

ИЗБРАНИ ПРЕПОРАКИ ОД ПРАКТИКАТА ЗА УПОТРЕБА НА КОНТРАЦЕПТИВИ

Второ издание, 2004 г.



ИЗБРАНИ ПРЕПОРАКИ ОД ПРАКТИКАТА ЗА УПОТРЕБА НА КОНТРАЦЕПТИВИ

Второ издание, 2004



Објавено од Светската здравствена организација во 2004 година
под наслов Selected practice recommendations for contraceptive use - 2nd edition
© Светска здравствена организација 2004

Светската здравствена организација ги одобри правата на превод и објавување за изданието на македонски јазик на Фондот за население на Обединетите нации (УНФПА), кој е единствено одговорен за македонското издание.

ИЗБРАНИ ПРЕПОРАКИ ОД ПРАКТИКАТА ЗА УПОТРЕБА НА КОНТРАЦЕПТИВИ
© Фонд за население на Обединетите нации (УНФПА) 2014

Избрани препораки од практиката за употреба на контрацептиви. -- 2 издание

1. Контрацепција – методи 2. Средства за контрацепција, за жени 3. Контрацептиви, орални, хормонски 4. Интраутерини влошки 5. Природни методи за планирање на семејството 6. Медицина заснована на докази 7. Упатства за практиката I. Светска здравствена организација II. Средба на Експертската работна група за ажурирање на Избраните примери од практиката за употреба на контрацептиви (2004: Женева, Швајцарија)

Благодарност

Овој документ е плод на соработката меѓу Одделот за репродуктивно здравје и истражување на Светската здравствена организација и голем број меѓународни агенции и организации активни во областа на политиките и програмите за планирање на семејството. Следните субјекти обезбедија финансии и друга поддршка за проектот: Владата на Соединетите Американски Држави (преку Агенцијата за меѓународен развој на САД, центрите за контрола и спречување на болести и Националниот институт за здравје на децата и развој на човекот), Меѓународната федерација за планирање на семејството и Фондот за население на Обединетите нации. Им изразуваме голема благодарност за поддршката.

Претставници на 10 агенции и организации, заедно со 19 други лица, учествуваа како експерти на состаноците, на коишто се постигна консензус за овие препораки за употреба на контрацептиви. Им изразуваме голема благодарност на сите нив за посветеното време и за стручноста во градењето на консензусот.

Доказите врз коишто се засновани одлуките во овој документ, во голем дел извлечени преку систематско проучување на стручна литература спроведено од страна на К. М. Кертис, М. Е. Гефилд, А. П. Мохлаци и К. Нанда. Кертис, Мохлаци и Нанда обезбедија и значителна поддршка за Секретаријатот. Х. Петерсон беше главен координатор на проектот за Секретаријатот на СЗО, во којшто беа вклучени К. Е. Крисман, К. Чрч, М. Е. Гефилд, Џ. Хуезо, С. Џонсон, Г. Лемпти, Е. Марш и Р. Салем. М. Данфи и К. Хамил беа одговорни за дизајнот и структурата на изданието. М. Ни Меараин беше одговорна за дизајнот на корицата. Би сакале да им изразиме голема благодарност на овие лица, како и на Л. Едуард (Фонд за население на Обединетите нации) и на Џ. Шелтон (Агенција за меѓународен развој на САД) за големата поддршка за ова активност. Би сакале да му искажеме искрена благодарност и на Пол Ф. А. ван Лок, директор на Одделот за репродуктивно здравје и истражување во СЗО, за корисната помош и деталната рецензија на ова издание.

Благодарни сме им и на лицата кои учествуваа како рецензенти во Системот за континуирана идентификација на докази од истражувања (CIRE): П. Корфман, М. Кравиото, А. Гласиер, Џ. Жиленбо, М. Гулмезоглу, К. Хагенфелд, Р. Хечер, П. Лумбиганон, П. Лајнам, П. Марчбенкс, О. Мејрик, К. Нанда, Д. Скег и Е. Вајсберг.

Фондот за население на Обединетите нации обезбеди делумно финансирање за печатењето и дисеминацијата на ова издание, за што му изразуваме благодарност.

За дополнителни информации за изданието, ве молиме обратете се во Одделот за репродуктивно здравје и истражување, Светска здравствена организација, 1211 Женева 27, Швајцарија. Директен факс: + 41 22 791 4189; е-пошта: rhpublications@who.int

Дополнителни примероци може да се добијат од: Центар за документација, Оддел за репродуктивно здравје и истражување, Светска здравствена организација, 1211 Женева 27, Швајцарија. Директен факс: + 41 22 791 4189; телефон: + 41 22 791 4447; е-пошта: rhpublications@who.int. Овој документ е достапен и на веб-локацијата на СЗО за репродуктивно здравје: www.who.int/reproductive-health. Сите ажурирања на податоците содржани во овој документ најпрво ќе се објават на веб-локацијата.

Листа на кратенки

КИК	Комбиниран инјекционен контрацептив
КОК	Комбиниран орален контрацептив
ДМПА	Депо медроксипрогестерон ацетат
УПТ	Ургентна посткоитална таблета
ХИВ	Вирус на хумана имунодефициенција
МФПС	Меѓународна федерација за планирање на семејството
ИУВ	Интраутерина влошка
МЛА	Метод на лактациска аменореја
ЛНГ ИУВ	Левоноргестрел-ослободувачка ИУВ
НЕТ-ЕН	Норетистерон енантат
НСАИЛ	Нестероиден антиинфламаторен лек
ПИБ	Пелвична инфламаторна болест
ПОИ	Прогестоген во ампуларна форма
ПОП	Прогестоген во форма на таблета
МСД	Метод на стандардни денови
СПИ	Сексуално преносливи инфекции
СЗО	Светска здравствена организација

Содржина

Извршно резиме	1
Преглед	2
Цел	3
Историјат	3
Сексуално и репродуктивно здравје	4
Прашања за квалитетот на услугите кои влијаат на употребата на методот и пристапот до нив	5
Ефективност на методот	5
Посебни аспекти	8
Враќање на плодноста	8
СПИ и контрацепција: двојна заштита	8
Адолесценти	8
Клиенти со посебни потреби	9
Метод на работа	12
Како да се користи овој документ	14
Програмски импликации	15
Резиме на промените од првото издание	16

Извршно резиме

Овој документ е еден од двата темелници засновани на докази на новата иницијатива на Светската здравствена организација (СЗО) за изготвување и примена на упатства за планирање на семејството засновани на докази. Првиот темелник, *Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви (трето издание)*, објавен во 2004 г., дава насоки за тоа кој може безбедно да користи различни методи за контрацепција. Овој документ, *Избрани препораки од практиката за употреба на контрацептиви (второ издание)*, дава насоки за тоа како да се користат безбедно и ефективно методите за контрацепција откако ќе биде утврдено дека се соодветни од медицински аспект. Препораките содржани во овој документ се резултат на процес којшто кулминира со средба на Експертската работна група во Светската здравствена организација во Женева од 13 до 16 април 2004 г. На средбата учествуваа 29 лица, вклучително и претставници на 10 агенции и организации, од 15 земји, за да дадат избрани препораки од практиката за употребата на контрацептивите. Листата со учесници е дадена на крајот на документот. Препораките се одговори на Експертската работна група на 33 конкретни прашања избрани од СЗО, вклучително 10 нови прашања за второто издание. Овие прашања беа избрани врз основа на: 1) важни контроверзни или недоследни информации во постојните упатства, 2) веројатноста дека се достапни соодветни докази и 3) предлозите од учесници во Експертската работна група и од организации/агенции за планирање на семејството.

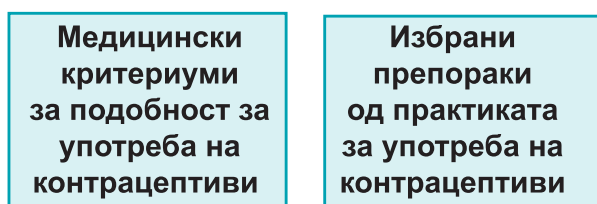
Документот дава избрани примери за практиката засновани на најдобрите достапни докази и наменет е за примена од страна на лица кои формулираат политики, раководители на програми и од научната заедница. Неговата цел е да даде насоки што ќе може да се искористат во подготовката на упатства за давање контрацептиви во рамките на националните програми за планирање на семејството / репродуктивното здравје. Документот ги опфаќа следните методи за планирање на семејството: комбинирани орални контрацептиви (КОК), комбинирани инјекциони контрацептиви (КИК), прогестерон во форма на таблети (ПОП), депо медроксипрогестерон ацетат (ДМПА), норетистерон енантат (НЕТ-ЕН), импланти со левоноргестрел, ургентни посткоитални таблети (УПТ), бакарни интраутерини влошки, левоноргестрел-ослободувачки интраутерини влошки (ЛНГ ИУВ), методи засновани на следење на плодноста и стерилизација.

СЗО ќе ги ажурира и надополнува препораките во овој документ на соодветни интервали преку средби на Експертската работна група на секои три-четири години и преку добивање информации од Управувачката група за упатства за планирање на семејството по потреба. Овие препораки ќе бидат достапни на веб-локацијата на СЗО (www.who.int/reproductive-health). Веб-локацијата ќе содржи и дополнителни информации, коишто според СЗО се релевантни за препораките, во очекување на постигнувањето на следниот формален консензус на средба на Експертската работна група. Таквите ажурирања се особено потребни во однос на прашањата, за коишто бргу се менува базата на докази. СЗО ги поттикнува истражувачите да се осврнат на главните нерешени прашања во врска со избраните препораки за употреба на контрацептиви. СЗО со задоволство прифаќа коментари и предлози за подобрување на ова упатство.

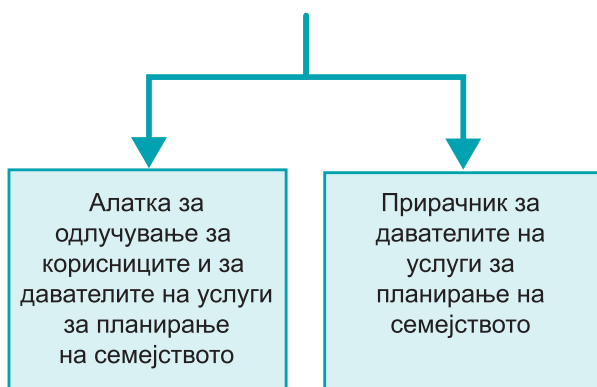
Преглед

Во 1999 г. СЗО го разгледа своето упатство за планирање на семејството и заклучи дека е неопходно создавање нови упатства засновани на докази. Следствено на тоа, СЗО одлучи да ја прошири серијата упатства за планирање на семејството засновани на докази, започнувајќи со второто издание на *Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви*, објавено во 2000 г. Првите два темелници на оваа серија заснована на докази (приказ 1) се: *Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви*, што дава насоки за тоа КОЈ може безбедно да ги користи методите за контрацепција и овој документ, *Избрани препораки од практиката за употреба на контрацептиви*, што дава насоки за тоа КАКО безбедно и ефективно да се користат методите за контрацепција. Овие два документи даваат упатства засновани на докази за избор (*Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви*) и на докази за употреба (*Избрани препораки од практиката за употреба на контрацептиви*) на методи за контрацепција. Третиот и четвртиот темелник, Алатка за носење одлуки за клиенти и даватели на услуги за планирање на семејството и Прирачник за даватели на услуги поврзани со планирањето на семејството, се подготвуваат како практични алатки за подобрување на квалитетот на советувањето и давањето услуги во однос на планирање на семејството. Овие две алатки ги вклучуваат насоките содржани во *Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви* и *Избрани препораки од практиката за употреба на контрацептиви*. Сите четири темелници најдобро се толкуваат и се употребуваат во поширок контекст на сексуалното и репродуктивното здравје.

