества, уничтожающие сперматозоиды, которые вводятся глубоко во влагалище (близко к шейке матки) перед половым актом [3]

Диафрагма – латексный или пластиковый колпачок, закрывающий шейку матки [1].

Шеечный колпачок – мягкий, глубокий колпачок из латекса или резинопластмассы, плотно охватывающий шейку матки [1].

Методы отслеживания фертильности - определение фертильных дней в течение менструального цикла, либо наблюдение за признаками фертильности (такими, как цервикальная секреция и базальная температура), либо путем подсчета дней цикла [1].

Хирургическая стерилизация - специальное вмешательство с целью лишения человека способности к воспроизведству потомства или как метод необратимой контрацепции [1].

Мужской презерватив – метод барьерной контрацепции [1].

Женский презерватив представляет собой чехол, изготовленный из тонкой, мягкой прозрачной пластмассовой пленки, которая свободно выстилает стенки влагалища [1].

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Контрацепция (от лат. «contra» (против) и «(con) ceptio» (зачатие), *contraceptio*) - это предупреждение беременности при помощи применения методов обратимого (гормональные и негормональные) или необратимого (хирургическая стерилизация) действия. Временное предупреждение беременности обеспечивается при помощи применения гормональных (КОК, вагинальное кольцо, пластирь, или ПОК, ЛНГ-ВМС, имплантат), химических (крем, свечи, вагинальные таблетки), механических (презервативы, шеечные колпачки и прочие) противозачаточных средств, а также биологических методов отслеживания фертильности. К необратимым методам контрацепции относится хирургическая стерилизация [1, 2, 4].

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

В настоящее время во многих странах мира наблюдается снижение рождаемости [5]. Контрацепция позволяет людям самостоятельно регулировать планирование беременности и является методом профилактики ряда заболеваний репродуктивной системы [6]. Информация о методах и средствах контрацепции имеет решающее значение как для реализации их репродуктивных прав, так и для охраны здоровья населения в целом [2, 7].

Стратегии предотвращения нежелательных беременностей включают оказание помощи женщинам, подвергающимся риску их наступления, и их партнерам с выбором подходящего эффективного и безопасного метода контрацепции и правильного его использования. Использование различных методов контрацепции (гормональных и негормональных) возможно, при необходимости, начиная с менархе.

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

На основании результатов выборочного исследования «Современные приоритеты контрацептивного поведения российских женщин трудоспособного возраста» 2021 года отмечено, что женщины недостаточно используют эффективные методы контрацепции [8].

Согласно данным популяционного исследования, информированность о современных методах контрацепции в России следующая: презервативы - 98%, КОК - 87%, ВМС с медью - 71%, гормональные рилизинг-системы - 30–56%. В то же время наиболее используемыми средствами являются: презервативы - 45%, КОК - 30% и прерванный половой акт - 23% [9].

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

Шифр по Международной классификации болезней МКБ – 10:

Z30: Наблюдение за применением противозачаточных средств

Z30.0 Общие советы и консультации по контрацепции

Z30.1 Введение (внутриматочного) противозачаточного средства

Z30.2 Стерилизация

Z30.3 Вызывание менструаций

Z30.4 Наблюдение за применением противозачаточных лекарственных средств

Z30.5 Наблюдение за применением (внутриматочного) противозачаточного средства

Z30.8 Другой вид наблюдения за применением контрацепции

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Методы контрацепции, зарегистрированные в Российской Федерации, подразделяются [1]:

- по обратимости эффекта: обратимая и необратимая;
- по составу: гормональная и негормональная.

Гормональные методы контрацепции (см. Приложение Г2) [1]:

1. Комбинированные оральные контрацептивы

- а) монофазные КОК - на протяжении приема ежедневно в организм женщины поступает одноковая доза эстрогена и прогестина, режимы: 21/7, 24/4, 84/7 [10] [11];
- б) многофазные КОК - доза эстрогена и прогестина различается на протяжении цикла, режимы 21/7, 26/2.

2. Конtraceпtивы, содержащие только прогестин:

ПОК (по ATX – Гестагены);

3. Гормональные рилизинг-системы [11][12]:

- а) имплантационные (этоногестрел) (по ATX - Гестагены),
- б) внутриматочные (ЛНГ-ВМС, по ATX – пластиковые спирали с гестагенами),
- в) вагинальные (этинилэстрадиол + этоногестрел) (по ATX - кольца интравагинальные прогестаген- и эстрогенсодержащие),
- г) трансдермальные (этинилэстрадиол + норэлгестромин) (по ATX Гестагены и эстрогены фиксированные сочетания).

Негормональные методы [1]:

1. внутриматочные контрацептивные средства (металлосодержащая ВМС);
2. спермицидные контрацептивы;
3. барьерные средства;
4. хирургическая стерилизация;
5. методы отслеживания fertильности (оценка состояния шеечной слизи и диагностические наборы, оценивающие уровни гормонов).

Эстрогены, входящие в состав КГК:

- синтетический эстроген (этинилэстрадиол);
- биоидентичный эстроген (эстрадиола валерат, эстрадиола гемигидрат, эстетрол).

Прогестины, входящие в состав гормональных контрацептивов, подразделяются на 3 группы [11] [13]:

- производные прогестерона: ципротерона ацетат, хлормадиона ацетат, номегестрола ацетат,
- производные тестостерона:
 - I поколение: норэтистерон,
 - II поколение: левоноргестрел,
 - III поколение: дезогестрел, этоногестрел гестоден, диеногест, норэлгестромин.
- производное спиронолактона: дроспиренон.

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Не применимо.

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

2.1 Жалобы и анамнез

- **Рекомендован** подробный сбор личного и семейного анамнеза для подбора эффективного и безопасного метода контрацепции [1][6][14].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Сбор анамнеза должен включать следующие данные пациентки [1]:

- возраст,
- индекс массы тела (ИМТ),
- статус курения (включая количество выкуриваемых сигарет в день),
- грудное вскармливание в настоящее время,
- планирование беременности,
- существующая или планируемая иммобилизация или планируемое большое хирургическое вмешательство,
- сосудистые осложнения во время беременности (тяжелая преэклампсия, отслойка плаценты и пр.) или повторные самопроизвольные выкидыши неустановленного генеза
- венозная тромбоэмболия (ВТЭ), в т.ч. тромбоз глубоких вен (ТГВ) и тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), в настоящее время или в анамнезе,
- отягощенный семейный анамнез по ВТЭ (особенно актуально, если они являются родственниками первой степени родства; пациента необходимо спросить о возрасте на момент ВТЭ, типе ВТЭ и потенциальных триггерах ВТЭ, чтобы выявить гормонально-связанные и неспровоцированные события) известные выявленные генетические факторы тромбофилии высокого риска у пациентки или ее родственников,
- рак молочной железы (РМЖ), инсульт, тромбоз вен нижних конечностей или легких, инфаркт миокарда или другие серьезные заболевания сердечно-сосудистой системы, мигрень с аурой, заболеванием желчевыводящих путей, диабет в течение предыдущих 20 лет, диабетическое повреждение артериальных сосудов, органов зрения, почек или нервной системы, вагинальные кровотечения неуточненной этиологии,
- данные лекарственного анамнеза (так как ряд препаратов может снизить эффективного гормональной контрацепции),
- сопутствующие гинекологические заболевания,
- аллергические реакции

2.2 Физикальное обследование

- **Рекомендовано** всем пациенткам проведение визуального осмотра наружных половых органов и бимануального влагалищного исследования для диагностики патологии вульвы, влагалища, шейки матки и органов малого таза [1][6]¹.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано всем пациенткам визуальное исследование и пальпация молочных желез для диагностики патологии молочной железы [1][6]¹.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано всем пациенткам измерение окружности талии (ОТ) как ключевого показателя абдоминального/висцерального ожирения [6][14].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано всем пациенткам определение массы тела, роста и вычисление ИМТ для диагностики избыточной массы тела и ожирения [1].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

- Рекомендовано всем пациенткам измерение уровня артериального давления (АД) [6][14].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3)

2.3 Лабораторные диагностические исследования

Обследование пациенток проводится в соответствии с действующими нормативными документами, в первую очередь - приказом Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (с изменениями и дополнениями), приказом от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».

- Рекомендовано микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов перед введением ВМС или перед подбором влагалищных методов контрацепции для оценки состояния микробиоценоза влагалища [1][16].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- В группе женщин повышенного риска по инфекциям, передаваемым половым путем (ИППП) (при частой смене половых партнеров, при наличии рецидивирующих вагинитов, при наличии факторов риска, связанных с сексуальным поведением) рекомендовано дополнительно проведение обследования на наличие возбудителей ИППП (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma genitalium*) с использованием стандартных лабораторных исследований для верификации возбудителя (см. соответствующие клинические рекомендации) [1][16].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

¹ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020 г. N 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (с изменениями и дополнениями).

² Приказ от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»

2.4 Инструментальные диагностические исследования

Обследование пациенток проводится в соответствии с действующими нормативными документами, в первую очередь - приказом Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020 г. N 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (с изменениями и дополнениями), приказом от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения». При наличии данных проведенного обследования по результатам прохождения диспансеризации (УЗИ органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное), соответствующие инструментальное обследование молочных желез, скрининг на заболевания шейки матки), дополнительно данное обследование не проводятся. При отсутствии результатов диспансеризации, необходимо назначить пациентке указанные методы обследования.

- Ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансабдоминальное или трансвагинальное) рекомендовано перед планированием гормональной контрацепции или введением ВМС для выявления/исключения патологии органов малого таза [1]¹.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- УЗИ молочных желез (до 40 лет и по показаниям при достижении возраста 40 лет) / маммографии (при достижении возраста 40 лет и по показаниям до 40 лет) с оценкой по шкале BI-RADS и классификацией маммографической плотности по ACR рекомендовано перед планированием гормональной контрацепции для исключения объемных образований молочной железы [1].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

2.5 Иные диагностические исследования

- **Рекомендовано** проведение количественного исследования уровня хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови женщинам с нерегулярным менструальным циклом для исключения беременности [1][6].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3).

¹ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020 г. N 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (с изменениями и дополнениями).

² Приказ от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»

Комментарии: при невозможности количественного исследования уровня хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови возможно проведение исследования мочи на хорионический гонадотропин.

- **Рекомендована** консультация смежных специалистов при наличии у пациенток коморбидных состояний, составляющих риск для применения конкретных методов контрацепции [1]
Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

- Рекомендован персонализированный выбор метода контрацепции в зависимости от пожеланий пациентки, возраста, данных анамнеза и образа жизни, физикального и клинико-лабораторного обследования, наличия жалоб и сопутствующих гинекологических и экстрагенитальных заболеваний, противопоказаний и наличии условий для использования конкретного метода контрацепции [1].
Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

3.1 Консервативное лечение

3.1.1 Гормональные методы контрацепции

- **Рекомендовано** начинать прием КГК до 5-го дня менструального цикла включительно (дополнительной контрацепции не требуется) [1, 6, 14].
Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: В некоторых случаях (при исключении беременности) возможно начинать прием КГК после 5 дня менструального цикла (в случае этинилэстрадиол-содержащего КГК) при условии использования барьерных методов контрацепции для предотвращения беременности в течение 7 дней [6].

