

СВОД ПРАКТИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ СРЕДСТВ КОНТРАЦЕПЦИИ

ОБНОВЛЕНИЕ 2008 Г.

РЕЗЮМЕ

«Свод практических рекомендаций по применению средств контрацепции» — одна из четырех составляющих пакета разработанных по принципам доказательной медицины рекомендаций Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по планированию семьи. Данный документ содержит информацию о том, как безопасно и эффективно применять тот или иной метод контрацепции, если его использование возможно с медицинской точки зрения. Рекомендации предназначены для законодателей, руководителей программ и научного сообщества. Они могут быть использованы для организации услуг в области контрацепции при подготовке национальных программ по планированию семьи / охране сексуального и репродуктивного здоровья. Первое издание «Свода практических рекомендаций по применению средств контрацепции» увидело свет в 2002 г., 2-е вышло в 2004 г.

С 1 по 4 апреля 2008 г. в Женеве (Швейцария) ВОЗ провела заседания Экспертной рабочей группы, на которых было переработано 2-е издание документа. При этом эксперты учитывали вновь опубликованные данные и обращения за разъяснениями отдельных пунктов рекомендаций со стороны работников здравоохранения, применяющих их на практике. На заседаниях присутствовали 43 участника из 23 стран, в том числе представители девяти агентств. В рабочую группу вошли международные эксперты в области планирования семьи, в том числе клиницисты, эпидемиологи, организаторы здравоохранения, руководители программ, а также специалисты по выявлению и систематизации доказательных фактов, эксперты в области фармакологии и работники здравоохранения, применяющие рекомендации на практике. Всех членов Экспертной рабочей группы просили сообщить о возможных конфликтах интересов, касающихся предмета заседаний. О таковых заявили трое экспертов±. Отказаться от участия в подготовке текста рекомендаций их не просили.

МЕТОДИКА

С помощью системы, которая позволяет постоянно выявлять новые научные данные (система непрерывного выявления новых доказательных фактов, или система CIRE — Continuous Identification of Research Evidence, www.infoforhealth.org/cire/cire_pub.pl)¹, ВОЗ определила пять рекомендаций из 2-го издания, по которым появились новые данные. Чтобы проанализировать всю информацию по этим рекомендациям, были подготовлены систематические обзоры. Для этого с помощью системы CIRE, а также с помощью поиска в базе данных «PubMed» и Кокрановской библиотеке за период с 1966 по январь 2008 г. были определены научные исследования по соответствующим темам. Кроме того, анализировали библиографические списки к статьям, найденным в результате поиска по базам данных, а также по рекомендациям экспертов. Систематические обзоры были представлены Экспертной рабочей группе заранее и стали основой для дискуссий во время заседаний. Экспертная рабочая группа сформулировала рекомендации по достижению консенсуса.

¹ Mohlajee AP, Curtis KM, Flanagan RG, Rinehart W, Gaffield ML, Peterson HB. Keeping up with evidence: a new system for WHO's evidence-based family planning guidance. *American Journal of Preventive Medicine*, 2005; 28:483–490.

Как пользоваться этим документом

В этом документе суммированы изменения, касающиеся вопросов 6, 9, 11, 18 и 22 2-го издания «Свода практических рекомендаций по применению средств контрацепции». Пересмотренные рекомендации будут опубликованы в 3-м издании. Кроме того, в документе представлены разъяснения, касающиеся вопроса 17.

В резюме включены только измененные рекомендации. Измененный текст выделен полужирным шрифтом. Полный текст каждого вопроса сейчас представлен во 2-м издании документа (доступно по адресу: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/spr/index.htm>).

Ожидается, что 3-е издание «Свода практических рекомендаций по применению средств контрацепции» будет действовать до 2011 г. Затем Департамент репродуктивного здоровья и исследований в штаб-квартире ВОЗ в Женеве инициирует очередной пересмотр рекомендаций.

Допустимая отсрочка повторного введения медроксипрогестерона ацетата продолжительного действия (МПАПД) увеличена до 4 нед

Чтобы определить порядок действий в случае, когда женщина приходит для очередной инъекции МПАПД позже, чем назначено, были сделаны следующие изменения.