Приказ 1. Четири темелници на упатствата за планирање на семејството



Ова се упатства засновани на докази и донесени со консензус. Тие даваат препораки формулирани од Експертската работна група засновани на проценка на релевантните докази. Документите редовно се ревидираат и се ажурираат.



Ова се алатки кои произлегуваат главно од *Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви*, од *Избрани препораки од практиката за употреба на контрацептиви* и од докази од истражувања во општествените науки за тоа како да се задоволат потребите на корисникот на услугите за планирање на семејството. Тие ќе се ажурираат паралелно со ажурирањето на упатствата или со појавувањето на нови докази.

Постапка со којашто се гарантира дека упатствата се актуелни:

- 1) Идентификување нови релевантни докази штом ќе станат достапни преку тековно сеопфатно библиографско истражување.
- 2) Критичко оценување на новите докази.
- 3) Евалуација на новите докази, имајќи ги предвид претходните докази, преку систематско истражување на литературата.
- 4) Утврдување дали новите собрани докази се доволни за да оправда ажурирањето на постојните препораки.
- 5) Обезбедување ажурирани податоци на веб-локацијата на Одделот по потреба и утврдување на потребата од свикување состанок на Експертската работна група за преценување на препораките.

Цел

Целта на овој документ е на креаторите на политики, носителите на одлуки и на научната заедница да им обезбеди група препораки што можат да се искористат во насока на развивање или ревидирање национални упатства за избрани препораки од практиката за употреба на контрацептиви.

Овој документ се осврнува на тековните контроверзни и недоследни информации за тоа како да се максимизира ефективноста на методите за контрацепција и како да се ублажат несаканите дејства и другите проблеми при употреба. Методите, за коишто упатствата во минатото најчесто давале недоследни информации, ги вклучуваат следните: комбинирани орални контрацептиви (КОК), комбинирани инјекциони контрацептиви (КИК) прогестерон во форма на таблети (ПОП), депо медроксипрогестерон ацетат (ДМПА), норетистерон енантат (НЕТ-ЕН), импланти со левоноргестрел, ургентни посткоитални таблети (УПТ), бакарни интраутерини влошки, левоноргестрел-ослободувачки интраутерини влошки (ЛНГ ИУВ), методи засновани на следење на плодноста и стерилизација.

Овој документ не нуди строги упатства, туку нуди препораки што даваат основа за рационализирање на употребата на различни контрацептиви имајќи ги предвид најсовремените достапни информации.

Поради фактот дека во државите состојбите и програмскиот контекст доста варираат, несоодветно би било да се поставуваат строги меѓународни упатства за употреба на контрацептиви. Сепак, се смета дека националните програми ќе го искористат овој документ во ажурирањето или во развојот на сопствените упатства во согласност со соодветните национални здравствени политики, потреби, приоритети и ресурси. Намерата е да се помогне во подобрувањето на пристапот до услугите поврзани со планирањето на семејството и во подобрувањето на нивниот квалитет. Ваквите подобрувања мора да се спроведуваат во контекст на медицинска безбедност и во контекст на одлуки коишто корисниците ќе ги носат низ информираност. Прилагодувањето не е секогаш лесна задача и најдобро е да го спроведуваат оние кои се најдобро запознаени со актуелните здравствени состојби, со начинот на однесување и со културите.

Историјат

Во изминатите 30 години се оствари значителен напредок во развојот на нови контрацептивни технологии, вклучително и премин од високодозни на нискодозни комбинирани орални контрацептиви и од инертни на бакарни и левоноргестрел-ослободувачки ИУВ. Покрај тоа, се воведоа и комбинирани инјекциони контрацептиви, комбиниран хормонски фластер и вагинален прстен и прогестоген во ампуларна форма и во форма на имплант. Но, сегашните здравствени политики и практики во некои земји се засноваат на научни испитувања на производи за контрацепција што повеќе немаат широка примена, на долгогодишни теоретски основи што никогаш не се поткрепени, или се засноваат на личниот избор на давателот на услуги или на она што тој го претпочита. Ваквите застарени политики или практики често го ограничуваат квалитетот на услугите за планирање на семејството и пристапот на клиентите до нив. Овој документ има цел да ги ажурира избраните препораки од практиката применети во обезбедувањето контрацептиви, со фокус на хормонските контрацептиви, ИУВ, ургентната контрацепција и стерилизацијата.

Сексуално и репродуктивно здравје

“Репродуктивните права опфаќаат одредени човекови права коишто веќе се признаени во националните закони, меѓународните документи за човекови права и во други релевантни документи носени со консензус. Овие права почиваат на препознавањето на основното право на сите двојки и поединци слободно и одговорно да решаваат за бројот, редоследот и времето кога ќе имаат деца и да бидат информирани за ова право, за начините како да го сторат тоа и за правото за највисоки стандарди за сексуално и репродуктивно здравје.“ (став 95, Пекиншка платформа за акција, 1995).

Репродуктивното и сексуалното здравје, како и здравствените услуги и информации за планирање на семејството, не само што се сметаат за клучна интервенција во подобрување на здравјето на жените и децата, туку се и човеково право. Сите поединци имаат право на пристап, право на избор и право на придобивките од напредокот во науката при изборот на методот за планирање на семејството. Пристапот до контрацептиви заснован на права претполага холистичко гледање на клиентите, а тоа подразбира дека треба да се земат предвид потребите на клиентот во поглед на сексуалното и репродуктивното здравје и да се разгледаат сите соодветни критериуми за подобност и препораки од практиката при помошта на клиентите во изборот и примената на метод за планирање на семејството.

Иако овој документ првенствено се осврнува на избраните препораки од практиката за употреба на контрацептиви, мора да се земат предвид медицинските критериуми за подобност за користење контрацептиви. Покрај тоа, мора да се смета и на социјалните, на бихевиоралните и на други немедицински критериуми, особено на тоа што претпочита клиентот. Кога се обезбедува избор на контрацептиви со којшто на клиентите ќе им се запазат човековите права, потребно е да им се овозможи носење самостојни одлуки засновани на информираност. Меѓутоа, изборот на жените честопати е условен или ограничен од директни или индиректни социјални, економски и културни фактори. Од аспект на жените, одлуките се носат во конкретно време, општествен и културолошки контекст; одлуките се сложени, вклучуваат повеќе фактори и се подложни на промени. Носењето одлука за контрацепција обично подразбира премерување на различните методи, со предности и недостатоци на конкретните контрацептивни методи коишто варираат според индивидуални услови, гледишта и толкувања.

Обезбедувањето здравствена грижа во согласност со човековите и репродуктивните права на клиентот е од фундаментално значење за квалитетот на грижата. Развојот на меѓународните норми за медицински критериуми за подобност и развојот на препораките од практиката за употреба на контрацептиви се само еден аспект од подобрувањето на грижата за репродуктивното здравје. Многу програми за планирање на семејството опфаќаат скрининг, лекување и следење коишто ги одразуваат високите стандарди во јавното здравство и клиничката практика, но не треба се сметаат како барања за подобност за специфични методи на контрацепција. Ваквите процедури вклучуваат скрининг и лекување на ракот на грлото на матката, анемијата и на сексуално преносливите инфекции (СПИ), и поттикнување на доењето и откажување од пушење. Доколку се достапни човечки и материјални ресурси, таквите постапки треба силно да се поттикнат, но кога не се неопходни за утврдување подобност за употребата или продолжувањето на конкретен метод, не треба да се сметаат за предуслов во прифаќањето и употребата на методи за планирање на семејството.

Прашања за квалитетот на услугите кои влијаат на употребата на методот и пристапот до нив

Иако овој документ главно се осврнува на избрани препораки од практиката за употреба на контрацептиви, во соодветното обезбедување контрацептиви постојат многу други прашања коишто треба да се разгледаат, вклучувајќи ги и следните критериуми за давање услуги коишто имаат општа важност за почетокот и за контролата на употребата на сите методи на контрацепција.

- а) На клиентите треба да им се обезбедат соодветни информации со цел информирано и доброволно да го изберат методот на контрацепција. Информациите што треба да им се дадат на клиентите при одлучувањето, во најмала рака, треба да го вклучат следното: разбирање на релативната делотворност на методот; соодветна употреба на методот; начинот на делување; вообичаени несакани дејства; ризици по здравјето и придобивки од методот; знаци и симптоми што ќе укажат на потребата да се посети клиника; информации за враќањето на плодноста откако ќе се прекине примената на методот; и информации за заштита од СПИ.
- б) За методите за коишто е неопходен хируршки пристап, односно вметнување, ставање и/или отстранување од страна на обучен давател на здравствена услуга (стерилизација, импланти, ИУВ, дијафрагми, цервикални капи) мора да има соодветно обучен кадар во соодветно опремени и пристапни објекти со цел методите да се понудат, а мора да се следат и соодветни постапки за спречување болести.
- в) Треба да се одржува и чува соодветна опрема и резерви (на пример, контрацептивни средства, опрема и резерви за постапки за превенција на инфекции).
- г) На давателите на услуги треба да им се дадат упатства (или картички за клиенти или други алатки за испитување) за да им се овозможи соодветно испитување на клиентите во поглед на условите во коишто употребата на одредени контрацептивни методи ќе носи неприфатливи ризици по здравјето.
- д) Давателите на услуги треба да бидат обучени да понудат советување за планирање на семејството за да им помогнат на клиентите да донесат обмислена и доброволна одлука во однос на сопствената плодност. Советувањето е клучен елемент во квалитетот на здравствената грижа и тоа е и важен дел од започнувањето и посетите за контрола, а треба да одговара на потребите на клиентот и тоа не само во поглед на контрацепција, туку и во однос на сексуалната активност и на спречувањето на СПИ, и на заразувањето со вирусот на хумана имунодефициенција (ХИВ).

Ефективност на методот

Изборот на контрацептив делумно зависи од ефективноста на методот за контрацепција во спречувањето на несаканата бременост, а тоа пак, кај некои методи не зависи исклучиво од самиот метод, туку и од тоа колку доследно и исправно се применува тој. Во Табела 1 направена е споредба на процентот на жени кај коишто се јавува несакана бременост во првата година на употреба на метод за контрацепција кога методот се применува идеално (доследно и исправно) и кога се користи типично. Доследната и исправната употреба можат во голема мера да варираат и тоа во зависност од возраста, приходите, желбата на корисниците да ја спречат или одложат бременоста, и од културата. Кај методите кои зависат од доследната и исправна примена од страна на клиентите постои голем опсег на ефективност. Повеќето мажи и жени обично стануваат поефикасни корисници преку искуството со даден метод. Но, распоредот на употреба, исто така, силно влијае врз ефикасноста на методот.

Табела 1. Процент на жени со несакана бременост во првата година на употреба и процент на жени кои продолжуваат со употреба до крајот на првата година. (Соединетите Американски Држави).

Метод (1)	% на жени со несакана бременост во текот на првата година на употреба		% на жени со континуирана употреба во првата година ³ (4)
	Типична употреба ¹ (2)	Идеална употреба ² (3)	
Без метод ⁴	85	85	
Спермициди ⁵	29	18	42
Прекинат однос	27	4	43
Периодична апстиненција	25		51
Календар		9	
Метод на овулација		3	
Симптоматско-термален ⁶		2	
Постовулациски		1	
Цервикална капа ⁷			
Жени кои родиле	32	26	46
Жени кои не родиле	16	9	57
Сунѓер			
Жени кои родиле	32	20	46
Жени кои не родиле	16	9	57
Дијафрагма ⁷	16	6	57
Кондом ⁸			
Жени (реалност)	21	5	49
Мажи	15	2	53
Комбинирана таблета и таблета само со прогестоген	8	0.3	68
Комбиниран хормонски фластер (Evra)	8	0.3	68
Комбиниран хормонски прстен (NuvaRing)	6	0.3	68
ДМПА (Depo-Provera)	3	0.3	56
Комбинирана ампула (Lunelle)	3	0.05	56
ИУВ			
ParaGard (бакарен Т)	0.8	0.6	78
Mirena (ЛНГ ИУС)	0.1	0.1	81
Импланти со ЛНГ (Norplant, Norplant-2/Jadelle)	0.05	0.05	84
Стерилизација на жената	0.5	0.5	100
Стерилизација на мажот	0.15	0.10	100

Ургентни посткоитални таблети: со третман спроведен до 72 часа по незащитениот однос ризикот од бременост се намалува за најмалку 75%.