- **Рекомендовано** при назначении КГК учитывать абсолютные противопоказания [1][17][18].
Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Противопоказано назначение КГК при следующих состояниях, информация о которых должна быть получена при подробном сборе анамнеза:

- ВТЭ, в т.ч. ТГВ и ТЭЛА в настоящее время или в анамнезе;
- артериальный тромбоз или тромбоэмболия (АТЭ), в т.ч. инфаркт миокарда и инсульт; транзиторная ишемическая атака, стенокардия;
- выявленная наследственная или приобретенная предрасположенность к ВТЭ или АТЭ, включая резистентность к активированному протеину С, гипергомоцистеинемию, дефицит антитромбина III, дефицит протеина С, дефицит протеина S, антифосфолипидные антитела (антитела к кардиолипину, волчаночный антикоагулянт), выявленные тромбогенные мутации высокого риска;

- наличие выраженных или множественных факторов риска ВТЭ или АТЭ или наличие одного из таких серьезных факторов риска, как сахарный диабет с диабетической ангиопатией, неконтролируемая АГ, тяжелая дислипопротеинемия;
 - объемные оперативные вмешательства с длительной иммобилизацией или обширная травма;
 - острые или хронические заболевания печени в настоящее время или в анамнезе (до нормализации показателей функциональных проб печени); злокачественные опухоли печени;
 - панкреатит с тяжелой гипертриглицеридемией в настоящее время или в анамнезе;
 - наличие гормонозависимых злокачественных заболеваний, в т.ч. половых органов и молочной железы, или подозрение на них;
 - мигрень с очаговой неврологической симптоматикой в настоящее время или в анамнезе;
 - кровотечение из половых путей неясной этиологии;
 - хроническая почечная недостаточность тяжелой степени или острая почечная недостаточность;
 - беременность, в т.ч. предполагаемая;
 - период грудного вскармливания;
 - совместное применение с противовирусными препаратами прямого действия, содержащими омбитаувир, паритапревир, дасабувир или комбинацию этих веществ;
 - гиперчувствительность к составляющим компонентам препарата.
- **Рекомендовано** информировать пациентку, принимающую КГК о факторах риска в период путешествий [6].
Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).
Комментарий: Во время путешествий следует избегать длительных периодов неподвижности (во время длительных перелетов следует рекомендовать периодически ходить, выполнять движения ногами, сидя в кресле) [6].
 - **Рекомендована** отмена приема КГК не менее чем за 4 недели до запланированной операции с длительной иммобилизацией [1][6][19].
Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)
 - **Рекомендовано** при выборе гормональных методов контрацепции учитывать их неконtraceptивные эффекты [1].
Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).
Комментарий: Ряд гормональных контрацептивов обладает следующими лечебными и профилактическими эффектами: снижение объема менструальной кровопотери и выраженности дисменореи, антиандrogenное действие, купирование симптомов предменструального синдрома и синдрома поликистозных яичников, лечение наружного генитального эндометриоза и гиперплазии эндометрия, а также профилактика повторных эпизодов апоплексии яичников и/или функциональных кист, снижение риска рака эндометрия, яичников и колоректального рака (при длительном приеме) [1][6]. (См. Приложение Г3, Г4)

- **Рекомендовано** применение ГК, содержащих только прогестины (по АТХ - Гестагены) при наличии противопоказаний к эстроген-содержащим препаратам, в период лактации, а также при желании пациентки [1, 6, 20].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: методы контрацепции, содержащие только прогестины (по АТХ - Гестагены) (прогестиновые контрацептивы, ПОК) включают в себя таблетки, имплантаты и ЛНГ-ВМС. Прием ПОК следует начинать до 5-го дня менструального цикла. Введение имплантата осуществляется в первые 5 дней менструального цикла под кожу верхней трети плеча. Срок действия имплантата составляет 3 года. ЛНГ-ВМС вводится в полость матки в первые 7 дней менструального цикла, а также в течение неосложненного послеабортного и послеродового периодов. В настоящее время в РФ зарегистрированы два вида ЛНГ-ВМС: содержащая 52 мг ЛНГ (обеспечивает контрацепцию на срок до 6 лет или на срок до 5 лет при наличии других показаний); содержащая 19,5 мг ЛНГ – на срок до 5 лет. Установка имплантата и ВМС осуществляется врачом-акушером-гинекологом, владеющим техникой данных манипуляций. Рутинная антибиотикопрофилактика при введении ВМС не показана.

- **Рекомендовано** применение средств неотложной (экстренной) контрацепции в течение нескольких часов или дней после незащищенного полового акта с целью предотвращения беременности [1][6].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: При корректном применении по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) экстренная контрацепция (ЭК) может предотвратить более 95% нежелательных беременностей. После использования ЭК женщина может возобновить или инициировать регулярный метод контрацепции. В качестве средств ЭК используются: таблетки экстренной контрацепции (ТЭК), содержащие левоноргестрол (ЛНГ) - по АТХ – Левоноргестрол или мифепристон – по АТХ - Мифепристон, КОК по методу Юзпе (по АТХ - (по АТХ – Прогестагены и эстрогены (фиксированные сочетания)) и медьсодержащие внутриматочные спирали – по АТХ - Внутриматочные контрацептивы. ТЭК с ЛНГ следует назначать в течение 72 часов после полового акта, вероятность наступления беременности снижается на 75%. ТЭК с ЛНГ принимается однократно в дозе 1,5 мг, или, в качестве альтернативы, в 2 дозах по 0,75 мг каждая, с интервалом в 12 часов. ТЭК с мифепристоном принимается однократно 1 таб. внутрь за 2 ч до или через 2 ч после приема пищи (в ближайшие 72 часа после полового контакта). Металлосодержащие ВМС могут быть использованы в течение пяти дней (120 часов) после незащищенного полового акта [1][6].

3.1.2 Негормональные методы контрацепции

- **Рекомендовано** применение негормональных методов контрацепции при наличии противопоказаний к гормональным препаратам, а также при желании пациентки [1][6].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: К негормональным методам контрацепции относятся металлосодержащие ВМС, мужской презерватив, женский презерватив, спермициды, диафрагма, шеечный колпачок, методы отслеживания fertильности. Презервативы при постоянном и правильном применении в 80-95% случаев предотвращают

возможное заражение ВИЧ-инфекцией, а также обеспечивают надежную профилактику ИППП. Женский презерватив вводится самостоятельно женщиной перед каждым половым контактом. В качестве спермицидов в России зарегистрированы бензалкония хлорид, миристалкония хлорид и ноноксинол. Спермициды выпускаются в виде вагинальных суппозиториев, таблеток, капсул, крема, которые могут использоваться самостоятельно, либо в сочетании с диафрагмами или презервативами. Спермициды должны использоваться при каждом половом акте. Диафрагмы, шеечные колпачки различаются по размеру, поэтому они должны индивидуально подбираться врачом-акушером-гинекологом. Календарные методы предусматривает непрерывный учет дней менструального цикла в целях определения времени начала и окончания фертильного периода. Женщины, не планирующие беременность, должны быть осведомлены о низкой эффективности прерванного полового акта. Металлосодержащие ВМС могут быть введены в полость матки в первые дни менструального цикла, а также в течение неосложненного послеабортного и послеродового периодов. При переходе от другого метода контрацепции металлосодержащие ВМС вводятся немедленно, если есть достаточная уверенность, что женщина не беременна. Ожидание следующего менструального цикла не требуется [21][22].

Противопоказания к использованию метода внутриматочной контрацепции [1, 2, 6]:

- послеродовый период от 48 часов до 4-х недель как кормящим, так и некормящим женщинам (категория ВОЗ III);
- послеродовый сепсис (категория ВОЗ IV);
- острый тромбофлебит (категория III для ЛНГ- ВМС и категория II – для металлосодержащей ВМС);
- антифосфолипидный синдром (категория III для ЛНГ- ВМС и категория I – для металлосодержащей ВМС);
- гестационная трофобластическая болезнь (категория ВОЗ III - IV);
- рак шейки матки в ожидании терапии (категория ВОЗ IV);
- рак эндометрия в настоящий момент (категория IV);
- рак яичников в настоящий момент (категория III);
- миома матки, деформирующая полость (категория IV);
- любые врожденные и приобретенные аномалии матки, приводящие к деформации ее полости (категория IV);
- наличие ИППП в настоящий момент (категория ВОЗ IV) или имеющие риск заражения ИППП (несколько сексуальных партнеров и/или частые ИППП в прошлом) (категория ВОЗ III);
- кровянистые выделения неясной этиологии (до установления диагноза) (категория ВОЗ IV);
- установленный туберкулез половых органов (категория ВОЗ IV);
- тяжелый декомпенсированный цирроз печени (категория III для ЛНГ-ВМС и категория II – для металлосодержащего);
- гепатоцеллюлярнаяadenома и злокачественная гепатома (категория III для ЛНГ- ВМС и категория I – для металлосодержащего);
- ВИЧ инфицированные пациенты, находящихся на антиретровирусной терапии (категория ВОЗ II - III);
- осложненная несостоятельность трансплантата внутренних органов (острая или хроническая), с васкулопатией пересаженного сердца (категория ВОЗ III).

3.2 Хирургическое лечение

- **Рекомендовано** проведение вазэктомии у мужчин или стерилизации маточных труб у женщин, заинтересованных в необратимой контрацепции (при наличии информированного добровольного согласия) [1][6].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Медицинские показания для хирургической стерилизации определены Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 18 марта 2009 г. № 121н «Об утверждении перечня медицинских показаний для медицинской стерилизации»¹. Добровольная хирургическая стерилизация мужчин и женщин является средством постоянной необратимой контрацепции, предназначена для лиц, не планирующих больше деторождение. В РФ проведение медицинской стерилизации регламентируется Статьей 54 раздела VI «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»²: «Медицинская стерилизация как специальное вмешательство с целью лишения человека способности к воспроизведству потомства или как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина не моложе тридцати пяти лет или имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний и согласии гражданина – независимо от возраста и наличия детей». Существует три наиболее распространенных метода хирургической стерилизации женщин: хирургическое удаление (полное или частичное) маточных труб; хирургическая перевязка или пересечение маточных труб; окклюзия маточных труб путем коагуляции, наложения клипс, фиксаторов, пробок.

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Специфической реабилитации нет.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

При динамическом наблюдении на фоне применения гормональной контрацепции врачу-акушеру-гинекологу необходимо оценить переносимость, соблюдение правил приема, также провести измерение АД и определение ИМТ.

Пациентка должна быть предупреждена о возможности нерегулярных кровянистых выделений, которые связаны с периодом адаптации, составляющим около 3 циклов приема препарата.

¹ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 18 марта 2009 г. № 121н «Об утверждении перечня медицинских показаний для медицинской стерилизации»

² Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 25.12.2023) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.04.2024). статья 57. Медицинская стерилизация.