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

Производство инъекции позже рекомендуемого срока

- Если по каким-либо обстоятельствам соблюдение рекомендуемого интервала между повторными инъекциями МПАПД является невозможным, **допускается произвести инъекцию на 4 недели позже установленного графика**. Для НЭЭ этот срок составляет 2 недели. При этом нет необходимости прибегать к какому-либо дополнительному средству контрацепции.
- Если **запоздание превышает 4 недели для МПАПД и 2 недели для НЭЭ**, повторная инъекция может быть произведена, если имеются достаточные основания полагать, что женщина не беременна. В этом случае женщине рекомендуется воздерживаться от половых сношений либо использовать дополнительное средство контрацепции в течение последующих 7 дней. При необходимости женщина может прибегнуть к неотложной контрацепции.

Примечания

По мнению экспертной рабочей группы, вероятность возникновения овуляции является минимальной в течение **4 недель**, следующих за днем, когда должна была быть произведена повторная инъекция МПАПД, и 2 недель, следующих за днем, когда должна была быть

произведена повторная инъекция НЭЭ (рекомендуемый интервал между повторными инъекциями МПАПД и НЭЭ составляет, соответственно, 3 месяца и 2 месяца).

МПАПД следует вводить каждые 3 месяца. Повторную инъекцию МПАПД можно отложить на срок до 4 недель без использования дополнительных средств контрацепции, однако это не означает, что период между инъекциями МПАПД можно увеличить на 4 недели.

Уточнение сроков введения ВМС после родов

Рекомендации по введению ВМС после родов пересмотрены в руководстве «Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции» (4-е издание, в печати). Представленные ниже рекомендации отражают эти изменения.

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

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

- **Медьсодержащую ВМС можно ввести в течение первых 48 ч после родов, в том числе сразу после рождения плаценты.**
- **При родоразрешении путем кесарева сечения медьсодержащую ВМС можно ввести после рождения плаценты до ушивания стенки матки.**

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

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

- **ЛВМС можно ввести в течение первых 48 ч после родов, в том числе сразу после рождения плаценты.**
- **При родоразрешении путем кесарева сечения ЛВМС можно ввести после рождения плаценты до ушивания стенки матки.**

Разъяснения, касающиеся вопроса 17 о пропуске приема комбинированных оральных контрацептивов

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

Экспертная рабочая группа рассмотрела этот вопрос в ответ на обращения за разъяснением текста рекомендации относительно пропуска приема КОК. Данные разъяснения не основаны на новых научных данных, они касаются лишь формулировки рекомендации. В ответе на вопрос 17 каждый раз упоминается пропуск таблеток активного (гормонального) контрацептива. В новом тексте рекомендации указано, что пропущен прием таблеток в **следующие друг за другом дни, т. е. один или два дня подряд, три дня или более подряд.**

К рекомендациям по пропуску противозачаточных таблеток прогестогенового ряда добавлены комментарии по противозачаточным таблеткам, содержащим дезогестрел в дозе 75 мкг

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

Примечания

Существующие рекомендации предусматривают ситуации, когда женщина опаздывает с приемом одной таблетки и более на 3 часа и более. Для женщин, принимающих противозачаточные таблетки, содержащие дезогестрел в дозе 75 мкг, как менструирующих, так и кормящих грудью и не менструирующих, данные рекомендации применяются в тех случаях, когда женщина опаздывает с приемом одной таблетки и более на 12 часов и более.

Расширение возможностей лечения женщин с кровотечением или кровянистыми выделениями на фоне применения инъекционных контрацептивов прогестогенового ряда

К существующим на сегодняшний день рекомендациям, касающимся лечения мажущих кровянистых выделений, легкого кровотечения, а также интенсивного или затяжного кровотечения на фоне применения

инъекционных контрацептивов прогестогенового ряда добавлены два нестероидных противовоспалительных средства — мефенамовая кислота и валдекоксиб.