Метод на лактациска аменореја: МЛА е мошне делотворен, привремен метод на контрацепција.⁹

Извор: Trussell J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Nelson A, Cates W, Guest F, Kowal D. *Contraceptive Technology*. Eighteenth Revised Edition. New York, NY, Ardent Media, 2004.

Забелешка: Оваа табела е прилагодена од изворниот документ со вклучување на генерички и комерцијални имиња и со модифицирање на фусотите.

Забелешки:

- 1 Процентот на несакана бременост кај *типичните* двојки кои започнуваат со употреба на метод (не секогаш по прв пат) доколку од некоја друга причина не запрат со употреба. Проценките за веројатноста за бременост во првата година од типичната употреба на спермициди, прекинат однос, периодична апстиненција, дијафрагма, кондом кај мажи, таблети и Depo-Provera се преземени од *Националното испитување на порастот на семејството (National Survey of Family Growth)* од 1995 г., со исправки на нецелосните податоци за абортус; види во изворникот (Trussel J, 2004) за изведените проценки во однос на другите методи.
- 2 Процентот на несакана бременост кај двојки кои започнуваат со употреба на метод (не секогаш по прв пат) и кои го прават тоа *идеално* (доследно и исправно) во текот на првата година доколку од некоја друга причина не запрат со употреба; види во изворникот (Trussel J, 2004) за изведените проценки во однос на другите методи.
- 3 Процентот кај двојки кои избегнуваат бременост и кои продолжуваат со употреба на методот во текот на една година.
- 4 Процентите на случаи со забременување во колоните (2) и (3) се засноваат на податоци од популации кај кои не се користи контрацепција и од жени кои престануваат да користат контрацепција за да забременат. Кај таквите популации околу 89% забременуваат во текот на една година. Оваа проценка беше малку намалена (на 85%) со цел да се претстави процентот на жени кои ќе забременат во текот на една година, а кои применуваат реверзибилни методи на контрацепција доколку во целост се откажале од контрацепција.
- 5 Пени, креми, гелови, вагинални супозитории и вагинален филм.
- 6 Метод на цервикална слуз (овулација), надополнет со календарскиот метод пред овулација и методот на телесна температура по овулацијата.
- 7 Со спермициден крем или гел.
- 8 Без спермициди.
- 9 Но, заради делотворна заштита од забременување, потребно е да се применува и друг метод на контрацепција откако ќе се врати менструацијата, честотата и времетраењето на доење ќе се намали, ќе се започне со млеко од шише или откако бебето ќе достигне шестмесечна возраст.

Посебни аспекти

Враќање на плодноста

Употребата на метод за контрацепција, со исклучок на стерилизацијата кај мажот и кај жената, не предизвикува неповратна промена во поглед на плодноста. Враќањето на плодноста е брзо кај сите методи, освен кај ДМПА и кај НЕТ-ЕН; средното одложување за враќањето на плодноста кај овие методи е 10, односно 6 месеци од датумот на последното инјектирање, без оглед на времетраењето на нивната употреба. Стерилизацијата на мажот и на жената треба да се сметаат за трајни методи, а сите поединци и двојки кои размислуваат за овој метод треба соодветно да се советуваат. Од ниеден друг метод не произлегува трајна неплодност.

СПИ и контрацепција: двојна заштита

Иако развојот на меѓународни норми за обезбедување контрацептиви има суштинско значење за квалитетот на грижата кај услугите, истовремено мора да се земат предвид и социјалниот, културолошкиот и бихевиоралниот контекст. Во таа насока, проблемите со изложеноста на СПИ, вклучително и ХИВ, заслужуваат посебно внимание поради еднаквата важност во спречување на бременоста и на полово преносливите инфекции. Кога се јавува ризик од пренесување СПИ/ХИВ важно е давателите на здравствена грижа силно да препорачуваат двојна заштита за сите лица со значителен ризик, и тоа преку паралелно користење кондоми и други методи или само преку доследно и исправно користење кондоми заради спречување на бременоста и на болестите. На мажите и на жените кои бараат совети за контрацепција постојано треба да им се укажува на важноста да користат кондом заради заштита од СПИ/ХИВ, и секогаш кога е можно, таквата употреба треба да се поттикнува и да се овозможува. Се покажа дека машките кондоми од латекс имаат голема ефикасност во спречувањето на пренесувањето на СПИ/ХИВ кога се употребуваат доследно и исправно.

Адолесценти

Адолесцентите начелно можат да користат каков било метод на контрацепција и мора да имаат пристап до различен избор на контрацептиви. Возраста сама по себе не претставува медицинска причина на адолесцентите да им се ускрати кој било метод. Иако се изразува одредена загриженост за употребата на одредени контрацептивни методи кај адолесцентите (на пр., употребата на прогестерон во ампуларна форма за лица под 18-годишна возраст), овие прашања за загриженост мора да се одмерат наспроти предноста од избегнување бременост. Јасно е дека многу од истите критериуми за подобност што важат за постарите клиенти важат и за помладите. Но, одредени состојби (на пр., кардиоваскуларни заболувања) кои можат да ја ограничат употребата на методот кај постарите жени, начелно не влијаат кај младите, бидејќи таквите состојби се ретки кај оваа возрасна група. Социјалните и бихевиоралните прашања треба да имаат важен удел при изборот на контрацептивни методи од страна на адолесцентите. На пример, во одредени околности, кај адолесцентите постои зголемен ризик од СПИ, вклучително ХИВ. Иако адолесцентите можат да се одлучат за кој било метод на контрацепција достапен во нивната заедница, во дадени случаи, најпогодни можат да бидат методите коишто не налагаат секојдневна употреба. Се покажало дека адолесцентите, било да се во брак било да не се, имаат помала толеранција кон несаканите ефекти, и според тоа, имаат висока стапка на прекин на употребата. Изборот на метод може да биде условен и од фактори како што се спорадични односи и потребата да се прикрие сексуалната активност и употребата на контрацепција. На пример, сексуално активните адолесценти кои не се во брак имаат многу поразлични потреби од оние кои се во брак и сакаат да ја одложат, темпираат или да ја ограничат бременоста. Проширувањето на бројот на понудени методи може да доведе до зголемено задоволство, зголемено прифаќање и зголемена примена на контрацептиви. Соодветната едукација и советувањето пред и при изборот на метод можат да им помогнат на адолесцентите да се осврнат на конкретни проблеми и да донесат обмислена и доброволна одлука. Треба да се направат максимални напори за да се спречи ограничувањето на изборот поради трошоците за услугата и за методите.

Клиенти со посебни потреби

Медицинските критериуми за подобност се осврнуваат и на употребата на контрацепција од страна на луѓе со посебна здравствена состојба. Покрај тоа, за да им се обезбеди контрацепција на луѓето со посебни потреби, треба да се разгледаат дополнителни аспекти. Лицата со физички инвалидитет претставуваат една таква група. Во носењето вистинска одлука за контрацепција предвид треба да се земат природата на инвалидноста и на методот, како и желбите на поединецот. Одлуката мора да се заснова на информираност. Аспекти слични на претходните треба да се земат предвид во однос на лица со ментален инвалидитет или сериозни психички болести / нарушувања, душевни заболувања. Во случаи, во коишто природата на болеста не овозможува лицето да донесе одлука заснована на информираност, контрацептивите треба да се ставаат на располагање само по разговор со сите засегнати страни, вклучително старателите или негувателите. При таквата одлука мора да се земат предвид репродуктивните права на лицето.

Табела 2. Листа на прашања предложени на Експертската работна група

1. Кога може жената да започне со комбинирани орални контрацептиви (КОК)?
2. Кога може жената да започне со комбинирани инјекциони контрацептиви (КИК)?
3. Кога може жената да го повтори третманот со комбинирани инјекциони контрацептиви (КИК)?
4. Кога може жената да започне со прогестоген во форма на таблета (ПОП)?
5. Кога може жената да започне со прогестоген во ампуларна форма - депо медроксипрогестерон ацетат (ДМПА) или со норетистерон енантат (НЕТ-ЕН)?
6. Кога може жената да го повтори третманот со прогестоген во ампуларна форма - депо медроксипрогестерон ацетат (ДМПА) или со норетистерон енантат (НЕТ-ЕН)?
7. Кога може жената да започне со употреба на имплант?
8. Колку долго може да се остават имплантите со левоноргестрел во телото?
9. Кога може жената да стави бакарна ИУВ?
10. Дали треба да се дава антибиотска профилакса при ставање бакарна ИУВ?
11. Кога може жената да стави левоноргестрел-ослободувачка ИУВ (ЛНГ ИУВ)?
12. Дали треба да се дава антибиотска профилакса при ставање левоноргестрел-ослободувачка ИУВ (ЛНГ ИУВ)?
13. Како може жената да зема ургентни посткоитални таблети (УПТ)?
14. Дали може жената однапред да добие ургентни посткоитални таблети (УПТ)?
15. Кога може мажот да се потпре на извршената вазектомија како метод за контрацепција?
16. Што може да направи жената која го користи методот на стандардни денови (МСД) доколку нејзиниот менструален циклус е надвор од опсегот 26-32 дена?
17. Што може да направи жената доколку пропушти да земе комбинирани орални контрацептиви (КОК)?
18. Што може да направи жената доколку пропушти да земе прогестоген во форма на таблета (ПОП)?
19. Што може да направи жената доколку повраќа и/или има тешка дијареја при употреба на комбинирани орални контрацептиви (КОК) или прогестоген во форма на таблета (ПОП)?
20. Што може да направи жената за превенција на мачнина и повраќање по земање ургентни посткоитални таблети (УПТ)?
21. Што може да направи жената доколку поврати по земање ургентни посткоитални таблети (УПТ)?

22. Што може да се направи ако жената има менструални абнормалности при употреба на прогестоген во ампуларна форма - депо медроксипрогестерон ацетат (ДМПА) или норетистерон енантат (НЕТ-ЕН)?
23. Што може да се направи ако жената има менструални абнормалности при употреба на импланти?
24. Што може да се направи ако жената има менструални абнормалности при употреба на бакарна ИУВ?
25. Што може да се направи ако жената има менструални абнормалности при употреба на левоноргестрел-ослободувачка ИУВ (ЛНГ ИУВ)?
26. Што треба да се направи доколку кај жена која користи бакарна ИУВ се дијагностицира пелвична инфламаторна болест (ПИБ)?
27. Што треба да се направи доколку кај жена која користи левоноргестрел-ослободувачка ИУВ (ЛНГ ИУВ) се дијагностицира пелвична инфламаторна болест (ПИБ)?
28. Што треба да се направи доколку се открие дека жена која користи бакарна ИУВ е бремена?
29. Што треба да се направи доколку се открие дека жена која користи левоноргестрел-ослободувачка ИУВ (ЛНГ ИУВ) е бремена?
30. Кои прегледи или тестови треба да се вршат рутински пред давање метод за контрацепција?
31. Колку пакувања таблети (комбинирани или прогестоген во форма на таблета) треба да се даваат при првата и при повторните посети?
32. Какви мерки за контрола се соодветни кај лица кои употребуваат комбиниран орален контрацептив (КОК), прогестоген во форма на таблета (ПОП), имплант и ИУВ?
33. Како може давателот на услуги разумно да се увери дека жената не е бремена?