6. Организация оказания медицинской помощи

Организация консультативного приема, при котором подразумевается подбор контрацептивного средства, включает, в первую очередь, оценку безопасности назначения препаролов для пациентки, в связи с чем необходим тщательный детальный сбор анамнеза. При выявлении факторов риска ассоциированных осложнений показано применение дополнительных методов обследования и консультирование смежными специалистами. Безопасность и надлежащее назначение методов контрацепции осуществляется согласно критериям приемлемости контрацепции и регламентировано содержанием официальной инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата, зарегистрированной в государственном реестре Министерства Здравоохранения Российской Федерации (реестр доступен по ссылке <https://grls.rosminzdrav.ru/>). Процесс совместного выбора метода контрацепции должен быть конфиденциальным и взвешенным, принятие решения о начале использования метода должно быть основано на полной осведомленности пациентки об эффективности, безопасности и ассоциированных рисках, а также при высокой убежденности в заинтересованности пациентки в предохранении от наступления беременности [23].

Прием КГК связан с повышенным риском ВТЭ (в 3–3,5 раз выше по сравнению с женщинами, не принимающими КГК) [24][25][26], однако абсолютный риск остается небольшим (от 5 до 12 на 10 000 женщин в год по сравнению с 2 на 10 000 женщин, не принимающих КГК) [27].

У женщин со средним популяционным риском РМЖ по мере увеличения длительности приема КОК отмечено незначительное повышение риска РМЖ. Каждые дополнительные 10 лет применения КОК ассоциированы со значимым увеличением риска РМЖ на 14% (95% ДИ: 1.05-1.23) [24]. У женщин с наличием семейного анамнеза РМЖ и носительством патогенных вариантов в генах *BRCA1* и *BRCA2* риск РМЖ при использовании КОК соответствует общепопуляционному риску [1], [74].

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

7.1 Контрацепция в перименопаузе

С возрастом снижается фертильность, частота половых контактов, качество и количество ооцитов, а соответственно и число беременностей: к 45 годам фертильность снижается до 100 беременностей на 1000 женщин в год. Согласно критериям ВОЗ возраст женщины в качестве единственного фактора не может служить противопоказанием для использования доступных контрацептивных методов [31].

- **Рекомендовано** женщинам в перименопаузе при обращении по поводу контрацепции обсудить возможные методы контрацепции с учетом возраста и факторов риска [32][33][34].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарий: Надежная контрацепция должна быть использована в течение 2 лет после последней менструации у женщин в возрасте до 50 лет и в течение 1 года после менопаузы в возрасте старше 50 лет (до 55 лет при необходимости). Продолжительность и метод контрацепции обсуждаются индивидуально с пациенткой в зависимости от имеющихся факторов риска [6].

- **Рекомендовано** женщинам в перименопаузе при подборе метода контрацепции отдавать предпочтение негормональным методам контрацепции, КОК с биоидентичными эстрогенами или ЛНГ-ВМС [35][36][37][38][39].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии: КОК с биоидентичными эстрогенами обладают более благоприятным метаболическим профилем и менее выраженным влиянием на систему гемостаза по сравнению с препаратами с этинилэстрадиолом [40] [41][42].

7.3 Контрацепция и ожирение

- **Не рекомендовано** женщинам с ожирением применение контрацептивной трансдермальной системы в связи с возможным снижением ее эффективности [1][14].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: Эффективность ТС снижается у женщин с массой тела 90 и более кг, однако не было обнаружено корреляции с повышенным риском наступления беременности и величиной ИМТ [1][6]. Выбор метода контрацепции у пациенток с ожирением осуществляется после консультации смежных специалистов.

В связи с возможным снижением эффективности пероральных гормональных контрацептивов у женщин, перенесших бariatрическую операцию, связанную с мальабсорбтивным компонентом, необходима консультация врача-акушера-гинеколога для индивидуального подбора эффективного метода контрацепции [1][6]. При ожирении II-III степени ($ИМТ \geq 35 \text{ кг}/\text{м}^2$) предпочтительно использование ВМС (в том числе и ЛНГ-ВМС) или другого негормонального метода контрацепции [14].

7.4 Контрацепция в период лактации

Лактационная аменорея не является надежным методом контрацепции.

- **Рекомендовано** женщинам в период лактации использовать барьерные методы контрацепции или ГК, содержащие только прогестины (по АТХ - Гестагены) [1][18][20].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарий: Данные клинических исследований демонстрируют отсутствие негативного эффекта прогестинов (по АТХ - Гестагены) на показатели лактации и на здоровье новорожденных. При обращении за подбором метода контрацепции прогестиновые оральные контрацептивы могут быть в любое время после родов.

Не показано использование КГК в период грудного вскармливания.

Критерии оценки качества медицинской помощи

Проведен сбор анамнеза и жалоб	Да/Нет
Проведен визуальный осмотр наружных половых органов и бимануального влагалищного исследования для диагностики патологии вульвы, влагалища, шейки матки и органов малого таза	Да/Нет
Проведено визуальное исследование и пальпация молочных желез для диагностики патологии молочной железы	Да/Нет
Проведено измерение окружности талии (ОТ)	Да/Нет
Проведено измерение массы тела, роста и вычисление индекса массы тела (ИМТ)	Да/Нет
Проведено измерение уровня артериального давления	Да/Нет
Проведено ультразвуковое исследование органов малого таза комплексное (трансвагинальное и трансабдоминальное), маммография и/или УЗИ молочных желез	Да/Нет
Проведено количественного исследования уровня хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови у пациенток с нерегулярным менструальным циклом для исключения беременности	Да/Нет

Список литературы

1. Национальные медицинские критерии приемлемости методов контрацепции. Адаптированный документ «Медицинские критерии приемлемости использования методов контрацепции ВОЗ, 5-е издание, 2015». Москва; 2023.
2. Межевитинова Е.А., Назарова Н.М., Кепша М.А., Юррова М.В., Абакарова П.Р., Довлатханова Э.Р. и др. Обратимая контрацепция длительного действия: руководство для врачей. ГЭОТАР-Мед. Москва; 2024.<https://dx.doi.org/dx.doi.org/10.33029/9704-8421-0-LAR-2024-1-192>.
3. Serfaty D., Prilepskaya V., Graesslin O., Benifla J.-L., Aubin F., Verriere F., et al. Efficacy, safety and acceptability of a benzalkonium chloride spermicide cream in women aged 40 years and over needing contraception: A prospective multicentre study. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2023; 52(7):102616. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jogoh.2023.102616>.
4. NICE. Long-acting reversible contraception. Clinical guideline.
5. Bhattacharjee N. V, Schumacher A.E., Aali A., Abate Y.H., Abbasgholizadeh R., Abbasian M., et al. Global fertility in 204 countries and territories, 1950–2021, with forecasts to 2100: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet.* 2024; 403(10440):2057–99. [https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00550-6](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00550-6).
6. FSRH Guideline (January 2019) Combined Hormonal Contraception (Revision due by January 2024). *BMJ Sex Reprod Heal.* 2019; 45(Suppl 1):1–93. <https://dx.doi.org/10.1136/bmjsrh-2018-CHC>.
7. Аганезова Н.В., Андреева Е.Н., Баранов И.И., Долгушина НВ., Зароченцева Н.В., Карапалис 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. Под редакцией Г.Т.Сухих, В.Н.Прилепской. Национальные медицинские критерии приемлемости методов контрацепции. Адаптированный документ «Медицинские критерии приемлемости использования методов контрацепции ВОЗ, 5-е издание, 2015». 2023.
8. Армашевская О.В., Соколовская Т.А., Сененко А.Ш. Современные приоритеты контрацептивного поведения российских женщин трудоспособного возраста (по данным выборочного исследования). Акушерство и гинекология. 2021; (1):164–9. <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2021.1.164-169>.
9. Дикке Г.Б., Ерофеева Л.В. Контрацепция в современной России: применение и информированность (популяционное исследование). Акушерство и гинекология. 2016; (2):108–13.
10. Прилепская В.Н., Минаева Е.А. Фиксированный пролонгированный режим приема КОК в решении классических вопросов контрацепции (обзор литературы). Медицинский совет. 2017; (11).
11. Adamyan L.V., Yarmolinskaya M.I. «5 P» strategy of modern contraception. *Probl reproduktii.* 2024; 30(1):122. <https://dx.doi.org/10.17116/repro202430011122>.
12. Dumanovskaya M.R., Tabeeva G.I. Modern women choose contraceptive vaginal ring. *Meditsinskiy Sov = Med Counc.* 2023; (6):144–9. <https://dx.doi.org/10.21518/ms2023-092>.
13. Smetnik A.A. Contraception with drospirenone: effect on the body weight and some lipid metabolism indicators. *Med Counc.* 2016; (12):95–7. <https://dx.doi.org/10.21518/2079-701X-2016-12-95-97>.
14. Franik S., Bauersachs R., Beyer-Westendorf J., Buchholz T., Bühlung K., Diener H.-C., et al. Hormonal Contraception. Guideline of the DGGG, OEGGG and SGgg (S3 Level, AWMF Registry Number 015/015, January 2020). *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2021; 81(2):152–82. <https://dx.doi.org/10.1055/a-1259-1609>.

15. Аполихин О.И., Пушкарь Д.Ю., Гвасалия Б.Р., Корнеев И.А., Красняк С.С., Камкин Е.Г., et al. Методические рекомендации по диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья. 2024.
16. Workowski K.A., Bachmann L.H., Chan P.A., Johnston C.M., Muzny C.A., Park I., et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm reports Morb Mortal Wkly report Recomm reports. 2021; 70(4):1–187. <https://dx.doi.org/10.15585/mmwr.rr7004a1>.
17. Государственный реестр лекарственных средств.
18. Summary chart of U.S. Medical Eligibility Criteria for contraceptive use. USA; 2020.
19. Caprini J.A., Arcelus J.I., Hasty J.H., Tamhane A.C., Fabrega F. Clinical assessment of venous thromboembolic risk in surgical patients. Semin Thromb Hemost. 1991; 17 Suppl 3:304–12. .
20. Family planning. A global handbook for providers. Updated 4th edition. World Health Organization Department of Sexual and Reproductive Health and Research (WHO/SRH) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/ Center for Communication Programs (CCP), Knowledge SUCCESS; 2022. 486 p. .
21. Black A., Guilbert E., Costescu D., Dunn S., Fisher W., Kives S., et al. Canadian Contraception Consensus (Part 3 of 4): Chapter 7--Intrauterine Contraception. J Obstet Gynaecol Canada JOGC = J d'obstétrique Gynécolog du Canada JOGC. 2016; 38(2):182–222. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2015.12.002>.
22. Vidal F., Paret L., Linet T., Tanguy le Gac Y., Guerby P. [Intrauterine contraception: CNGOF Contraception Guidelines]. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2018; 46(12):806–22. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.004>.
23. Прилепская В.Н. Руководство по контрацепции. 4-е издание, дополненное. МЕД-пресс-информ; 2017. 464 p.
24. de Bastos M., Stegeman B.H., Rosendaal F.R., Van Hylckama Vlieg A., Helmerhorst F.M., Stijnen T., et al. Combined oral contraceptives: venous thrombosis. Cochrane database Syst Rev. 2014; 2014(3):CD010813. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD010813.pub2>.
25. Peragallo Urrutia R., Coeytaux R.R., McBroom A.J., Gierisch J.M., Havrilesky L.J., Moorman P.G., et al. Risk of acute thromboembolic events with oral contraceptive use: a systematic review and meta-analysis. Obstet Gynecol. 2013; 122(2 Pt 1):380–9. <https://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182994c43>.
26. Manzoli L., De Vito C., Marzuillo C., Boccia A., Villari P. Oral contraceptives and venous thromboembolism: a systematic review and meta-analysis. Drug Saf. 2012; 35(3):191–205. <https://dx.doi.org/10.2165/11598050-00000000-00000>.
27. Benefits of combined hormonal contraceptives (CHCs) continue to outweigh risks – CHMP endorses PRAC recommendation. 2013.
28. Zhu H., Lei X., Feng J., Wang Y. Oral contraceptive use and risk of breast cancer: a meta-analysis of prospective cohort studies. Eur J Contracept Reprod Heal care Off J Eur Soc Contracept. 2012; 17(6):402–14. <https://dx.doi.org/10.3109/13625187.2012.715357>.
29. Аганезова Н.В., Андреева Е.Н., Баранов И.И., Долгушина Н.В., Зароченцева Н.В., Карапхалис 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. Под редакцией Г.Т.Сухих, В.Н.Прилепской. Национальные медицинские критерии приемлемости методов контрацепции. Адаптированный документ «Медицинские критерии приемлемости использования методов контрацепции ВОЗ, 5-е издание, 2015». 2023.
30. Moorman P.G., Havrilesky L.J., Gierisch J.M., Coeytaux R.R., Lowery W.J., Peragallo Urrutia R., et al. Oral contraceptives and risk of ovarian cancer and breast cancer among high-risk women: a systematic review and meta-analysis. J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol. 2013; 31(33):4188–98. <https://dx.doi.org/10.1200/JCO.2013.48.9021>.
31. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fifth edition. 2015. 276 p.
32. Burgin J., Bailey J. V. Factors affecting contraceptive choice in women over 40: a qualitative study. BMJ Open. 2022; 12(11):e064987. <https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-064987>.