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

Мажущие кровянистые выделения или легкое кровотечение

- **Если гинекологическая патология отсутствует и женщина считает кровянистые выделения приемлемыми, может быть эффективен короткий курс лечения нестероидными противовоспалительными средствами.** Если женщина решила прекратить применение инъекционных контрацептивов, врач должен помочь ей подобрать более приемлемый для нее метод контрацепции.

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

- Если кровотечение начинает представлять угрозу для здоровья женщины или она испытывает острый психологический дискомфорт по причине непрекращающегося кровотечения, следует прекратить использование инъекционного контрацептива. Врач должен помочь женщине подобрать более приемлемый для нее метод контрацепции. **В промежутке может быть эффективен короткий курс лечения этинилэстрадиолом или нестероидными противовоспалительными средствами.**

Примечания

Экспертная рабочая группа проанализировала немногочисленные имеющиеся данные о лечении легких и интенсивных кровотечений и определила следующие лекарственные средства, короткий курс (длительностью 5—7 суток) лечения которыми может быть эффективен.

Мажущие кровянистые выделения или легкое кровотечение

- **Нестероидные противовоспалительные средства**
Мефенамовая кислот
Валдекоксиб

Интенсивное или затяжное кровотечение

- **Нестероидные противовоспалительные средства**
Мефенамовая кислота
Валдекоксиб
- **Гормональные средства**
Этинилэстрадиол

ИЗМЕНЕНИЯ БИБЛИОГРАФИЧЕСКОГО СПИСКА КО 2-МУ ИЗДАНИЮ

Вопрос 6

- Steiner MJ, Kwok C, Stanback J, Byamugisha JK, Chipato T, Magwali T et al. Injectable contraception: what should the longest interval be for re-injections? *Contraception*, 2008; 77:410–414.
- Jain J, Dutton C, Nicosia A, Wajszczuk C, Bode FR, Mishell DR, Jr. Pharmacokinetics, ovulation suppression and return to ovulation following a lower dose subcutaneous formulation of Depo-Provera. *Contraception*, 2004; 70:11–18.
- Toh YC, Jain J, Rahny MH, Bode FR, Ross D. Suppression of ovulation by a new subcutaneous depot medroxyprogesterone acetate (104 mg/0.65 mL) contraceptive formulation in Asian women. *Clinical Therapeutics*, 2004; 26:1845–1854.
- Fotherby K, Koetsawang S, Mathrubutham M. Pharmacokinetic study of different doses of Depo Provera. *Contraception*, 1980; 22:527–536.
- Banerjee SK, Baweja R, Bhatt RV, Chatterjee A, Choudhury SD, Coyaji B, et al. Comparative evaluation of contraceptive efficacy of norethisterone oenanthate (200 mg) injectable contraceptive given every two or three monthly. Indian Council of Medical Research Task Force on Hormonal Contraception. *Contraception*, 1984; 30:561–574.
- Fotherby K, Yong-En S, Howard G, Elder MG, Muggeridge J. Return of ovulation and fertility in women using norethisterone oenanthate. *Contraception*, 1984; 29:447–455.
- Zalanyi S, Landgren BM, Johansson E. Pharmacokinetics, pharmacodynamic and endometrial effects of a single dose of 200 mg norethisterone enanthate. *Contraception*, 1984; 30:225–237.
- Fotherby K, Hamawi A, Howard G, Bye PG, Elder M. Pharmacokinetics of different doses of norethisterone oenanthate. *Contraception*, 1984; 29:325–333.
- Werawatgoompa S, Vaivanijkul B, Leepipatpaiboon S, Channiyom K, Virutamasen P, Dusitsin N. The effect of injectable norethisterone oenanthate on ovarian hormones in Thai women. *Contraception*, 1980; 21:299–309.
- Goebelsmann U, Stanczyk FZ, Brenner PF, Goebelsmann AE, Gentschein EKE, Mishell DR, Jr. Serum norethindrone (NET) concentrations following intramuscular NET enanthate injection. Effect upon serum LH, FSH, estradiol and progesterone. *Contraception*, 1979; 19:283–313.
- Fotherby K, Howard G, Shrimanker K, Elder M, Bye PGT. Occurrence of ovulation in women receiving the injectable contraceptive norethisterone oenanthate. *Contraception*, 1978; 18:535–542.
- Schwallie PC, Assenzo JR. The effect of depo-medroxyprogesterone acetate on pituitary and ovarian function, and the return of fertility following its discontinuation: a review. *Contraception*, 1974; 10:181–202.
- Morrison C, Waszak C, Katz K, Diabate F, Mate EM. Clinical outcomes of two early postpartum IUD insertion programs in Africa. *Contraception*, 1996; 53:17–21.
- El-Shafei MM, Mashali A, Hassan EO, El-Boghdadi, El-Lakkany N. Postpartum and postabortion intrauterine device insertion unmet needs of safe reproductive health: Three years experience of a Mansoura University Hospital. *Egyptian Society of Obstetrics and Gynecology*, 2000; 26:253–262.
- Muller ALL, Ramos JGL, Martins-Costa SH, Dias RSP, Valerio EG, Hammes LS et al. Transvaginal ultrasonographic assessment of the expulsion rate of intrauterine devices inserted in the immediate postpartum period: a pilot study. *Contraception*, 2005; 72:192–195.
- Zhou SW, Chi IC. Immediate postpartum IUD insertions in a Chinese hospital – a two year follow-up. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 1991; 35:157–164.
- Bonilla Rosales F, Aguilar Zamudio ME, Cazares Montero M de L, Hernandez Ortiz ME, Luna Ruiz MA. Factors for expulsion of intrauterine device TCu380A applied immediately postpartum and after a delayed period. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2005; 43:5–10.
- Lara R, Sanchez RA, Aznar R. [Application of intrauterine device through the incision of the cesarean section]. *Ginecología y Obstetricia de Mexico*, 1989; 57:23–27.
- Welkovic S, Costa LO, Faundes A, de Alentar Ximenes R, Costa CF. Post-partum bleeding and infection after post-placental IUD insertion. *Contraception*, 2001; 63:155–158.
- Celen S, Moroy P, Sucak A, Aktulay A, Danisman N. Clinical outcomes of early postplacental insertion of intrauterine contraceptive devices. *Contraception*, 2004; 69:279–282.
- Eroglu K, Akkuzu G, Vural G, Dilbaz B, Akin A, Taskin L et al. Comparison of efficacy and complications of IUD insertion in immediate postplacental/early postpartum period with interval period: 1 year follow-up. *Contraception*, 2006; 74:376–381.
- Mishell DR, Jr., Roy S. Copper intrauterine contraceptive device event rates following insertion 4 to 8 weeks post partum. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1982; 143:29–35.