Метод на работа

Овој документ е резултат на еден процес што кулминираше со средба на Експертската работна група во Светската здравствена организација во Женева од 13 до 16 април 2004 г. На средбата учествуваа 29 лица од 15 земји за да дадат избрани препораки од практиката за употребата на контрацептиви. (Листата со учесници е дадена на крајот на документот.) Експертската работна група беше составена од меѓународни експерти за планирање на семејството, вклучително клиничари, епидемиолози, креатори на политики и раководители на програми. Во Експертската работна група беа вклучени и експерти за идентификување и синтетизирање докази, како и корисници на упатството. За потребите на ова издание беше основана Управувачка група за упатства. Од членовите на Експертската работна група беше побарано да пријават евентуално постоење на конфликт на интереси, но не пријавија.

Препораките во овој документ се одговорите на Експертската работна група на 33 конкретни прашања избрани од СЗО на основа на 1) важни контроверзни или недоследни информации во постојните упатства, 2) веројатноста дека се достапни соодветни докази и 3) предлози од учесници во Експертската работна група и организации/агенции за планирање на семејството. Листата на прашања поставени на Експертската работна група е наведена во Табела 2.

Овој документ е ревидирана верзија на првото издание на *Избрани препораки од практиката за употреба на контрацептиви*, објавено во 2002 г. по средбата на Експертската работна група свикана од СЗО. Таа средба се одржа во Лондон од 3 до 6 октомври 2001 г. со поддршка од Меѓународната федерација за планирање на семејството (МФПС), којашто го овозможи учеството на Меѓународниот медицински советодавен панел на МФПС. На средбата во 2001 г. учествуваа 33 лица од 16 земји, кои дадоа избрани препораки од практиката засновани на одговорите на Експертската работна група на 23 конкретни прашања избрани од СЗО врз основа на горенаведените критериуми.

Со помош на системот на тековно идентификување на нови докази (Системот за континуирана идентификација на докази од истражувања или CIRE, www.infoforhealth.org/cire/cire_pub.pl), СЗО идентификува 7 препораки од првото издание за коишто беа достапни нови докази. Исто така, СЗО одлучи да подготви 10 нови избрани препораки од практиката. Се спроведе систематско проучување на стручната литература за оценување на целокупниот корпус докази за овие 17 препораки.

Експертската работна група од 2004 г. беше задолжена да ги разгледа доказите добиени, пред сè, од систематичните прегледи на стручната литература објавена заклучно со февруари 2004 г. Додека разгледувањето на доказите за првото издание беше ограничено на пребарување на MEDLINE и POPLINE за периодот од 1980 до 2000 година, за второто издание се пребаруваа дополнителни бази на податоци за библиографија и периоди, зависно од темата на систематичниот преглед. Дополнителни извештаи беа идентификувани од користената литература во статиите што беа пронајдени преку пребарување низ стручната литература. Овие систематични, сеопфатни пребарувања во базите на податоци за библиографија ги посочија сите примарни студии што се однесуваат на соодветните препораки. Секоја статија беше проучена од страна на СЗО за да се утврди нејзината релевантност за поставеното прашање, квалитетот на понудените докази и тоа дали доказите се директно или индиректно применливи во давањето одговор на прашањето (Табела 3). Потоа, доказите од поединечните статии се синтетизираа во систематични прегледи, коишто служеа како основа за одлуките на Експертската работна група.

Целта на систематичните прегледи беше да се идентификуваат докази коишто се однесуваат на биолошко-медицинските и бихевиоралните елементи на честите клинички предизвици опфатени со прашањата 1-29. Прашањата 30-33 опфаќаат пошироки програмски теми и не беа предмет на систематичните прегледи на литературата. Систематичните прегледи им беа поделени на членовите на Експертската работна група пред средбата. Покрај тоа, одредени членови на Експертската работна група беа замолени да обезбедуваат ресурси за конкретни прашања.

Во случаите, во коишто Експертската работна група разгледала систематичен преглед на доказите пред да даде препорака, доказите се цитирани во користената литература на крајот на секоја препорака. Препораките за коишто не се цитирани докази, се засновани на експертско мислење и/или на докази од други извори, а не од систематичен преглед. Првото издание опфаќаше 23 препораки кои се користат на глобално ниво. Управувачката група за упатството, што се состана на 13 април 2004 г., го усогласи својот став со ставот на Секретаријатот и предложи Експертската работна група да ги разгледува само оние препораки од првото издание, за коишто постојат нови докази или за коишто ќе се даде поинакво издржано образложение дека е потребна дискусија. Експертската работна група го прифати тој предлог на 14 април, па затоа останатиот дел од средбата на Експертската работна група беше фокусиран на 7 постоечки препораки со нови докази и 10 нови препораки. Конечните 33 препораки (23 од претходното издание и 10 нови препораки) беа одобрени од сите членови на Управувачката група за упатството и на Експертската работна група на последниот ден од средбата, 16 април 2004 г.

Новите 10 препораки во второто издание, заедно со евентуалните промени во препораките од првото издание, се наведени во резимето на промените на страница 16.

Табела 3. Ниво на докази*

Препораките се засноваат на следните нивоа и категории на докази::

- Ниво I:** Докази добиени од најмалку една соодветно развиена контролирана студија по случаен избор.
- Ниво II-1:** Докази добиени од добро развиени контролирани студии без случаен избор.
- Ниво II-2:** Докази добиени од добро развиени кохортни аналитички студии или аналитички студии со контролен примерок, по можност од повеќе центри или истражувачки групи.
- Ниво II-3:** Докази добиени од повеќе временски серии со или без интервенција. Драстични резултати од неконтролирани експерименти, исто така, може да се сметаат за докази од овој вид
- Ниво III:** Мислења на авторитети засновани на клиничко искуство, дескриптивни студии или извештаи на експертски комисии.

Квалитет на доказите

Секоја студија доби оценка „добра“, „задоволителна“ или „слаба“ врз основа на оценувањето на интерната валидност на студијата.

* Harris RP et al. Methods Work Group, Third US Preventive Services Task Force. *Current methods of the US Preventive Services Task Force: a review of the process*. American Journal of Preventive Medicine, 2001, 20(Suppl. 3):21-35.

Видови докази

Директен: доказот се заснова на податоци коишто директно се однесуваат на прашањето..

индиректен: доказот е изведен од други релевантни податоци.

Како да се користи овој документ

Овој документ е наменет за употреба од страна на креатори на политики, раководители на програми за планирање на семејството и од научната заедница. Негова цел е да даде насоки кои можат да се искористат во подготовката на упатства за давање контрацептиви во рамките на националните програми за планирање на семејството/репродуктивното здравје. Тој не треба да се користи како конкретно упатство, туку повеќе како референтен документ.

Насоките во овој документ треба да се толкуваат на ниво на конкретна земја или програма, на начин што ја одразува разноликоста на ситуации и контексти во коишто се даваат контрацептиви.

Прашањата во овој документ се подредени во четири главни теми поврзани со безбедната и ефективна употреба на методите за контрацепција, вклучително започнувањето/продолжувањето, неправилната употреба, проблемите при употреба и програмските прашања. За секое од прашањата наведени се препораките на Експертската работна група за најчестите

конкретни ситуации, заедно со „Коментари“ и „Главни нерешени прашања“. Покрај тоа, за прашањата опфатени со систематичните прегледи (прашањата 1-29) дадени се и следните информации: 1) точниот текст на прашањето, од којшто се изведоа термините за пребарување во стручната литература, 2) нивото и квалитетот на доказите и дали доказите се директно или индиректно поврзани со прашањето и 3) референците идентификувани во систематичните прегледи и ставени на располагање на Експертската работна група.

За секое прашање дадени се препораки за тоа што може да направи жената во одредена ситуација. Во одредени случаи некои подгрупи жени не ги исполнуваат медицинските критериуми за подобност за користење на препораките за конкретната ситуација. Во тие случаи документот дава коментари за претпазливост засновани на изданието *Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви. Трето издание*; тие коментари се означени со ѕвездичка и се напишани со закосени букви, како дополнителни насоки извлечени од *Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви, Трето издание*

Програмски импликации

Програмските теми коишто треба да се обработат ги вклучуваат:

- ◆ изборот врз основа на информираност;
- ◆ елементите на квалитетот на грижата;
- ◆ основните постапки за скрининг при примена на методите;
- ◆ обука и вештини на давателите на услуги;
- ◆ упатување и контрола во врска со употребата на контрацептиви, по потреба..

При примената на избраните препораки од практиката во конкретни програми треба да се прави разлика меѓу практики при нудењето на услугите што се од суштинско значење за безбедната употреба на контрацептивите и практики што можеби се соодветни од аспект на добрата здравствена заштита, но не се поврзани со употребата на методот. Поттикнувањето на добрите практики во здравствената заштита што не се поврзани со безбедната контрацепција не треба да се гледа ниту како предуслов ниту како пречка за нудењето методи за контрацепција, туку како надополнување.

Во следниот чекор, избраните препораки треба да се разгледаат од гледна точка на условите во земјата за да бидат применливи за давателите на услуги на сите нивоа на системот. Земјите треба да одлучат во колкав обем и со кои средства можат да ја прошират понудата на услугите на попериферните нивоа. Тоа може да опфати надградување на персоналот и на објектите, онаму каде што тоа е изводливо и поволно, или може да бара надградување на вештините на одредени категории здравствени работници или скромно надополнување на опремата и потрошниот материјал или пренамена на простор. Исто така, ќе биде потребно осврнување на погрешните перцепции што понекогаш ги имаат давателите и корисниците на услугите за ризиците и несаканите дејства на методите и поголем фокус на потребите и перспективите на жените и мажите од аспект на избор врз основа на информираност.

Резиме на промените од првото издание

Во второто издание се додадени десет нови препораки:

- ◆ Како може жената да зема ургентни посткоитални таблети?
- ◆ Дали може жената однапред да добие ургентни посткоитални таблети?
- ◆ Што може да направи жената за да спречи мачнина и повраќање при земање ургентни посткоитални таблети?
- ◆ Колку долго може да се остават имплантите со левоноргестрел во телото?
- ◆ Кога може жената да стави левоноргестрел-ослободувачка ИУВ?
- ◆ Што може да се направи ако жената има менструални абнормалности при употреба на левоноргестрел-ослободувачка ИУВ?
- ◆ Што треба да се направи доколку кај жена која користи левоноргестрел-ослободувачка ИУВ се дијагностицира пелвична инфламаторна болест?
- ◆ Што треба да се направи доколку се открие дека жена која користи левоноргестрел-ослободувачка ИУВ е бремена?
- ◆ Дали треба да се дава антибиотска профилакса при ставање левоноргестрел-ослободувачка ИУВ?
- ◆ Кога може мажот да се потпре на извршената вазектомија како метод за контрацепција?

Од 23 препораки задржани од првото издание, упатството за постапување при пропуштање да се земе контрацептивна таблета (прашање 17 од ова издание) претрпе најмногу измени и беше значително поедноставено. Делумни промени беа извршени на 11 прашања (прашањата 1, 2, 4, 5, 7, 9, 10, 22, 23, 28 и 30 од ова издание); тие промени се состоеја од дополнителни совети за жени кои започнуваат со контрацептивни методи по породување или по абортус. Преостанатите 11 прашања остануваат неизменети од првото издание. Исто така, беше променет форматот на документот, така што прашањата сега се групирани според видот.

Јасно е дека дел од избраните препораки од практиката содржани во овој документ ќе треба да се ревидираат како што ќе стануваат достапни нови истражувања. На соодветни временски интервали СЗО ќе ги ажурира и надополнува избраните препораки во овој документ. Овие препораки се достапни на веб-локацијата за репродуктивно здравје на СЗО (www.who.int/reproductive-health). Веб-локацијата ќе содржи и дополнителни информации, коишто според СЗО се релевантни за препораките, во очекување на постигнувањето на следниот формален консензус на средба на Експертската работна група. СЗО поттикнува спроведување на истражувања за главните нерешени прашања наведени во овој документ.