33. Ramírez I., De la Viuda E., Baquedano L., Coronado P., Llaneza P., Mendoza N., et al. Managing thromboembolic risk with menopausal hormone therapy and hormonal contraception in the COVID-19 pandemic: Recommendations from the Spanish Menopause Society, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia and Sociedad Española de Trombosis y Hemo. *Maturitas*. 2020; 137:57–62. <https://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.04.019>.
34. Mendoza N., Sanchez-Borrego R. Classical and newly recognised non-contraceptive benefits of combined hormonal contraceptive use in women over 40. *Maturitas*. 2014; 78(1):45–50. <https://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.02.017>.
35. Haverinen A.H., Luiron K.M., Szanto T., Kangasniemi M.H., Hiltunen L., Sainio S., et al. Combined oral contraceptives containing estradiol valerate vs ethinylestradiol on coagulation: A randomized clinical trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2022; 101(10):1102–11. <https://dx.doi.org/10.1111/aogs.14428>.
36. Morimont L., Haguet H., Dogné J.-M., Gaspard U., Douxfils J. Combined Oral Contraceptives and Venous Thromboembolism: Review and Perspective to Mitigate the Risk. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2021; 12:769187. <https://dx.doi.org/10.3389/fendo.2021.769187>.
37. Silva-Bermudez L.S., Toloza F.J.K., Perez-Matos M.C., de Souza R.J., Banfield L., Vargas-Villanueva A., et al. Effects of oral contraceptives on metabolic parameters in adult premenopausal women: a meta-analysis. *Endocr Connect*. 2020; 9(10):978–98. <https://dx.doi.org/10.1530/EC-20-0423>.
38. Abu Hashim H., Ghayaty E., El Rakhawy M. Levonorgestrel-releasing intrauterine system vs oral progestins for non-atypical endometrial hyperplasia: a systematic review and metaanalysis of randomized trials. *Am J Obstet Gynecol*. 2015; 213(4):469–78. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2015.03.037>.
39. Bofill Rodriguez M., Lethaby A., Jordan V. Progestogen-releasing intrauterine systems for heavy menstrual bleeding. *Cochrane database Syst Rev*. 2020; 6(6):CD002126. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002126.pub4>.
40. Creinin M.D., Cagnacci A., Spaczyński R.Z., Stute P., Chabbert-Buffet N., Korver T., et al. Experts' view on the role of oestrogens in combined oral contraceptives: emphasis on oestetrol (E4). *Front Glob women's Heal*. 2024; 5:1395863. <https://dx.doi.org/10.3389/fgwh.2024.1395863>.
41. Douxfils J., Klipping C., Duijkers I., Kinet V., Mawet M., Maillard C., et al. Evaluation of the effect of a new oral contraceptive containing estetrol and drospirenone on hemostasis parameters. *Contraception*. 2020; 102(6):396–402. <https://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2020.08.015>.
42. Gemzell-Danielsson K., Cagnacci A., Chabbert-Buffet N., Douxfils J., Foidart J.-M., Kubba A., et al. A novel estetrol-containing combined oral contraceptive: European expert panel review. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2022; 27(5):373–83. <https://dx.doi.org/10.1080/13625187.2022.2093850>.
43. Л.А. Ашрафян, В.Е. Балан, И.И. Баранов, Ж.Е. Белая, С.А. Бобров, А.В. Воронцова, С.О. Дубровина, И.Е. Зазерская, И.А. Иловайская, Л.Ю. Каракалис, О.М. Лесняк, М.И. Мазитова, Н.М. Подзолкова, А.Э. Протасова, В.Н. Серов, А.А. Сметник, Л.С. Сотникова, Е.А. Ульрих, Г.Е. Чернуха, С.В. Юрнева. Совместная позиция экспертов РОАГ, РАМ, АГЭ, РАОП / под ред. В.Н. Серова и С.В. Юрневой, “Алгоритмы применения менопаузальной гормональной терапии у женщин в периодperi- и постменопаузы.,” *Акушерство и гинекология.*, vol. 3: 210–221, 2021, doi: <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2021.3.210-221>.
44. Hatcher, Robert & Trussell, James & Nelson, Anita & Cates W. Contraceptive Technology. In: *Contraceptive Technology*. Revised 20. 2021.
45. Li J., Ren J., Sun W. A comparative systematic review of Yasmin (drospirenone pill) versus standard treatment options for symptoms of polycystic ovary syndrome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2017; 210:13–21. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.11.013>.
46. Bhattacharya S.M., Jha A., DasMukhopadhyay L. Comparison of two contraceptive pills containing drospirenone and 20 µg or 30 µg ethinyl estradiol for polycystic ovary syndrome. *Int J Gynaecol Obstet Off organ Int Fed Gynaecol Obstet*. 2016; 132(2):210–3. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.065>.

47. Romualdi D., De Cicco S., Busacca M., Gagliano D., Lanzone A., Guido M. Clinical efficacy and metabolic impact of two different dosages of ethinyl-estradiol in association with drospirenone in normal-weight women with polycystic ovary syndrome: a randomized study. *J Endocrinol Invest.* 2013; 36(8):636–41. <https://dx.doi.org/10.1007/BF03346756>.
48. Sitruk-Ware L.R., Mishell D.R. Progestins and Antiprogestins in Clinical Practice. Taylor & Francis; 1999. 424 p. .
49. Klipping C., Duijkers I., Mawet M., Maillard C., Bastidas A., Jost M., et al. Endocrine and metabolic effects of an oral contraceptive containing estetrol and drospirenone. *Contraception.* 2021; 103(4):213–21. <https://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2021.01.001>.
50. Mawet M., Gaspard U., Foidart J.-M. Estetrol as estrogen in a combined oral contraceptive, from the first in-human study to the contraceptive efficacy. *Eur Gynecol Obstet.* 2021; 3(1):13–21. .
51. Синдром поликистозных яичников. Клинические рекомендации (актуальные). Российское общество акушеров-гинекологов.
52. Эндометриоз. Клинические рекомендации (актуальные). Российское общество акушеров-гинекологов.
53. Аномальные маточные кровотечения. Клинические рекомендации (актуальные). Российское общество акушеров-гинекологов.
54. Гиперплазия эндометрия. Клинические рекомендации (актуальные). Российское общество акушеров-гинекологов.
55. French L. Dysmenorrhea. *Am Fam Physician.* 2005; 71(2):285–91. .
56. ACOG Practice Bulletin No. 110: noncontraceptive uses of hormonal contraceptives. *Obstet Gynecol.* 2010; 115(1):206–18. <https://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181cb50b5>.
57. Thomin A., Daraï E., Chabbert-Buffet N. [Medical treatments of presumed benign ovarian tumors]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2013; 42(8):774–85. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2013.09.032>.
58. Ma S., Song S.J. Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome. *Cochrane database Syst Rev.* 2023; 6(6):CD006586. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006586.pub5>.
59. Pearlstein T.B., Bachmann G.A., Zácur H.A., Yonkers K.A. Treatment of premenstrual dysphoric disorder with a new drospirenone-containing oral contraceptive formulation. *Contraception.* 2005; 72(6):414–21. <https://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2005.08.021>.
60. Marr J., Heinemann K., Kunz M., Rapkin A. Ethinyl estradiol 20 μ g/drospirenone 3mg 24/4 oral contraceptive for the treatment of functional impairment in women with premenstrual dysphoric disorder. *Int J Gynaecol Obstet Off organ Int Fed Gynaecol Obstet.* 2011; 113(2):103–7. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.10.029>.
61. Yonkers K.A., Brown C., Pearlstein T.B., Foegh M., Sampson-Landers C., Rapkin A. Efficacy of a new low-dose oral contraceptive with drospirenone in premenstrual dysphoric disorder. *Obstet Gynecol.* 2005; 106(3):492–501. <https://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000175834.77215.2e>.
62. Management of Premenstrual Syndrome: Green-top Guideline No. 48. *BJOG.* 2017; 124(3):e73–105. <https://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.14260>.
63. de Wit A.E., de Vries Y.A., de Boer M.K., Scheper C., Fokkema A., Janssen C.A.H., et al. Efficacy of combined oral contraceptives for depressive symptoms and overall symptomatology in premenstrual syndrome: pairwise and network meta-analysis of randomized trials. *Am J Obstet Gynecol.* 2021; 225(6):624–33. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2021.06.090>.
64. Kamani M., Akgor U., Gültekin M. Review of the literature on combined oral contraceptives and cancer. *Ecancermedicalscience.* 2022; 16:1416. <https://dx.doi.org/10.3332/ecancer.2022.1416>.
65. Daly M.B., Pal T., Maxwell K.N., Churpek J., Kohlmann W., AlHilli Z., et al. NCCN Guidelines® Insights: Genetic/Familial High-Risk Assessment: Breast, Ovarian, and Pancreatic, Version 2.2024. *J Natl Compr Canc Netw.* 2023; 21(10):1000–10. <https://dx.doi.org/10.6004/jnccn.2023.0051>.