Вопрос 18

- Korver T, Klipping C, Heger-Mahn D, Duijkers I, van Osta G, Dieben T. Maintenance of ovulation inhibition with the 75-µg desogestrel-only contraceptive pill (Cerazette®) after scheduled 12-h delays in tablet intake. *Contraception*, 2005; 71:8–13.

Вопрос 22

- Tantiwattanakul P, Taneepanichskul S. Effect of mefenamic acid on controlling irregular uterine bleeding in DMPA users. *Contraception*, 2004; 70:277–279.
- Nathirojanakun P, Taneepanichskul S, Sappakitjorn N. Efficacy of a selective COX-2 inhibitor for controlling irregular uterine bleeding in DMPA users. *Contraception*, 2006; 73:584–587.

© Всемирная организация здравоохранения

За дополнительной информацией просьба обращаться в:

Department of Reproductive Health and Research,
World Health Organization
Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27, Switzerland
факс: reproductivehealth@who.int

Доктор А. Глазьер работает в клинике, которая получает гранты на научные исследования от четырех компаний, производящих различные контрацептивы. Доктор J. Shelton владеет акциями фармацевтической компании, производящей антиретровирусные средства. Доктор E. Weisberg получает гранты на научные исследования в области контрацепции от четырех компаний, производящих контрацептивы. Она является также членом консультативного совета компании — производителя вакцины против вируса папилломы человека, а также консультативного совета по обучению по проблемам контрацепции, финансируемого компанией — производителем контрацептивов.