Прашања за коишто Експертската работна група даде препораки

Започнување/продолжување

1. Кога може жената да започне со комбинирани орални контрацептиви (КОК)?
2. Кога може жената да започне со комбинирани инјекциони контрацептиви (КИК)?
3. Кога може жената да го повтори третманот со комбинирани инјекциони контрацептиви (КИК)?
4. Кога може жената да започне со прогестоген во форма на таблета (ПОП)?
5. Кога може жената да започне со прогестоген во ампуларна форма - депо медроксипрогестерон ацетат (ДМПА) или со норетистерон енантат (НЕТ-ЕН)?
6. Кога може жената да го повтори третманот со прогестоген во ампуларна форма - депо медроксипрогестерон ацетат (ДМПА) или со норетистерон енантат (НЕТ-ЕН)?
7. Кога може жената да започне со употреба на имплант?
8. Колку долго може да се остават имплантите со левоноргестрел во телото?
9. Кога може жената да стави бакарна ИУВ?
10. Дали треба да се дава антибиотска профилакса при ставање бакарна ИУВ?
11. Кога може жената да стави левоноргестрел-ослободувачка ИУВ (ЛНГ ИУВ)?
12. Дали треба да се дава антибиотска профилакса при ставање левоноргестрел-ослободувачка ИУВ (ЛНГ ИУВ)?
13. Како може жената да зема ургентни посткоитални таблети (УПТ)?
14. Дали може жената однапред да добие ургентни посткоитални таблети (УПТ)?
15. Кога може мажот да се потпре на извршената вазектомија како метод за контрацепција?
16. Што може да направи жена што го користи методот на стандардни денови (МСД) доколку нејзиниот менструален циклус е надвор од опсегот 26-32 дена?

Неправилна употреба

17. Што може да направи жената доколку пропушти да земе комбинирани орални контрацептиви (КОК)?
18. Што може да направи жената доколку пропушти да земе прогестоген во форма на таблета (ПОП)?

Проблеми при употреба

Повраќање и/или дијареја

19. Што може да направи жената доколку повраќа и/или има тешка дијареја при употреба на комбинирани орални контрацептиви (КОК) или прогестоген во форма на таблета (ПОП)?
20. Што може да направи жената за да спречи мачнина и повраќање при земање ургентни посткоитални таблети (УПТ)?
21. Што може да направи жената доколку поврати по земање ургентни посткоитални таблети (УПТ)?



Менструални абнормалности

22. Што може да се направи ако жената има менструални абнормалности при употреба на прогестоген во ампуларна форма - депо медроксипрогестерон ацетат (ДМПА) или норетистерон енантат (НЕТ-ЕН)?
23. Што може да се направи ако жената има менструални абнормалности при употреба на импланти?
24. Што може да се направи ако жената има менструални абнормалности при употреба на бакарна ИУВ?
25. Што може да се направи ако жената има менструални абнормалности при употреба на левоноргестрел-ослободувачка ИУВ (ЛНГ ИУВ)?

Пелвична инфламаторна болест

26. Што треба да се направи доколку кај жена која користи бакарна ИУВ се дијагностицира пелвична инфламаторна болест (ПИБ)?
27. Што треба да се направи доколку кај жена која користи левоноргестрел-ослободувачка ИУВ (ЛНГ ИУВ) се дијагностицира пелвична инфламаторна болест (ПИБ)?

Бременост

28. Што треба да се направи доколку се открие дека жена која користи бакарна ИУВ е бремена?
29. Што треба да се направи доколку се открие дека жена која користи левоноргестрел-ослободувачка ИУВ (ЛНГ ИУВ) е бремена?

Програмски прашања

30. Кои прегледи или тестови треба да се вршат рутински пред давање метод за контрацепција?
31. Колку пакувања таблети [комбинирани (КОК) или прогестоген во форма на таблета (ПОП)] треба да се даваат при првичната и при повторните посети?
32. Какви мерки за контрола се соодветни кај лица кои употребуваат комбиниран орален контрацептив (КОК), прогестоген во форма на таблета (ПОП), имплант и ИУВ?
33. Како може давателот на услуги разумно да се увери дека жената не е бремена?

Започнување/продолжување

1. Кога може жената да започне со комбинирани орални контрацептиви (КОК)?
2. Кога може жената да започне со комбинирани инјекциони контрацептиви (КИК)?
3. Кога може жената да го повтори третманот со комбинирани инјекциони контрацептиви (КИК)?
4. Кога може жената да започне со прогестоген во форма на таблета (ПОП)?
5. Кога може жената да започне со прогестоген во ампуларна форма - депо медроксипрогестерон ацетат (ДМПА) или со норетистерон енантат (НЕТ-ЕН)?
6. Кога може жената да го повтори третманот со прогестоген во ампуларна форма - депо медроксипрогестерон ацетат (ДМПА) или со норетистерон енантат (НЕТ-ЕН)?
7. Кога може жената да започне со употреба на имплант?
8. Колку долго може да се остават имплантите со левоноргестрел во телото?
9. Кога може жената да стави бакарна ИУВ?
10. Дали треба да се дава антибиотска профилакса при ставање бакарна ИУВ?
11. Кога може жената да стави левоноргестрел-ослободувачка ИУВ (ЛНГ ИУВ)?
12. Дали треба да се дава антибиотска профилакса при ставање левоноргестрел-ослободувачка ИУВ (ЛНГ ИУВ)?
13. Како може жената да зема ургентни посткоитални таблети (УПТ)?
14. Дали може жената однапред да добие ургентни посткоитални таблети (УПТ)?
15. Кога може мажот да се потпре на извршената вазектомија како метод за контрацепција?
16. Што може да направи жена која го користи методот на стандардни денови (МСД) доколку нејзиниот менструален циклус е надвор од опсегот 26-32 дена?





**Кога може жената да започне со
комбинирани орални контрацептиви?**

1. Кога може жената да започне со комбинирани орални контрацептиви (КОК)

Забелешка: Жената може однапред да добие КОК со соодветни упатства за започнувањето со употреба доколку ги исполнува медицинските критериуми за подобност.

Доколку има менструални циклуси

- ◆ Може да започне со КОК во рок од 5 дена по почетокот на менструалното крварење. Не е потребна дополнителна контрацепција.
- ◆ Може да започне со КОК и во секое друго време доколку во разумна мера е сигурно дека не е бремена. Доколку поминале повеќе од 5 дена од почетокот на менструалното крварење, ќе треба да апстинира од секс или да користи дополнителна заштита во следните 7 дена

Кај аменореја

- ◆ Може да започне со КОК во секое време доколку во разумна мера е сигурно дека не е бремена. Ќе треба да апстинира од секс или да користи дополнителна заштита во следните 7 дена.

Постпартално (доколку дои)*

- ◆ Доколку поминале повеќе од 6 месеци по породувањето и жената има аменореја, таа може да започне со КОК во согласност со советите за други жени со аменореја.
- ◆ Доколку поминале повеќе од 6 месеци по породувањето и менструалниот циклус се вратил, таа може да започне со КОК во согласност со советите за други жени кои имаат менструални циклуси..

* Дополнителни упатства од *Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви. Трето издание, 2004 г.*

Во првите 6 седмици по породувањето жените кои главно го дојат бебето не треба да користат КОК. За жените, кај кои од породувањето поминале повеќе од 6 седмици, но помалку од 6 месеци и главно го дојат бебето, обично не се препорачува употреба на КОК, освен ако другите посоодветни методи се достапни или неприфатливи.

Постпартално (доколку не дои)*

- ◆ Доколку менструалните циклуси не се воспоставени, а од породувањето поминале 21 ден или повеќе, може веднаш да започне со КОК, доколку во разумна мера е речиси сигурно дека не е бремена. Ќе треба да апстинира од секс или да користи дополнителна заштита во следните 7 дена.
- ◆ Доколку менструалниот циклус е воспоставен, таа може да започне со КОК во согласност со советите за други жени кои имаат менструални циклуси.

* Дополнителни упатства од *Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви. Трето издание, 2004 г.*

Многу малку е веројатно дека жената ќе овулира и ќе се најде во ризик да забремени во првите 21 ден по породувањето. Меѓутоа, во овој период може да се даде метод за контрацепција поради програмски причини. За жените кај кои од породувањето поминале помалку од 21 ден, обично не се препорачува употреба на КОК, освен ако другите посоодветни методи се достапни или неприфатливи.

По абортус

- ◆ Може да започне со КОК веднаш по абортусот. Не е потребна дополнителна контрацепција.

Преминување од друг хормонски метод

- ◆ Може веднаш да започне со КОК, доколку го користела хормонскиот метод доследно и правилно или доколку во разумна мера е речиси/скоро сигурно дека не е бремена. Нема потреба да го чека следниот менструален период.
- ◆ Доколку претходниот метод бил хормон во ампуларна форма, треба да започне со КОК во моментот кога требало да се повтори терапијата со ампулата. Не е потребна дополнителна контрацепција.

Преминување од нехормонски метод (освен од ИУВ)

- ◆ Може да започне со КОК во рок од 5 дена по почетокот на менструалното крварење. Не е потребна дополнителна контрацепција.
- ◆ Може да започне и веднаш или во секое друго време доколку во разумна мера е сигурно дека не е бремена. Доколку поминале повеќе од 5 дена од почетокот на менструалното крварење, ќе треба да апстинира од секс или да користи дополнителна заштита во следните 7 дена.

Преминување од ИУВ (вклучително левоноргестрел-ослободувачка ИУВ)

- ◆ Може да започне со КОК во рок од 5 дена по почетокот на менструалното крварење. Не е потребна дополнителна контрацепција. ИУВ може да се отстрани во тој момент.
- ◆ Може да започне и во секое друго време доколку во разумна мера е сигурно дека не е бремена..
 - ◇ Доколку била сексуално активна во тековниот менструален циклус, а поминале повеќе од 5 дена од почетокот на менструалното крварење, се препорачува ИУВ да се отстрани во текот на следниот менструален период.
 - ◇ Доколку не била сексуално активна во тековниот менструален циклус, а поминале повеќе од 5 дена од почетокот на менструалното крварење, ќе треба да апстинира од секс или да користи дополнителна заштита во следните 7 дена. Доколку ИУВ што ја користи треба да ја обезбеди таа дополнителна заштита, се препорачува ИУВ да се отстрани во текот на следниот менструален период.
- ◆ Доколку има аменореја или нередовно крварење, таа може да започне со КОК во согласност со советите за други жени со аменореја.



Коментари

Експертската работна група оцени дека ризикот од овулација во првите 5 дена од менструацијата е прифатливо низок. Се сметаше дека спречувањето на овулацијата е помалку сигурно доколку се започне со КОК по петтиот ден. Седумдневна континуирана употреба на КОК се сметаше за неопходна за сигурно спречување на овулацијата.

Потребата од дополнителна контрацепција за лицата кои преминуваат од друг хормонски метод ќе зависи од претходноупотребуваниот метод.

Постоеше загриженост за ризикот од бременост при отстранување на ИУВ во текот на циклус во којшто веќе имало полов однос. Таа загриженост доведе до препораката за оставање на ИУВ до следниот менструален период.



Прашање за систематичниот преглед

Како започнувањето со КОК на различни денови од менструалниот циклус влијае врз ефективноста и правилната употреба на контрацептивите? **Ниво на доказ:** I, задоволителни, индиректни.