66. Huber D., Seitz S., Kast K., Emons G., Ortmann O. Use of oral contraceptives in BRCA mutation carriers and risk for ovarian and breast cancer: a systematic review. *Arch Gynecol Obstet.* 2020; 301(4):875–84. <https://dx.doi.org/10.1007/s00404-020-05458-w>.
67. Beral V., Doll R., Hermon C., Peto R., Reeves G. Ovarian cancer and oral contraceptives: collaborative reanalysis of data from 45 epidemiological studies including 23,257 women with ovarian cancer and 87,303 controls. *Lancet (London, England).* 2008; 371(9609):303–14. [https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60167-1](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60167-1).
68. Daly M.B., Pal T., Berry M.P., Buys S.S., Dickson P., Domchek S.M., et al. Genetic/Familial High-Risk Assessment: Breast, Ovarian, and Pancreatic, Version 2.2021, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw.* 2021; 19(1):77–102. <https://dx.doi.org/10.6004/jnccn.2021.0001>.
69. Endometrial cancer and oral contraceptives: an individual participant meta-analysis of 2726 women with endometrial cancer from 36 epidemiological studies. *Lancet Oncol.* 2015; 16(9):1061–70. [https://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(15\)00212-0](https://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(15)00212-0).
70. Iversen L., Sivasubramaniam S., Lee A.J., Fielding S., Hannaford P.C. Lifetime cancer risk and combined oral contraceptives: the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *Am J Obstet Gynecol.* 2017; 216(6):580.e1–580.e9. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2017.02.002>.
71. Менопауза и климактерическое состояние у женщины. Клинические рекомендации (актуальные). Российское общество акушеров-гинекологов.

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. **Адамян Лейла Владимировна** – академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, Заслуженный деятель науки России, заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и Репродуктивной медицины Российской Университета Медицины, главный специалист Минздрава России по гинекологии, является членом общества по репродуктивной медицине и хирургии, Российской ассоциации гинекологов-эндоскопистов, Российской ассоциации по эндометриозу, Российского общества акушеров-гинекологов.
2. **Андреева Елена Николаевна** - доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора - директор Института репродуктивной медицины, зав. отделением эндокринной гинекологии, профессор кафедры эндокринологии ГНЦ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Минздрава России, профессор кафедры акушерства, гинекологии и Репродуктивной медицины Российской Университета Медицины, президент Международной ассоциации акушеров, гинекологов и эндокринологов, член Российской ассоциации гинекологов-эндоскопистов, Российской ассоциации по эндометриозу, Российского общества акушеров-гинекологов, РОСГЭМ.
3. **Артымук Наталья Владимировна** - д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии имени профессора Г.А. Ушаковой ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Сибирском федеральном округе (г. Кемерово), является членом президиума правления Российского общества акушеров-гинекологов, президент Кемеровской региональной общественной организации «Ассоциация акушеров-гинекологов».
4. **Баранов Игорь Иванович** - д.м.н., профессор, заведующий отделом научно-образовательных программ департамента организации научной деятельности ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, вице-президент Российского общества акушеров-гинекологов.
5. **Беженарь Виталий Федорович** - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и неонатологии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, является членом общества по репродуктивной медицине и хирургии, Российской ассоциации гинекологов-эндоскопистов, Российского общества акушеров-гинекологов, член правления Российского общества специалистов по гинекологической эндокринологии и менопаузе.
6. **Белокриницкая Татьяна Евгеньевна** – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии факультета дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Дальневосточном федеральном округе (г. Чита), является членом Российского общества акушеров-гинекологов, президент Забайкальского общества акушеров-гинекологов.

- 7. Довлетханова Эльмира Робертовна** – к.м.н., старший научный сотрудник научно-поликлинического отделения ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России.
- 8. Думановская Мадина Равилевна** - к.м.н., старший научный сотрудник отделения гинекологической эндокринологии ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, член исполнительного комитета Российского общества специалистов по гинекологической эндокринологии и менопаузе.
- 9. Ермакова Елена Ивановна** - к.м.н., старший научный сотрудник отделения гинекологической эндокринологии ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, вице-президент Российского общества специалистов по гинекологической эндокринологии и менопаузе.
- 10. Иванов Илья Андреевич** – к.м.н., научный сотрудник отделения гинекологической эндокринологии ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, член исполнительного комитета Российского общества специалистов по гинекологической эндокринологии и менопаузе.
- 11. Межевитинова Елена Анатольевна** - д.м.н., ведущий научный сотрудник научно-поликлинического отделения ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, член «Российского общества по контрацепции» и «Европейского общества по контрацепции и репродуктивному здоровью».
- 12. Прилепская Вера Николаевна** – д.м.н., профессор, заведующий научно-поликлиническим отделением ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, президент «Российского общества по контрацепции», член президиума «Европейского общества по контрацепции и репродуктивному здоровью» (ESC).
- 13. Сметник Антонина Александровна** – к.м.н., доцент, заведующая отделением гинекологической эндокринологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России, президент Российской общества специалистов по гинекологической эндокринологии и менопаузе, член Российской общества акушеров-гинекологов.
- 14. Сутурина Лариса Викторовна** – д.м.н., профессор, руководитель отдела охраны репродуктивного здоровья ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека» (г. Иркутск), является членом Ассоциации гинекологов-эндокринологов России, членом Российской общества акушеров-гинекологов.
- 15. Уварова Елена Витальевна** - доктор медицинских наук, профессор, заведующая 2 гинекологическим отделением (детей и подростков) ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства Здравоохранения РФ
- 16. Табеева Гюзяль Искандеровна** - к.м.н., старший научный сотрудник отделения гинекологической эндокринологии ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, научный секретарь Российского общества специалистов по гинекологической эндокринологии и менопаузе.
- 17. Тапильская Наталья Игоревна** - доктор медицинских наук , профессор , заведующий отделом репродуктологии НИИ АГ и репродуктологии им. Д. О. Отта , профессор кафедры акушерства и гинеколог СПбГПМУ, член правления Российского общества специалистов по гинекологической эндокринологии и менопаузе.
- 18. Юрова Мария Владимировна** – к.м.н., научный сотрудник научно-поликлинического отделения, врач акушер-гинеколог, онколог научно-поликлинического отделения ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, ассистент кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ИПО ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский университет).

19. Ярмолинская Мария Игоревна- руководитель отдела гинекологии и эндокринологии ФГБНУ «НИИ АГиР им.Д.О.Отта», заведующий отделением гинекологии №2, руководитель центра «Диагностики и лечение эндометриоза», профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, член правления Российского общества специалистов по гинекологической эндокринологии и менопаузе, профессор РАН, д.м.н., профессор.

Конфликт интересов: отсутствует

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. врачи акушеры-гинекологи
2. студенты; ординаторы, аспиранты акушеры-гинекологи
3. преподаватели, научные сотрудники

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

C	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
---	---

Порядок обновления клинических рекомендаций.

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 18 марта 2009 г. № 121н «Об утверждении перечня медицинских показаний для медицинской стерилизации».
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020 г. N 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (с изменениями и дополнениями).
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 27 апреля 2021 г. N 404н « Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».
4. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 25.12.2023) “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.04.2024). статья 57. Медицинская стерилизация.

Приложение А3.1 Препараты для гормональной контрацепции, зарегистрированные на территории Российской Федерации

Номер	Состав	Стандартный режим дозирования
КОК (по АТХ – Прогестагены и эстрогены (фиксированные сочетания))		
1.	Дроспиренон+ Этинилэстрадиол (Этинилэстрадиол 0,02мг, Дроспиренон 3 мг)	24+4
2.	Дроспиренон+ Этинилэстрадиол (Этинилэстрадиол 0,03мг, Дроспиренон 3 мг)	21/7
3.	Диеногест+етинилэстрадиол (Этинилэстрадиол 0,03мг, Диеногест 2 мг)	21/7
4.	Левоноргестрел+этинилэстрадиол (Этинилэстрадиол 0,03мг, Левоноргестрел 0,15мг)	21/7
5.	Левоноргестрел+этинилэстрадиол (Этинилэстрадиол 0,02мг, Левоноргестрел 0,1 мг)	21/7
6.	Гестоден + Этинилэстрадиол (Этинилэстрадиол 0,02мг, Гестоден 0,075мг)	21/7
7.	Гестоден + Этинилэстрадиол (Этинилэстрадиол 0,03мг, Гестоден 0,075мг)	21/7
8.	Дезогестрел + Этинилэстрадиол (Этинилэстрадиол 0,02мг, Дезогестрел 0,15мг)	21/7
9.	Дезогестрел + Этинилэстрадиол (Этинилэстрадиол 0,03мг, Дезогестрел 0,15мг)	21/7
10.	Хлормадинон + Этинилэстрадиол (Этинилэстрадиол 0,03мг, Хлормадинона ацетат 2 мг)	21/7
11.	Ципротерон + Этинилэстрадиол (Этинилэстрадиол 0,035 мкг Ципротерона ацетат 2 мг)	21/7
12.	Номегестрол + Эстрадиол (Эстрадиола гемигидрат 1,55 мг Номегестрола ацетат – 2,5 мг)	24+4
13.	Дроспиренон + Эстетрол (Эстетрол 15 мг Дроспиренон 3 мг)	24+4
14.	Дезогестрел + Этинилэстрадиол (Этинилэстрадиол 0,035 мкг – 7 дней, 0,03 мкг -7 дней, 0,03мкг – 7 дней,	21/7

	Дезогестрол 0,05 мг, дезогестрол 0,1мг, дезогестрол 0,15 мг соответственно)	
15.	Этинилэстрадиол 0,03мг + левоноргестрол 0,05 мг Этинилэстрадиол 0,03мг + левоноргестрол 0,05 мг Г Этинилэстрадиол 0,03мг + левоноргестрол 0,125 мг	21/7
16.	Этинилэстрадиол 0,1мг + левоноргестрол 0,02 мг Этинилэстрадиол 0,01мг	21/7
17.	Эстрadiола валерат 3 мг (2 таб) Эстрadiола валерат 2мг + диеногест 2 мг (5 таб) Эстрadiола валерат 2 мг + диеногест 3 мг (17 таб) Эстрadiола валерат 1 мг (2 таб) Неактивные таб (2)	26+2
КОК с фолатом (по АТХ – Прогестагены и эстрогены (фиксированные сочетания))		
18.	Этинилэстрадиол 0,03мг, Дроспиренон 3 мг Кальция левомефолат 0,451мг	21+7
19.	Этинилэстрадиол 0,02мг, Дроспиренон 3 мг, Кальция левомефолат 0,451мг	24+4
КГК Вагинальное кольцо (по АТХ - Кольца интравагинальные гестаген- и эстроген-содержащие)		
20.	Этинилэстрадиол 2,7 мг, Этоногестрол 11,7 мг Во влагалище в сутки выделяется 0,015 мг этинилэстрадиола и 0,12 мг этоногестрела	21/7* Кольцо вводится во влагалище на 3 недели
КГК Трансдермальный пластырь (по АТХ – Прогестагены и эстрогены (фиксированные сочетания))		
21.	Этинилэстрадиол 0,6 мг Норэлгестромин 6 мг <i>Каждый пластырь в течение 24 ч выделяет 203 мкг норэлгестромина и 33,9 мкг этинилэстрадиола.</i>	21/7* Одновременно можно применять только один пластырь трансдермальный. Каждый использованный пластырь удаляют и сразу же заменяют новым в один и тот же день недели (день замены) на 8-й и 15-й дни цикла применения препарата (2-я и 3-я неделя)
ПОК (по АТХ - Гестагены)		
22.	Дезогестрол 0,075мг	28
Экстренная контрацепция		
23.	Левоноргестрол 1,5мг (АТХ – Левоноргестрол)	1 таблетка в течение 72 ч после незащищенного полового акта или в случае ненадежности применяемого метода контрацепции.
24.	Левоноргестрол 0,75мг (АТХ – Левоноргестрол)	2 таблетки в первые 72 часа после незащищенного полового акта после или в случае ненадежности применяемого метода контрацепции.