Како давањето резерва од КОК влијае врз користењето, правилната употреба и продолжувањето со КОК? **Ниво на доказ:** II-2, задоволителни, директни

Користена литература за систематичниот преглед

1. Killick S, Eyong E, Elstein M. Ovarian follicular development in oral contraceptive cycles. *Fertility and Sterility*, 1987, 48:409-413.
2. Lara-Torre E, Schroeder B. Adolescent compliance and side effects with Quick Start initiation of oral contraceptive pills. *Contraception*, 2002, 66:81-85.
3. Molloy BG et al. "Missed pill" conception: fact or fiction? *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, 1985, 290:1474-1475.
4. Schwartz JL et al. Predicting risk of ovulation in new start oral contraceptive users. *Obstetrics and Gynecology*, 2002, 99:177-182.
5. Sitavarin S, Jaisamrarn U, Taneepanichskul S. A randomized trial on the impact of starting day on ovarian follicular activity in very low dose oral contraceptive pills users. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 2003, 86:442-448.
6. Smith SK et al. The effect of deliberate omission of Trinordiol or Microgynon on the hypothalamo-pituitary-ovarian axis. *Contraception*, 1986, 34:513-522.
7. Stanback J, Qureshi ZP, Sekkade-Kigonda C. Advance provision of oral contraceptives to family planning clients in Kenya. *East African Medical Journal*, 2002, 79:257-258.
8. Taylor DR, Anthony FW, Dennis KJ. Suppression of ovarian function by Microgynon 30 in day 1 and day 5 "starters." *Contraception*, 1986, 33:463-471.
9. Westhoff C et al. Quick start: novel oral contraceptive initiation method. *Contraception*, 2002, 66:141-145.
10. Westhoff C et al. Bleeding patterns after immediate vs. conventional oral contraceptive initiation: a randomized, controlled trial. *Fertility and Sterility*, 2003, 79:322-329.
11. Yeshaya A et al. A delayed starting schedule of OCs: the effect on the incidence of breakthrough bleeding and compliance in women. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 1996, 1:263-265.
12. Yeshaya A et al. Flexible starting schedule for oral contraception: effect on the incidence of breakthrough bleeding and compliance. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 1998, 3:121-123

Друга поважна користена литература

1. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal*, 2000, 321:1259-1262.
2. Wilcox AJ et al. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*, 2001, 63: 211-215.



Главни нерешени прашања

Колку брзо се добива сигурна заштита со КОК?

Дали започнувањето со секое пакување таблети на конкретен ден во седмицата ја зголемува доследната, правилна и континуирана употреба на КОК?

Колку точно наодите од ултразвук, мерењата на нивото на хормоните и испитувањето на цервикалната слуз го предвидуваат ризикот од бременост при употреба на КОК?





**Кога може жената да започне со
комбинирани инјекциони контрацептиви?**

2. Кога може жената да започне со комбинирани инјекциони контрацептиви (КИК)?

Забелешки:

Овие препораки се засновани на податоци за КИК што содржат медроксипрогестерон ацетат и естрадиол ципионат (Cyclofem/Lunelle), но важат и за КИК што содржат норетистерон енантат и естрадиол валерат (Mesigyna).

Доколку жената не може да ја прими инјекцијата при советувањето, може да се организира таа да ја прими инјекцијата подоцна во соодветна служба.

Доколку има менструални циклуси

- ◆ Може да ја прими првата инјекција со КИК во рок од 7 дена по почетокот на менструалното крварење. Не е потребна дополнителна контрацепција.

Може да ја прими првата инјекција и во секое друго време доколку во разумна мера е сигурно дека не е бремена. Доколку поминале повеќе од 7 дена од почетокот на менструалното крварење, ќе треба да апстинира од секс или да користи дополнителна заштита во следните 7 дена.

Кај аменореја

- ◆ Може да ја прими првата инјекција во секое време доколку во разумна мера е сигурно дека не е бремена. Ќе треба да апстинира од секс или да користи дополнителна заштита во следните 7 дена.

Постпартално (доколку дои)*

- ◆ Доколку поминале повеќе од 6 месеци по породувањето и жената има аменореја, таа може да ја прими првата инјекција во согласност со советите за други жени со аменореја.
- ◆ Доколку поминале повеќе од 6 месеци по породувањето и менструалниот циклус е воспоставен, таа може да ја прими првата инјекција во согласност со советите за други жени кои имаат менструални циклуси.

* **Дополнителни упатства од *Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви*. Трето издание, 2004 г.**

Во првите 6 месеци по породувањето жените кои главно го дојат бебето не треба да користат КИК. За жените, кај коишто од породувањето поминале повеќе од 6 седмици, но помалку од 6 месеци и главно го дојат бебето, обично не се препорачува употреба на КИК, освен ако другите посоодветни методи се достапни или неприфатливи.

Постпартално (доколку не дои)*

- ◆ Доколку менструалните циклуси не се воспоставени, а од породувањето поминале 21 ден или повеќе, може веднаш да ја прими првата инјекција доколку во разумна мера е сигурно дека не е бремена. Ќе треба да апстинира од секс или да користи дополнителна заштита во следните 7 дена.
- ◆ Доколку менструалниот циклус е воспоставен, таа може да ја прими првата инјекција во согласност со советите за други жени кои имаат менструални циклуси.

* **Дополнителни упатства од *Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви*. Трето издание, 2004 г.**

Многу малку е веројатно дека жената ќе овулира и ќе се најде во ризик да забремени во првите 21 ден по породувањето. Меѓутоа, во овој период може да се даде метод за контрацепција поради програмски причини. За жените кај коишто од породувањето поминале помалку од 21 ден, обично не се препорачува употреба на КИК, освен ако другите посоодветни методи се достапни или неприфатливи.

По абортус

- ◆ Може да ја прими првата инјекција веднаш по абортусот. Не е потребна дополнителна контрацепција.

Преминување од друг хормонски метод

- ◆ Може веднаш да ја прими првата инјекција доколку го користела хормонскиот метод доследно и правилно или доколку речиси е сигурно дека не е бремена. Нема потреба да го чека следниот менструален период.
- ◆ Доколку претходниот метод бил друг хормон во ампуларна форма, треба да ја прими инјекцијата со КИК во моментот кога требало да се повтори терапијата со ампулата. Не е потребна дополнителна контрацепција.

Преминување од нехормонски метод (освен од ИУВ)

- ◆ Може да ја прими првата инјекција веднаш, доколку е речиси сигурно дека не е бремена. Нема потреба да го чека следниот менструален период.
- ◆ Доколку поминале помалку од 7 дена од почетокот на менструалното крварење, не е потребна дополнителна контрацепција.
- ◆ Доколку поминале повеќе од 7 дена од почетокот на менструалното крварење, ќе треба да апстинира од секс или да користи дополнителна заштита во следните 7 дена.

Преминување од ИУВ (вклучително левоноргестрел-ослободувачка ИУВ)

- ◆ Може да ја прими првата инјекција во рок од 7 дена по почетокот на менструалното крварење. Не е потребна дополнителна контрацепција. ИУВ може да се отстрани во тој момент.
- ◆ Може да започне и во секое друго време, доколку е речиси сигурно дека не е бремена.
 - ◇ Доколку била сексуално активна во тековниот менструален циклус, а поминале повеќе од 7 дена од почетокот на менструалното крварење, се препорачува ИУВ да се отстрани во текот на следниот менструален период.
 - ◇ Доколку не била сексуално активна во тековниот менструален циклус, а поминале повеќе од 7 дена од почетокот на менструалното крварење, ќе треба да апстинира од секс или да користи дополнителна заштита во следните 7 дена. Доколку ИУВ што ја користи треба да ја обезбеди таа дополнителна заштита, се препорачува ИУВ да се отстрани во текот на следниот менструален период.
- ◆ Доколку има аменореја или нередовно крварење, таа може да ја прими инјекцијата во согласност со советите за други жени со аменореја.

Коментари

Експертската работна група сметаше дека инјекција со КИК дадена до седмиот ден од менструалниот циклус резултира со низок ризик од овулаторен циклус што може да доведе до бременост.

Потребата од дополнителна контрацепција за лицата кои преминуваат од друг хормонски метод ќе зависи од претходноупотребуваниот метод.

Постоеше загриженост за ризикот од бременост при отстранување на ИУВ во текот на циклус во којшто веќе имало полов однос. Таа загриженост доведе до препораката за оставање на ИУВ до следниот менструален период.

Прашање за систематичниот преглед

Како започнувањето со КИК на различни денови од менструалниот циклус влијае врз ефективността на контрацептивот? **Ниво на доказ:** I, добри, индиректни.

Користена литература за систематичниот преглед

1. Petta CA et al. Delayed first injection of the once-a-month injectable contraceptive containing 25 mg of medroxyprogesterone acetate and 5 mg E(2) cypionate: effects on ovarian function. *Fertility and Sterility*, 2001, 75:744-748.
2. Petta CA et al. Delayed first injection of the once-a-month injectable contraceptive containing 25 mg medroxyprogesterone acetate and 5 mg estradiol-cypionate: effects on cervical mucus. *Contraception*, 2001, 64:363-368.

Друга поважна користена литература

1. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal*, 2000, 321:1259-1262.
2. Wilcox AJ et al. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*, 2001, 63:211-215.

Главни нерешени прашања

Колку брзо се добива сигурна заштита со КИК?

Колку точно наодите од ултразвук, мерењата на нивото на хормоните и испитувањето на цервикалната слуз го предвидуваат ризикот од бременост при употреба на КИК?



**Кога може жената да го повтори третманот со
комбинирани инјекциони контрацептиви?**

3. Кога може жената да го повтори третманот со комбинирани инјекциони контрацептиви?

Забелешка: Овие препораки се засновани на податоци за КИК кои содржат медроксипрогестерон ацетат и естрадиол ципионат (Cyclofem/Lunelle), но важат и за КИК кои содржат норетистерон енанат и естрадиол валерат (Mesigyna).

Интервал за повторен третман

- ◆ Инјекцијата со КИК да се повторува на 4 седмици.

Третман порано

- ◆ Доколку не може да се испочитува интервалот за повторен третман, инјекцијата може да се даде најмногу 7 дена порано, но може да го промени распоредот на крварењето.

Третман подоцна

- ◆ Доколку не може да се испочитува интервалот за повторен третман, инјекцијата може да се даде најмногу 7 дена подоцна без потреба од дополнителна контрацепција.
- ◆ Доколку жената доцни за третманот повеќе од 7 дена, може да ја прими инјекцијата доколку е речиси/ сигурно дека не е бремена. Ќе треба да апстинира од секс или да користи дополнителна заштита во следните 7 дена. Можеби ќе треба да размисли за употреба на ургентна контрацепција по потреба.



Коментари

Експертската работна група сметаше дека ризикот од овулација во првиот дел од вториот месец по последната инјекција е минимален.



Прашање за систематичниот преглед

Колку време по последната инјекција со КИК се враќаат овулацијата и плодноста?

Ниво на докази: II-3, задоволителни, индиректни.

Користена литература за систематскиот преглед

1. Aedo AR et al. Pharmacokinetic and pharmacodynamic investigations with monthly injectable contraceptive preparations. *Contraception*, 1985, 31:453-469.
2. Bahamondes L et al. Return to fertility after discontinuation of the once a month injectable contraceptive Cyclofem. *Contraception*, 1997, 55:307-310.
3. Bassol S et al. A comparative study on the return to ovulation following chronic use of once-a-month injectable contraceptives. *Contraception*, 1995, 51:307-311.
4. Garza-Flores J. A multi-centered pharmacokinetic, pharmacodynamic study of once-a-month injectable contraceptives. I. Different doses of HRP112 and of DepoProvera. *Contraception*, 1987, 36:441—457.

5. Rahimy MH, Ryan KK. Lunelle monthly contraceptive injection (medroxyprogesterone acetate and estradiol cypionate injectable suspension): assessment of return of ovulation after three monthly injections in surgically sterile women. *Contraception*, 1999, 60:189-200.