25.	Мифепристон, 10мг (АТХ - Мифепристон)	1 таблетка в течение 72 ч после незащищенного полового акта или в случае ненадежности применяемого метода контрацепции.
Пролонгированная контрацепция (по АТХ - Гестагены)		
26.	Подкожный имплантат рентгеноконтрастный Этоногестрел 68мг	3 года
27.	Левоноргестрел (ЛНГ-ВМС) 52 мг	6 лет
28.	Левоноргестрел (ЛНГ-ВМС) 19,5 мг	5 лет

КОК – комбинированная оральная контрацепция

КГК - комбинированная гормональная контрацепция

ПОК – прогестиновые оральные контрацептивы

ЛНГ-ВМС – внутриматочная система, высвобождающая левоноргестрел

Комментарий:

Режимы «24+4», «21+7», «26+2» означают, что в составе упаковки 28 таблеток. Режим «21/7» означает, что в упаковке 21 таблетка и затем следует 7-дневный перерыв.

Приложение А3.2 Клинико-фармакологические эффекты гормональных контрацептивов [6][45][46][47][48][41][49][50]

Эстроген	Гестаген	Дозировка (эстроген, мкг + прогестин, мг)	Характеристика прогестина, фармакологическое действие				
			Гестаген- ное	Андроген- ное	Антиагдроген- ное	Антимиине- ралкор- тикоидное	Глюко- корти- коидное
Монофазные КГК для перорального применения							
Этинил- эстрадиол	Гестоден	30 + 0.075 20 + 0.075	+	+	-	(+)	+
	Дезогестрел	30 + 0.15 20 + 0.15	+	+	-	-	-
	Диеногест	30 + 2	+	+	+	-	-
	Дросперенон	30 + 3 20 + 3	+	-	+	+	-
	ЛНГ	30 + 0.15 20 + 0.1	+	+	-	-	-
	Хлормадинона ацетат	30 + 2	+	-	+	-	+
	Ципротерона ацетат	35 + 2	+	-	++	-	+
17 β -эстра- диол	Номегэстрола ацетат	1.5 + 2.5	+	-	(+)	-	-

Эстетрол	Дроспиренон	15 + 3	+	-	+	+	-
Многофазные КГК для перорального применения							
Этинил-эстрадиол	Дезогестрел	35 + 0.05 30 + 0.1 30 + 0.15	+	+	-	-	-
	ЛНГ	30 + 0.05 40 + 0.075 30 + 0.125	+	+	-	-	-
Эстра-диола вальерат	Диеногест	3 + 0 2 + 2 2 + 3 1 + 0	+	-	+	-	-
Прогестин-содержащие контрацептивы для перорального применения							
-	Дезогестрел	0.075	+	+	-	-	-
	Линэстренол	0.5	+	+	-	-	-
КГК для парентерального применения (вагинальное кольцо, пластиры)							
-	НорэлгестроМин	<i>Метаболит норгестимата</i>					
	Этоногестрел	<i>Метаболит дезогестрела</i>					

Приложение Б. Алгоритмы действий врача

Алгоритм обследования пациенток перед назначением контрацепции [1]

I этап:

1. сбор жалоб для выяснения заинтересованности в лечебных и профилактических эффектах;
2. сбор подробного анамнеза для исключения противопоказаний к назначению определенных методов контрацепции;
3. измерение артериального давления;
4. предварительное решение о выборе оптимального метода контрацепции;

II этап:

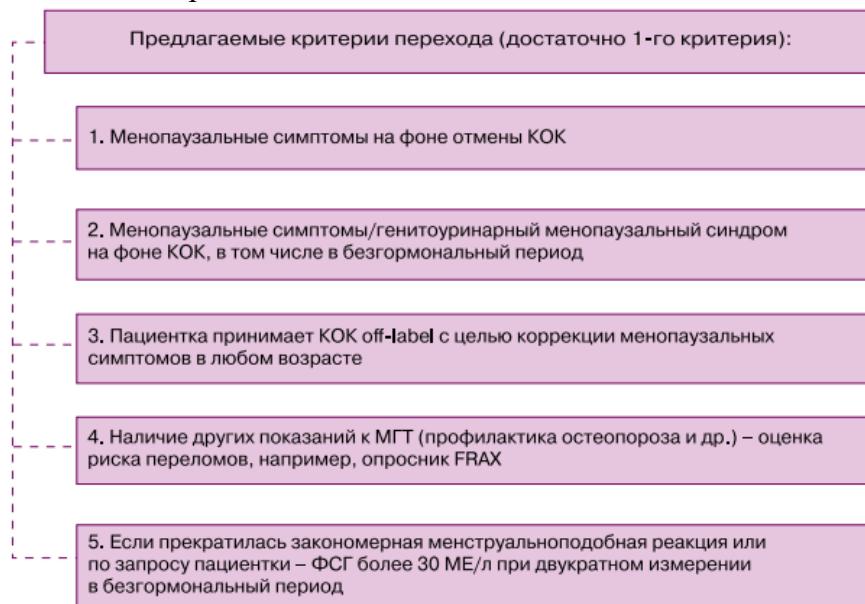
дообследования для подтверждения безопасности применения конкретного метода контрацепции.

Метод обследования	КГК	ПОК	Имплантат	ЛНГ-ВМС
Обследование молочных желез	B	B	B	B
Обследование тазовых органов	B	B	B	A
Скрининг на выявление рака шейки матки	B	B	B	B
Стандартные лабораторные анализы	C	C	C	C
Определение уровня гемоглобина в крови	C	C	C	B
Оценка риска заражения ИППП	B	B	B	A *
Скрининг на предмет выявления ИППП / ВИЧ	C	C	C	B *

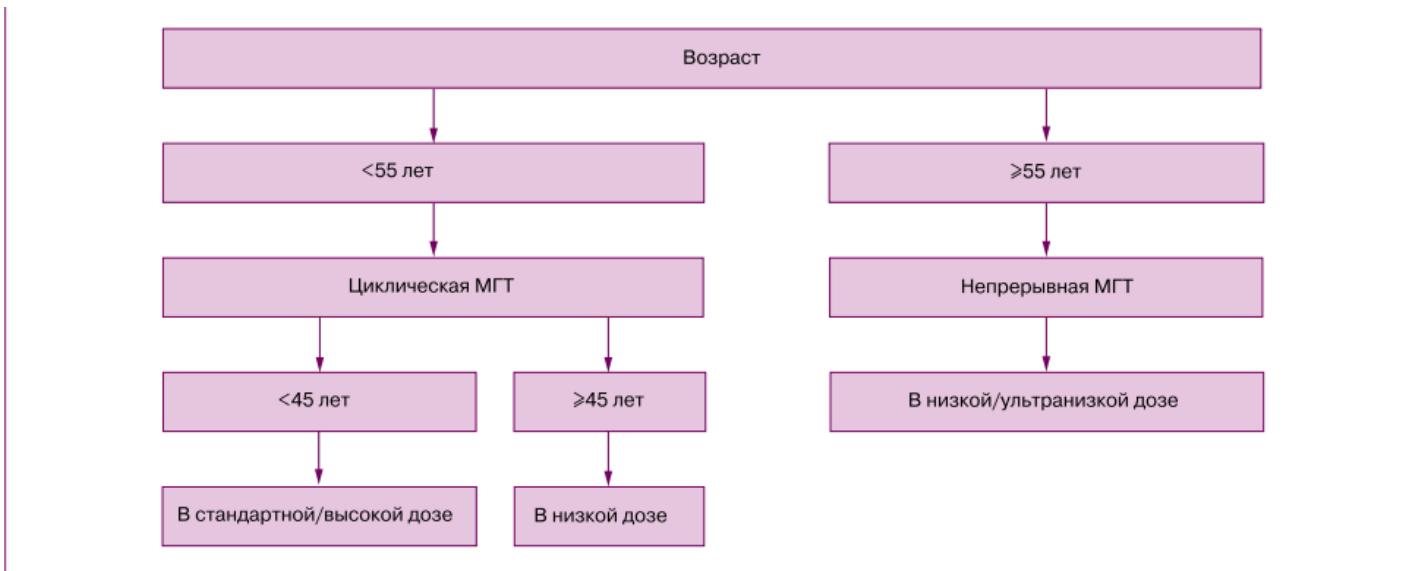
Измерение артериального давления	A	B	B	C
Обследование индекса массы тела	B	C	C	C
<p>* Если женщина входит в группу повышенного риска по возникновению гонореи и хламидиоза, то ей не рекомендуется использование ЛНГ - ВМС</p>				
A — проведение обследования настоятельно рекомендуется во всех случаях и является гарантией безопасности и эффективности пользования конкретными методами.	B — проведение обследования в значительной степени обеспечивает безопасность и эффективность пользования конкретным методом контрацепции. Однако целесообразность такого обследования должна определяться с учетом общей ситуации в системе национального здравоохранения.	C — проведение обследования не обеспечивает какой-либо существенной гарантии безопасности и эффективности		

Алгоритм перевода пациенток с комбинированных оральных контрацептивов на менопаузальную гормональную терапию [43]

А. Показания для перехода с КОК на МГТ



Б. Варианты выбора режима при переходе с КОК на МГТ



Приложение В. Информация для пациента

Памятка при приеме препаратов с контрацептивным действием

- Необходимо отказаться от курения
- Таблетки следует принимать внутрь ежедневно, примерно в одно и то же время, запивая небольшим количеством воды, в порядке, указанном на блистерной упаковке. Не пропускать прием препарата во избежание риска наступления беременности (иметь под рукой «Правила приема пропущенных таблеток», - в инструкции к препарату).
- В течение первых 3-х месяцев происходит период адаптации организма к препарату, возможны межменструальные кровянистые выделения. При возникновении обильных кровянистых выделений, менструальных выделений после 3 мес. применения препарата, а также при отсутствии менструальноподобной реакции в установленное время – не отменяя прием препарата, срочно обратиться к врачу. При подтверждении беременности прекратить прием препарата.
- Рекомендации при желудочно-кишечных расстройствах. При тяжелых желудочно-кишечных расстройствах всасывание может быть неполным, поэтому следует принять дополнительные контрацептивные меры. Если рвота произошла через 3-4 ч после приема активной таблетки, это равнозначно пропуску таблетки. Если в течение 3-4 ч после приема содержащей гормоны таблетки была рвота или диарея, следует ориентироваться на рекомендации при пропуске таблеток. При длительной диарее необходимо использование барьера метода контрацепции до очередной менструальноподобной реакции. Рвота или диарея в дни приема последних неактивных таблеток не оказывают никакого влияния на эффективность контрацепции.
- Любые впервые или внезапно развившиеся симптомы (локализованная сильная головная боль, подъем артериального давления более 140/90 мм рт. ст., появление ауры, одышка, боль за грудиной, кровохарканье, боль и отек нижней конечности, желтуха, внезапная слабость или онемение лица, руки или ноги, проблемы с речью и пониманием речи) требуют незамедлительного обращения к врачу.
- Риск артериальных тромбозов повышен при снижении магния и пиридоксина (при приеме эстрогенов повышена их элиминация), в связи с чем необходим прием препаратов (как минимум на период адаптации к препарату, то есть 3-6 мес.)
Симптомы, при появлении которых необходимо безотлагательно обратиться к врачу (возможные показания к прекращению применения КГК):
 - увеличение частоты и тяжести мигрени во время применения препарата
 - ВТЭ, АТЭ
 - стойкое клинически значимое повышение артериального давления
 - острые или хронические нарушения функции печени (до тех пор, пока показатели функциональных проб печени не вернутся в норму)
 - панкреатит с тяжелой гипертриглицеридемией
 - рецидивирующая холестатическая желтуха.