Главни нерешени прашања

Колкав е најголемиот интервал меѓу инјекциите со кој, сепак, се задржува ефективноста на КИК?

Кои се најефективните стратегии за советување и комуникација за зголемување на придржувањето до интервалите за повторен третман со КИК?

Колку точно наодите од ултразвук, мерењата на нивото на хормоните и испитувањето на цервикалната слуз го предвидуваат ризикот од бременост при употреба на КИК?





**Кога може жената да започне со
прогестоген во форма на таблета?**



4. Кога може жената да започне со прогестоген во форма на таблета (ПОП)?

Забелешка: Жената може однапред да добие ПОП со соодветни упатства за започнувањето со употреба доколку ги исполнува медицинските критериуми за подобност.

Доколку има менструални циклуси

- ◆ Може да започне со ПОП во рок од 5 дена по почетокот на менструалното крварење. Не е потребна дополнителна контрацепција.
- ◆ Може да започне со ПОП и во секое друго време доколку е речиси сигурно дека не е бремена. Доколку поминале повеќе од 5 дена од почетокот на менструалното крварење, ќе треба да апстинира од секс или да користи дополнителна заштита во следните 2 дена.

Кај аменореја

- ◆ Може да започне со ПОП во секое време доколку е речиси сигурно дека не е бремена. Ќе треба да апстинира од секс или да користи дополнителна заштита во следните 2 дена.

Постпартално (доколку дои)*

- ◆ Доколку од породувањето поминале повеќе од 6 седмици, но помалку од 6 месеци и жената има аменореја, таа може да започне со ПОП во согласност со советите за други жени со аменореја. Доколку исклучиво или речиси исклучиво го дои бебето, не е потребна дополнителна контрацепција.
- ◆ Доколку поминале повеќе од 6 седмици по породувањето и менструалниот циклус е воспоставен, жената може да започне со ПОП во согласност со советите за други жени кои имаат менструални циклуси.

* Дополнителни упатства од *Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви. Трето издание, 2004 г.*

За жените кај кои од породувањето поминале помалку од 6 седмици и главно го дојат бебето, обично не се препорачува употреба на ПОП, освен ако другите посоодветни методи се достапни или неприфатливи.

Постпартално (доколку не дои)

- ◆ Доколку поминале помалку од 21 ден од породувањето, може да започне со ПОП во секое време. Не е потребна дополнителна контрацепција.*
- ◆ Доколку од породувањето поминале 21 ден или повеќе, а менструалните циклуси не се воспоставени, може да започне со ПОП во секое време доколку е речиси сигурно дека не е бремена. Ќе треба да апстинира од секс или да користи дополнителна заштита во следните 2 дена.
- ◆ Доколку менструалниот циклус е воспоставен, таа може да започне со ПОП во согласност со советите за други жени кои имаат менструални циклуси..

* Многу малку е веројатно дека жената ќе овулира и ќе се најде во ризик да забремени во првите 21 ден по породувањето. Меѓутоа, во овој период може да се даде метод за контрацепција поради програмски причини.

По абортус

- ◆ Може да започне со ПОП веднаш по абортусот. Не е потребна дополнителна контрацепција.

Преминување од друг хормонски метод

- ◆ Може веднаш да започне со ПОП доколку доследно и правилно го користела хормонскиот метод или доколку е речиси сигурно дека не е бремена. Нема потреба да го чека следниот менструален период.

Доколку претходниот метод бил хормон во ампуларна форма, треба да започне со ПОП во моментот кога требало да се повтори терапијата со ампулата. Не е потребна дополнителна контрацепција.

Преминување од нехормонски метод (освен од ИУВ)

- ◆ Може да започне со ПОП во рок од 5 дена по почетокот на менструалното крварење. Не е потребна дополнителна контрацепција.

Може да започне и веднаш или во секое друго време доколку е речиси сигурно дека не е бремена. Доколку поминале повеќе од 5 дена од почетокот на менструалното крварење, ќе треба да апстинира од секс или да користи дополнителна заштита во следните 2 дена.

Преминување од ИУВ (вклучително левоноргестрел-ослободувачка ИУВ)

- ◆ Може да започне со ПОП во рок од 5 дена по почетокот на менструалното крварење. Не е потребна дополнителна контрацепција. ИУВ може да се отстрани во тој момент.

Може да започне и во секое друго време доколку е речиси сигурно дека не е бремена.

- ◇ Доколку била сексуално активна во тековниот менструален циклус, а поминале повеќе од 5 дена од почетокот на менструалното крварење, се препорачува ИУВ да се отстрани во текот на следниот менструален период.

Доколку не била сексуално активна во тековниот менструален циклус, а поминале повеќе од 5 дена од почетокот на менструалното крварење, ќе треба да апстинира од секс или да користи дополнителна заштита во следните 2 дена. Доколку ИУВ што ја користи треба да ја обезбеди таа дополнителна заштита, се препорачува ИУВ да се отстрани во текот на следниот менструален период.

- ◆ Доколку има аменореја или нередовно крварење, таа може да започне со ПОП во согласност со советите за други жени со аменореја.



Коментари

Експертската работна група оцени дека при започнувањето со ПОП ризикот од овулација во првите 5 дена од менструацијата е прифатливо низок. Се сметаше дека спречувањето на овулацијата е помалку сигурно доколку се започне по петтиот ден. 48-часовна употреба на ПОП се сметаше за неопходна за постигнување на контрацептивните ефекти на цервикалната слуз.

Потребата од дополнителна контрацепција за лицата кои преминуваат од друг хормонски метод ќе зависи од претходноупотребуваниот метод.

Постоеше загриженост за ризикот од бременост при отстранување на ИУВ во текот на циклус во којшто веќе имало полов однос. Таа загриженост доведе до препораката за оставање на ИУВ до следниот менструален период.



Прашање за систематскиот преглед

Како започнувањето со ПОП на различни денови од менструалниот циклус влијае врз ефективнос­та на контрацептивот?

Користена литература за систематскиот преглед

Не беа идентификувани студии.

Друга поважна користена литература

1. McCann MF, Potter LS. Progestin-only oral contraception: a comprehensive review. *Contraception*, 1994, 50(6 Suppl. 1):S1-195.
2. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the “fertile window” in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal*, 2000, 321:1259-1262.
3. Wilcox et al. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*, 2001, 63:211-215, 63:211–215.



Главни нерешени прашања

Колку брзо се добива сигурна заштита со ПОП?

Дали започнувањето со секое пакување таблети на конкретен ден во седмицата ја зголемува доследната, правилна и континуирана употреба на ПОП?

Колку точно наодите од ултразвук, мерењата на нивото на хормоните и испитувањето на цервикалната слуз го предвидуваат ризикот од бременост при употреба на ПОП?





**Кога може жената да започне со прогестоген
во ампуларна форма (ПОИ)
- депо медроксипрогестерон ацетат (ДМПА) или
со норетистерон енантат (НЕТ-ЕН)?**

5. Кога може жената да започне со прогестоген во ампуларна форма (ПОИ) - депо медроксипрогестерон ацетат (ДМПА) или со норетистерон енантат (НЕТ-ЕН)?

Забелешки:

Овие препораки се засновани на податоци за инјекции што содржат ДМПА, но важат и за НЕТ-ЕН.

Доколку жената не може да ја прими инјекцијата при советувањето, може да се организира таа да ја прими инјекцијата подоцна во соодветна служба.

Доколку има менструални циклуси

- ◆ Може да ја прими првата инјекција со прогестоген во рок од 7 дена по почетокот на менструалното крварење. Не е потребна дополнителна контрацепција.
- ◆ Може да ја прими првата инјекција и во секое друго време доколку е речиси сигурно дека не е бремена. Доколку поминале повеќе од 7 дена од почетокот на менструалното крварење, ќе треба да апстинира од секс или да користи дополнителна заштита во следните 7 дена.

Кај аменореја

- ◆ Може да ја прими првата инјекција во секое време доколку е речиси сигурно дека не е бремена. Ќе треба да апстинира од секс или да користи дополнителна заштита во следните 7 дена.

Постпартално (доколку дои)*

- ◆ Доколку од породувањето поминале повеќе од 6 седмици, но помалку од 6 месеци и жената има аменореја, таа може да ја прими првата инјекција во секое време. Доколку исклучиво или речиси исклучиво го дои бебето, не е потребна дополнителна контрацепција.
- ◆ Доколку поминале повеќе од 6 седмици по породувањето и менструалниот циклус е воспоставен, таа може да ја прими првата инјекција во согласност со советите за други жени кои имаат менструални циклуси.

* **Дополнителни упатства од *Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви*. Трето издание, 2004 г..**

За жените кај коишто од породувањето поминале помалку од 6 седмици и главно го дојат бебето, обично не се препорачува употреба на ПОИ, освен ако другите посоодветни методи се достапни или неприфатливи.

Постпартално (доколку не дои)

- ◆ Доколку поминале помалку од 21 ден од породувањето, може да ја прими првата инјекција во секое време. Не е потребна дополнителна контрацепција.*
- ◆ Доколку од породувањето поминале 21 ден или повеќе, а менструалните циклуси не се воспоставени, може да ја прими првата инјекција во секое време, доколку е речиси сигурно дека не е бремена. Ќе треба да апстинира од секс или да користи дополнителна заштита во следните 7 дена.
- ◆ Доколку менструалниот циклус е воспоставен, таа може да ја прими првата инјекција во согласност со советите за други жени кои имаат менструални циклуси.

* Многу малку е веројатно дека жената ќе овулира и ќе се најде во ризик да забремени во првите 21 ден по породувањето. Меѓутоа, во овој период може да се даде метод за контрацепција поради програмски причини.

По абортус

- ◆ Може да ја приви првата инјекција веднаш по абортусот. Не е потребна дополнителна контрацепција.

Преминување од друг хормонски метод

- ◆ Може веднаш да ја прими првата инјекција доколку доследно и правилно го користела хормонскиот метод или доколку е речиси сигурно дека не е бремена. Нема потреба да го чека следниот менструален период.
- ◆ Доколку претходниот метод бил друг хормон во ампуларна форма, треба да прими прогестоген во ампуларна форма во моментот кога требало да се повтори терапијата со ампулата. Не е потребна дополнителна контрацепција.

Преминување од нехормонски метод (освен од ИУВ)

- ◆ Може да ја прими првата инјекција веднаш доколку е речиси сигурно дека не е бремена. Нема потреба да го чека следниот менструален период.
 - ◇ Доколку поминале помалку од 7 дена од почетокот на менструалното крварење, не е потребна дополнителна контрацепција.
 - ◇ Доколку поминале повеќе од 7 дена од почетокот на менструалното крварење, ќе треба да апстинира од секс или да користи дополнителна заштита во следните 7 дена.

Преминување од ИУВ (вклучително левоноргестрел-ослободувачка ИУВ)

- ◆ Може да ја прими првата инјекција во рок од 7 дена по почетокот на менструалното крварење. Не е потребна дополнителна контрацепција. ИУВ може да се отстрани во тој момент.
- ◆ Може да започне и во секое друго време доколку е речиси сигурно дека не е бремена.
 - ◇ Доколку била сексуално активна во тековниот менструален циклус, а поминале повеќе од 7 дена од почетокот на менструалното крварење, се препорачува ИУВ да се отстрани во текот на следниот менструален период.
 - ◇ Доколку не била сексуално активна во тековниот менструален циклус, а поминале повеќе од 7 дена од почетокот на менструалното крварење, ќе треба да апстинира од секс или да користи дополнителна заштита во следните 7 дена. Доколку ИУВ што ја користи треба да ја обезбеди таа дополнителна заштита, се препорачува ИУВ да се отстрани во текот на следниот менструален период.
- ◆ Доколку има аменореја или нередовно крварење, таа може да ја прими инјекцијата во согласност со советите за други жени со аменореја.