Приложение Г1-ГН Шкалы оценки, вопросы и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Приложение Г1 Эффективность применения методов контрацепции при надлежащем и типичном применении

Паспорт таблицы:

Название на русском языке: Эффективность применения методов контрацепции при надлежащем и типичном применении

Оригинальное название: отсутствует

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией):

Hatcher, Robert & Trussell, James & Nelson, Anita & Cates W. Contraceptive Technology.

In: Contraceptive Technology. Revised 20. 2021 [44]

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки

- индекс

- вопросник

- другое (уточнить): данные об эффективности применения методов контрацепции при надлежащем и типичном применении

Содержание (шаблон):

Метод (1)	% женщин с непланированной беременностью в течение первого года использования метода		% женщин, продолживших использование метода к концу первого года ³
	Типичное применение ¹ (2)	Надлежащее применение ² (3)	
Конtraceпtивы не применялись ⁴	85	85	-
Спермицидные средства ⁵	28	18	42
Методы определения периода возможности зачатия (биологические)	24	-	47
Метод стандартных дней ^{®6}	-	5	-
Двухдневный метод ^{®6}	-	4	-
Овуляционный метод ⁶	-	3	-
Симптотермальный метод	-	0.4	-
Прерванный половой акт	22	4	46
Влагалищные губки	-	-	36
Рожавшие женщины	24	20	-
Нерожавшие женщины	12	9	-

Презервативы ⁷			
Женские	21	5	41
Мужские	18	2	43
Влагалищные диафрагмы ⁸	12	6	57
Комбинированные оральные контрацептивы и только прогестаген-содержащие таблетки	9	0.3	67
Гормональный пластырь Енга	9	0.3	67
Влагалищное кольцо NuvaRing®	9	0.3	67
Медроксипрогестерона ацетат Depo-Provera	6	0.2	56
Внутриматочные контрацептивы			
Paragard® (Cu)	0.8	0.6	78
Mirena® (ЛНГ)	0.2	0.2	80
Implanon®	0.05	0.05	84
Женская стерилизация	0.5	0.5	100
Мужская стерилизация	0.15	0.10	100
Экстренная контрацепция: таблетки для экстренной контрацепции или введение медь-содержащей внутриматочной спирали после незащищенного полового акта существенно снижают риск наступления беременности. ⁹			

Примечание: «(+)» очень малая активность в терапевтических дозах

Г2 Лечебные и профилактические эффекты гормональных контрацептивов у женщин, заинтересованных в контрацепции

Паспорт таблицы:

Название на русском языке: **Лечебные и профилактические эффекты гормональных контрацептивов у женщин, заинтересованных в контрацепции**

Оригинальное название:.

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией): [46 – 67]

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки
- индекс
- вопросник
- другое (уточнить): обзорная таблица.

Содержание (шаблон):

К лечебным и профилактическим эффектам некоторых видов гормональной контрацепции относят (при заинтересованности в контрацепции):

Регуляция менструального цикла [49];

Снижение объема менструальной кровопотери [51];

Снижение выраженности дисменореи [55,56];

Антиандрогенное действие [49];

Купирование симптомов предменструального синдрома [58-63];

Лечение наружного генитального эндометриоза [50];

Лечение гиперплазии эндометрия после хирургического лечения и гистологической верификации диагноза [52];

Профилактика повторных эпизодов апоплексии яичников и/или функциональных кист [57];

Профилактика гиперпластических процессов эндометрия при применении эстрadiола (как компонент МГТ) [71];

Снижение риска рака эндометрия, яичников и колоректального рака (при длительном приеме) [1,6].

Диагноз	Цель	Метод контрацепции	Примечания
СПЯ	Регуляция менструального цикла и купирование клинических проявлений гиперандрогенеза (гирсутизм, акне, алопеция)* [51]	КГК	Гестаген без остаточной андрогенной активности
Эндометриоз	В качестве медикаментозного лечения наружного генитального эндометриоза * [52]	КГК или ЛНГ-ВМС (52 мг до 5 лет)	Не является первой линией терапии
ОМК	Снижение объема менструальной кровопотери *[53]	КГК или ЛНГ-ВМС	КОК Е2В+ДНГ в динамическом режиме дозирования может быть более эффективным, чем монофазные КГК;

			ЛНГ-ВМС (52 мг) с заменой ВМС через 5 лет при необходимости продолжения терапии
Гиперплазия эндометрия без атипии	Лечение гиперплазии эндометрия после хирургического этапа и гистологической верификации диагноза * [54]	ЛНГ-ВМС	52 мг, не менее 6 мес., с гистологической верификацией диагноза через 6 мес.
Гиперплазия эндометрия с атипией	Лечение гиперплазии эндометрия после хирургического этапа и гистологической верификации диагноза при настойчивом желании сохранить репродуктивную функцию и отказе от гистерэктомии [54]	ЛНГ-ВМС	Необходима консультация врача-онколога, решение вопроса о возможности консервативного ведения 52 мг, с гистологической верификацией диагноза каждые 3 месяца с уточнением дальнейшей тактики ведения.
Дисменорея первичная	Купирование болевого синдрома * [55][56]	КГК	2-я линия терапии
Апоплексия яичников, рецидивирующие функциональные кисты яичников	Профилактика повторных эпизодов апоплексии или функциональных кист яичников * [57]	КГК	
Предменструальный синдром (ПМС)	Подавление овуляции и предотвращение развития симптомов ПМС в лютеиновую фазу цикла * [58][59][60][61][62][63].	КГК	Могут использоваться различные КОК. Первая линия терапии: КОК, содержащий 20 мкг этинилэстрадиола и 3 мг дросперенона в одной таблетке в режиме 24/4.
Климактерический синдром	Профилактика гиперплазии эндометрия при проведении системной МГТ эстрогенами * [71]	ЛНГ-ВМС	ЛНГ-ВМС (52 мг) до 5 лет (как компонент МГТ)
Риски рака эндометрия, яичников и колоректального рака	Снижение риска рака эндометрия, яичников и колоректального рака *[64][65][66][67][68][69][70]	КГК	при длительном приеме.

--	--	--	--

* У пациенток, нуждающихся в контрацепции

Приложение Г3 Критерии приемлемости назначения контрацептивных препаратов из различных групп исходя из критериев безопасности [1][18]

Паспорт таблицы:

Название на русском языке: Критерии приемлемости назначения контрацептивных препаратов из различных групп исходя из критериев безопасности

Оригинальное название: Summary Chart of U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией):

https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/pdf/summary-chart-us-medical-eligibility-criteria_508tagged.pdf

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158>

Тип (подчеркнуть):

- шкала оценки
- индекс
- вопросник
- другое (уточнить): обзорная таблица.

Содержание (шаблон):

СОСТОЯНИЕ	КРИТЕРИИ	Су-ВМК		ЛНГ-ВМС		Имплантат		ПСТ		КОК/ КП/КВК		
		н	п	н	п	н	п	н	п	н	п	
Аборт (после аборта)	а) в I триместре	1*		1*		1*		1*		1*		
	б) во II триместре	2*		2*		1*		1*		1*		
	в) сразу после септического аборта	4		4		1*		1*		1*		
Анемии	железодефицитная анемия	2		1		1		1		1		
	талассемия	2		1		1		1		1		
	серповидно – клеточная анемия	2		1		1		1		2		
Аномалии анатомические	деформирующие полость матки	4		4								
	не деформирующие полость матки	2		2								
Бариатрическая операция в анамнезе †	а) рестриктивные	1		1		1		1		1		
	б) мальабсортивные	1		1		1		3		KOK: 3		
Беременность		4*		4*		HП*		HП*		HП*		
ВЗОМТ (воспалительные заболевания органов малого таза)	а) ВЗОМТ в анамнезе											
	1) с последующей беременностью	1	1	1	1	1		1		1		
	2) без последующей беременности	2	2	2	2	1		1		1		
ВИЧ (вirus иммунодефицита человека)	б) ВЗОМТ в настоящее время	4	2*	4	2*	1		1		1		
	а) высокий риск ВИЧ - инфекции	1*	1*	1*	1*	1		1		1		
	высокий риск ВИЧ - инфекции	2	2	2	2	1				1		
	б) ВИЧ - инфекция					1*		1*		1*		
	1) клинически благоприятное течение / применение антиретровирусной терапии	1	1	1	1	См. Лекарственное взаимодействие						
	2) клинически неблагоприятное течение / без применения антиретровирусной терапии	2	1	2	1							
	бессимптомное/лёгкое течение (1-2 ст.)	2	2	2	2	1*		1*		1*		
	тяжёлая/поздняя стадия (3-4ст.)	3	2*	3	2*	1*		1*		1*		
	а) острый или обострение хронического	1		1		1		1		3/4	2	
Вирусный гепатит	б) носительство / хронический	1		1		1		1		1	1	
	Внематочная беременность в анамнезе	1		1		1		2			1	
Возраст	до достижения возраста (лет)	< 20: 2		< 20: 2		< 18: 1		< 18: 1		< 40 = 1		
		≥ 20: 1		≥ 20: 1		18-45: 1		18-45: 1		≥ 40 = 2		
Воспалительные заболевания кишечника (язвенный колит, болезнь Крона)		1		1		1		2		2/3*		
Высокое АД во время беременности в анамнезе		1		1		1		1		2		
Гестационная трофобластическая болезнь (ГТБ) †	а) подозрение на ГТБ (после эвакуации											
	1) размер матки соответствует I триместру	1*		1*		1*		1*		1*		
	2) размер матки соответствует II триместру	2*		2*		1*		1*		1*		
	б) верифицированная ГТБ											
	1) β-ХГЧ не повышен	1*	1*	1*	1*	1*		1*		1*		
	2) β-ХГЧ с тенденцией к снижению	2*	1*	2*	1*	1*		1*		1*		
	3) повышенный β-ХГЧ (перsistенция) или злокачественное заболевание без признаков внутриутробного поражения	2*	1*	2*	1*	1*		1*		1*		
	4) повышенный β-ХГЧ без тенденции к снижению / злокачественное заболевание с признаками внутриутробного поражения	4*	2*	4*	2*	1*		1*		1*		
	снижающийся / нормальный β-ХГЧ	3		3		1		1		1		
	постоянно повышенный β-ХГЧ или злокачественное заболевание	4		4		1		1		1		

Гиперплазия эндометрия		1	1	1	1	1
Гипертензия	в анамнезе (нет возможности измерить АД)	1	2	2*	2*	
	а) медикаментозно скорректируемая АГ	1*	1*	1*	1*	3*
	б) повышенное АД (измерено с соблюдением					
	и) 140–159 / 90–99 мм.рт.ст.	1*	1*	1*	1*	3*
	ii) ≥160 / ≥110 мм.рт.ст.	1*	2*	2*	2*	4*
	в) васкулярные заболевания	1*	2*	2*	2*	4*
Головные боли	а) немигренозные (умеренные / тяжёлые)	1	1	1	1	1*
	б) мигрень					
	I) без ауры	1	1	1	1	2*
	• возраст < 35	1*	2*	2*	1*	2*
	• возраст ≥35	1*	2*	2*	1*	2*
	II) с аурой (в любом возрасте)	1*	2*	3*	2*	3*
Грудное вскармливание	а) < 6 недель после родов			2*	2*	4
	б) ≥ 6 недель до < 6 месяцев			1	1	3
	в) ≥ 6 месяцев после родов			1	1	2
Депрессивные расстройства		1*	1*	1*	1*	1*
Дисменорея (тяжелая)		2	1	1	1	1
Заболевания желчного пузыря	а) есть клинические симптомы					
	1) холецистэктомия	1	2	2	2	2
	2) лекарственная терапия	1	2	2	2	3
	3) в момент обращения	1	2	2	2	3
	б) без симптомов	1	2	2	2	2
Заболевания молочных желез (МЖ)	а) опухолевидное образование МЖ	1	2	2*	2*	2*
	б) доброкачественное заболевание МЖ	1	1	1	1	1
	в) семейный анамнез злокачественного	1	1	1	1	1
	г) рак молочной железы (РМЖ)					
	1) РМЖ на момент обращения	1	4	4	4	4
	2) РМЖ в анамнезе, без признаков	1	3	3	3	3
Заболевания поверхностных вен (ПВ)	а) варикозное расширение вен	1	1	1	1	1
	б) тромбоз ПВ (острый/ в анамнезе)	1	1	1	1	3*
Заболевания щитовидной железы (простой зоб, гипертиреоид,		1	1	1	1	1
Ишемическая болезнь сердца в настоящее время или в анамнезе 1		1	2	3	2	3
Инсульт или острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе 1		1	2	3	2	3
Инфекции, передаваемые половым путём (ИППП)	а) гнойный цервицит, хламидийная инфекция или гонорея в настоящее время	4	2*	4	2*	1
	б) вагинит (включая трихомонадный вагинит)	2	2	2	2	1
	в) повышенный риск ИППП	2*	2	2*	2	1
Кровотечение из половых путей	а) нерегулярные, умеренные	1	1	1	2	1
	б) обильные или продолжительные	2*	1*	2*	2*	1*
кровотечение из половых путей неясного генеза (подозрение на серьёзное заболевание) – до завершения обследования		4*	2*	4*	2*	2*
Курение	а) возраст < 35 лет	1	1	1	1	2
	б) возраст ≥ 35 лет, < 15 сигарет/день	1	1	1	1	3
	в) возраст ≥ 35 лет, ≥ 15 сигарет/день	1	1	1	1	4
Малария		1	1	1	1	1
Миома матки		2	2	1	1	1
	а) без деформации полости	1	1	1	1	1
	б) с деформацией полости	4	4	1	1	1
Множественные факторы риска артериальных заболеваний сердечно-сосудистой системы (старший возраст, курение, диабет, АГ и установленная дислипидемия)		1	2	2*	2*	3/4*
Муковисциоз 1		1*	1*	1*	1*	1*
Ожирение	ИМТ ≥ 30 кг/м2	1	1	1	1	2
Опухоли печени	а) доброкачественные					
	I) очаговая узловая гиперплазия	1	2	2	2	2
	II) гепатоцеллюлярная аденома 1	1	3	3	3	4
	б) злокачественная (гепатома) 1	1	3	3	3	4

Опухоли яичников (добропачественные), в т.ч. кисты		1	1	1	1	1
Паритет	a) родов не было	2	2	1	1	1
	б) роды были	1	1	1	1	1
Послеродовая кардиомиопатия	а) нет признаков / лёгкая сердечная недостаточность					
	I) < 6 месяцев	2	2	1	1	4
	II) ≥ 6 месяцев	2	2	1	1	3
	б) умеренная / тяжёлая СН	2	2	2	2	4
Послеродовый период (у некормящих женщин)	a) < 21 дня			1	1	
	1) нет других факторов риска ВТЭ					3*
	2) есть другие факторы риска ВТЭ					4*
	б) 21 - 42 дней					
	1) есть другие факторы риска ВТЭ			1	1	3*
	2) нет других факторов риска ВТЭ			1	1	2
	б) ≥ 21 дня до 42 дней			1	1	
	1) нет других факторов риска ВТЭ					2*
	2) есть другие факторы риска ВТЭ					3*
	в) > 42 дней			1	1	1
Послеродовый период (кормящие или не кормящие грудью, в том числе после кесарева сечения)	a) < 48 часов, включая введение ВМК сразу после рождения послода	1	Не ГВ:1 ГВ:2			
	1) грудное вскармливание	1*	2*			
	2) не кормит грудью	1*	1*			
	б) 10 минут после родов до 4 недель	2*	2*			
	б) 48 часов после родов до 4 недель	3	3			
	в) ≥ 4 недель	1*	1*			
	г) послеродовой сепсис	4	4			
Порок сердца	а) неосложненный	1	1	1	1	2
	б) осложненный (легочная гипертензия, риск фибрillationи предсердий, подострый септический эндокардит в анамнезе)	2*	2*	1	1	4
Рак шейки матки	предстоящая терапия	4	2	4	2	2
рак эндометрия †		4	2	4	2	1
Рак яичника †		3	2	3	2	1
Рассеянный склероз	а) с длительной иммобилизацией	1	1	1	1	3
	б) без длительной иммобилизации	1	1	1	1	1
Ревматоидный артрит	а) на иммуносупрессивной терапии	2	1	2	1	2
	б) не на иммуносупрессивной терапии	1		1	1	2
Сахарный диабет	а) гестационный в анамнезе	1		1	1	1
	б) без поражения сосудов					
	i) инсулиновозависимый	1		2	2	2
	ii) инсулиновозависимый	1		2	2	2
	в) нефро- / ретино- / нейропатия †	1		2	2	2
	г) другие сосудистые заболевания или длительность диабета >20 лет †	1		2	2	2
						3/4*
Системная красная волчанка †	а) наличие антифосфолипидных антител (или их наличие не определялось)	1*	1*	3	3	4
	б) тяжелая тромбоцитопения	3*	2*	2*	2*	2*
	в) иммуносупрессивная терапия	2*	1*	2*	2*	2*
	г) ничего из вышеперечисленного	1*	1*	2*	2*	2*
Трансплантация солидного органа †	а) осложнённое течение	3	2	3	2	2
	б) неосложненное течение		2		2	2
тромбогенные мутации установленные (V фактор (Лейден), протромбин, дефицит протеинов S и C, антитромбина) †		1*		2*	2*	4*
Туберкулэз † (см. Лекарственное взаимодействие)	а) экстрагенитальный	1	1	1	1*	1*
	б) внутренних половых органов	4	3	4	3	1*

Тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия легочной артерии	a) ТГВ/ТЭЛА в анамнезе	1	2	2	2	4		
	1) высокий риск рецидива	1	2	2	2	4		
	2) низкий риск рецидива	1	2	2	2	3		
	б) острые ТГВ/ТЭЛА	1	3	3	3	4		
	в) ТГВ/ТЭЛА и АК- терапия не <3 мес.							
	г) ТГВ/ТЭЛА в анамнезе, на фоне антикоагулянтной терапии	1	2	2	2	4		
	1) высокий риск рецидива	2	2	2	2	4*		
	2) низкий риск рецидива	2	2	2	2	3*		
	д) отягощенный семейный анамнез (1ая степень родства)	1	1	1	1	2		
	е) большая операция							
	1) с длительной иммобилизацией	1	2	2	2	4		
	2) без длительной иммобилизации	1	1	1	1	2		
	ж) малая операция без иммобилизации	1	1	1	1	1		
	Хирургическое вмешательство на органах таза в анамнезе	1	1	1	1	1		
Холестаз в анамнезе	а) связанный с беременностью	1	1	1	1	2		
	б) связанный с приемом КГК	1	2	2	2	3		
Цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN)		1	2	2	1	2		
Цирроз печени	а) легкой степени	1	1	1	1	1		
	б) тяжёлый, декомпенсированный †	1	3	3	3	4		
Шистосомоз	а) неосложненный	1	1	1	1	1		
	б) фиброз печени	1	1	1	1	1		
Эктропион шейки матки		1	1	1	1	1		
Эндометриоз		2	1	1	1	1		
Эпилепсия †	См. Лекарственное взаимодействие	1	1	1*	1*	1*		
Лекарственное взаимодействие								
Антиретровирусная терапия	Фозампренавир (FPV) Все другие АРТ-препараты:	1/2	1*	1/2	1*	2*	2*	3*
НИОТ	ABC, TDF, AZT, ZTC, DDI, FTC, D4T	2/3	2*	2/3*	2*	1	1	1
ННИОТ	EFV, NVP ETR, RPV	2/3	2*	2/3*	2*	2*	2*	2*
Ингибиторы протеазы	ATV/r, LPV/r, DRV/r, RTV	2/3	2*	2/3*	2*	2*	2*	2*
Ингибиторы интегразы	RAL	2/3	2*	2/3*	2*	1	1	1
Противосудорожная терапия	а) конкретные препараты: фенитоин, карbamазепин, барбитураты, примидон, топирамат, оскарбазепин б) ламотриджин	1		1		2*	3*	3*
Противомикробная терапия	а) антибиотики широкого спектра б) противогрибковые средства в) антипаразитарные средства г) рифампицин/ рифабутин	1	1	1	1	1	1	1

Примечание:

† Состояния, повышающие вероятность развития тяжелых осложнений в результате нежелательной беременности.

АГ - артериальная гипертензия; АД - артериальное давление; ВМК - внутриматочный контрацептив; ВТЭ - венозный тромбоэмболизм; КВК - комбинированное вагинальное кольцо; КП - комбинированный пластырь; КОК - комбинированные оральные контрацептивы; ЛНГ-ВМК - левоноргестрел-высвобождающий ВМК; н- начало; НИОТ - нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы; ННИОТ - ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы; НП - не применимо; п-продолжение; ПСТ- только прогестаген-содержащие таблетки; Си- ВМК – медь-содержащий ВМК.

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