Коментари

Експертската работна група сметаше дека инјекција дадена до седмиот ден од менструалниот циклус резултира со низок ризик од овулаторен циклус што може да доведе до бременост.

Потребата од дополнителна контрацепција за лицата кои преминуваат од друг хормонски метод ќе зависи од претходноупотребуваниот метод.

Постоеше загриженост за ризикот од бременост при отстранување на ИУВ во текот на циклус во којшто веќе имало полов однос. Таа загриженост доведе до препораката за оставање на ИУВ до следниот менструален период.

И ако 48-часовната употреба на ПОП се сметаше за неопходна за постигнување на контрацептивните ефекти на цервикалната слуз, периодот што е потребен за постигнување таков ефект со ПОИ не беше утврден.



Прашање за систематскиот преглед

Како започнувањето со ПОИ на различни денови од менструалниот циклус влијае врз ефективноста на контрацептивот? **Ниво на доказ:** II-1, добри, индиректни.

Користена литература за систематскиот преглед

1. Petta CA et al. Timing of onset of contraceptive effectiveness in Depo-Provera users: Part I. Changes in cervical mucus. *Fertility and Sterility*, 1998, 69:252–257.
2. Petta CA et al. Timing of onset of contraceptive effectiveness in Depo-Provera users. II. Effects on ovarian function. *Fertility and Sterility*, 1998, 70:817–820.
3. Siriwongse T et al. Effect of depo-medroxyprogesterone acetate on serum progesterone levels when administered on various cycle days. *Contraception*, 1982, 26:487–493.

Друга поважна користена литература

1. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal*, 2000, 321:1259–1262.
2. Wilcox AJ et al. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*, 2001, 63:211–215.



Главни нерешени прашања

Колку бргу се добива сигурна заштита со инјекции со ДМПА и со НЕТ-ЕН?

Колку точно наодите од ултразвук, мерењата на нивото на хормоните и испитувањето на цервикалната слуз го предвидуваат ризикот од бременост при употреба на ПОИ?





**Кога може жената да го повтори третманот со
прогестоген во ампуларна форма -
депо медроксипрогестерон ацетат или со норетистерон енантат?**

6. Кога може жената да го повтори третманот со прогестоген во ампуларна форма - депо медроксипрогестерон ацетат (ДМПА) или со норетистерон енантат (НЕТ-ЕН)?

Интервал за повторен третман

- ◆ Третманот со ДМПА да се повторува на 3 месеци.
- ◆ Третманот со НЕТ-ЕН да се повторува на 2 месеци.

Третман порано

- ◆ Повторниот третман со ДМПА и со НЕТ-ЕН може да се изврши најмногу 2 седмици порано.

Третман подоцна

- ◆ Повторниот третман со ДМПА и со НЕТ-ЕН може да се изврши најмногу 2 седмици подоцна без потреба од дополнителна контрацепција.
- ◆ Доколку жената доцни за повторниот третман со ДМПА или со НЕТ-ЕН повеќе од 2 седмици, може да ја прими инјекцијата доколку е речиси сигурно дека не е бремена. Ќе треба да апстинира од секс или да користи дополнителна заштита во следните 7 дена. Можеби ќе треба да размисли за употреба на ургентна контрацепција по потреба.

Преминување од ДМПА на НЕТ-ЕН и обратно

- ◆ Не се препорачува наизменичен третман со ДМПА и со НЕТ-ЕН.
- ◆ Доколку е потребно преминување од едното средство на другото, тоа треба да се направи во моментот кога требало да се изврши повторниот третман.

Повторен третман со ПОИ кога не е утврден видот или времето на претходниот третман

- ◆ Може да ја прими инјекцијата доколку е речиси сигурно дека не е бремена. Ќе треба да апстинира од секс или да користи дополнителна заштита во следните 7 дена.
- ◆ Можеби ќе треба да размисли за употреба на ургентна контрацепција по потреба.



Коментари

Експертската работна група сметаше дека ризикот од овулација во првите 2 седмици по истекувањето на рокот за повторен третман (3 месеци за ДМПА и 2 месеци за НЕТ-ЕН) е минимален.

Механизмот на дејствување, медицинските критериуми за подобност и несаканите дејства на ДМПА и на НЕТ-ЕН се слични. Затоа е безбедно да се прекине со употребата на едното средство и да се започне со другото.

И ако 48-часовната употреба на ПОП се сметаше за неопходна за постигнување на контрацептивните ефекти на цервикалната слуз, периодот што е потребен за постигнување таков ефект со ПОИ не беше утврден.



Прашање за систематскиот преглед

Колку време по последниот третман со ПОИ се враќаат овулацијата и плодноста?

Ниво на доказ: II-3, задоволителни, индиректни.

Користена литература за систематскиот преглед

1. Anonymous. ICMR (Indian Council of Medical Research) Task Force on Hormonal Contraception. Return of fertility following discontinuation of an injectable contraceptive—norethisterone oenanthate (NET-EN) 200 mg dose. *Contraception*, 1986, 34:573–582.
2. Bassol S et al. Ovarian function following a single administration of depo-medroxy progesterone acetate (DMPA) at different doses. *Fertility and Sterility*, 1984, 42:216–222.
3. Fotherby K et al. A preliminary pharmacokinetic and pharmacodynamic evaluation of depot-medroxyprogesterone acetate and norethisterone oenanthate. *Fertility and Sterility*, 1980, 34:131–139.
4. Garza-Flores J et al. Return to ovulation following the use of long-acting injectable contraceptives: a comparative study. *Contraception*, 1985, 31:361–366.
5. Lan PT et al. Return of ovulation following a single injection of depo-medroxyprogesterone acetate: a pharmacokinetic and pharmacodynamic study. *Contraception*, 1984, 29:1–18.
6. Ortiz A et al. Serum medroxyprogesterone acetate (MPA) concentrations and ovarian function following intramuscular injection of Depo-MPA. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 1977, 44:32–38.
7. Pardthaisong T. Return of fertility after the use of the injectable contraceptive Depo-Provera: updated data analysis. *Journal of Biosocial Science*, 1984, 16:23–34.
8. Saxena BN et al. Return of ovulation after the cessation of depot-medroxy progesterone acetate treatment in Thai women. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 1980, 63:66–69.



Главни нерешени прашања

Колку е често преминувањето од ДМПА на НЕТ-ЕН и обратно и зошто се случува тоа?

Колку точно наодите од ултразвук, мерењата на нивото на хормоните и испитувањето на цервикалната слуз го предвидуваат ризикот од бременост при употреба на ПОИ?

Колкав е најголемиот интервал меѓу инјекциите со кој, сепак, се задржува ефективностa на ПОИ?

Кои се најефективните стратегии за советување и комуникација за зголемување на придржувањето до интервалите за повторен третман со ПОИ?





Кога може жената да започне со употреба на имплант?

7. Кога може жената да започне со употреба на имплант?

Забелешка: Овие препораки се засновани на податоци за одобрените импланти со левоноргестрел (Norplant and Jadelle) и се однесуваат на нив. Не е познато во колкав обем податоците важат и за имплантите со етоногестрел. Упатството за употреба на имплантите со етоногестрел (Implanon) наведува дека имплантот треба да се стави меѓу првиот и петтиот ден, но најдоцна на петтиот ден од природниот менструален циклус на жената.

Доколку има менструални циклуси

- ◆ Имплантот може да се стави во рок од 7 дена по почетокот на менструалното крварење. Не е потребна дополнителна контрацепција.
- ◆ Имплантот може да се стави и во секое друго време доколку е речиси сигурно дека жената не е бремена. Доколку поминале повеќе од 7 дена од почетокот на менструалното крварење, ќе треба да апстинира од секс или да користи дополнителна заштита во следните 7 дена.

Кај аменореја

- ◆ Имплантот може да се стави во секое време доколку е речиси сигурно дека жената не е бремена. Ќе треба да апстинира од секс или да користи дополнителна заштита во следните 7 дена.

Постпартално (доколку дои)*

- ◆ околку од породувањето поминале повеќе од 6 седмици, но помалку од 6 месеци и жената има аменореја, имплантот може да се стави во секое време. Доколку исклучиво или речиси исклучиво го дои бебето, не е потребна дополнителна контрацепција.
- ◆ Доколку поминале повеќе од 6 седмици по породувањето и менструалниот циклус е воспоставен, имплантот може да се стави во согласност со советите за други жени кои имаат менструални циклуси.

* Дополнителни упатства од *Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви. Трето издание, 2004 г.*

За жените кај коишто од породувањето поминале помалку од 6 седмици и главно го дојат бебето, обично не се препорачува употреба на ПОИ, освен ако другите посоодветни методи се недостапни или неприфатливи.

Постпартално (доколку не дои)

- ◆ Доколку поминале помалку од 21 ден од породувањето, имплантот може да се стави во секое време. Не е потребна дополнителна контрацепција.*
 - ◆ Доколку од породувањето поминале 21 ден или повеќе, а менструалните циклуси не се воспоставени имплантот може да се стави во секое време, доколку е речиси сигурно дека жената не е бремена. Ќе треба да апстинира од секс или да користи дополнителна заштита во следните 7 дена.
 - ◆ Доколку менструалниот циклус е воспоставен, имплантот може да се стави во согласност со советите за други жени што имаат менструални циклуси.
- * Многу малку е веројатно дека жената ќе овулира и ќе се најде во ризик да забремени во првите 21 ден по породувањето. Меѓутоа, во овој период може да се даде метод за контрацепција поради програмски причини.

По абортус

- ◆ Имплантот може да се стави веднаш по абортусот. Не е потребна дополнителна контрацепција.

Преминување од друг хормонски метод

- ◆ Имплантот може да се стави веднаш доколку доследно и правилно го користела хормонскиот метод или доколку во разумна мера е сигурно дека не е бремена. Нема потреба да се чека следниот менструален период.
- ◆ Доколку претходниот метод бил хормон во ампуларна форма, имплантот треба да се стави во моментот кога требало да се повтори терапијата со ампулата. Не е потребна дополнителна контрацепција.

Преминување од нехормонски метод (освен од ИУВ)

- ◆ Имплантот може да се стави веднаш доколку во разумна мера е сигурно дека жената не е бремена. Нема потреба да се чека следниот менструален период.
 - ◇ Доколку поминале помалку од 7 дена од почетокот на менструалното крварење, не е потребна дополнителна контрацепција.
 - ◇ Доколку поминале повеќе од 7 дена од почетокот на менструалното крварење, ќе треба да апстинира од секс или да користи дополнителна заштита во следните 7 дена.

Преминување од ИУВ (вклучително левоноргестрел-ослободувачка ИУВ)

- ◆ Имплантот може да се стави во рок од 7 дена по почетокот на менструалното крварење. Не е потребна дополнителна контрацепција. ИУВ може да се отстрани во тој момент.
- ◆ Имплантот може да се стави и во секое друго време доколку е речиси сигурно дека жената не е бремена.
 - ◇ Доколку била сексуално активна во тековниот менструален циклус, а поминале повеќе од 7 дена од почетокот на менструалното крварење, се препорачува ИУВ да се отстрани во текот на следниот менструален период.
 - ◇ Доколку не била сексуално активна во тековниот менструален циклус, а поминале повеќе од 7 дена од почетокот на менструалното крварење, ќе треба да апстинира од секс или да користи дополнителна заштита во следните 7 дена. Доколку ИУВ што ја користи треба да ја обезбеди таа дополнителна заштита, се препорачува ИУВ да се отстрани во текот на следниот менструален период.
- ◆ Доколку жената има аменореја или нередовно крварење, имплантот може да се стави во согласност со советите за други жени со аменореја.



Коментари

Експертската работна група сметаше дека имплантот ставен до седмиот ден од менструалниот циклус резултира со низок ризик од овулаторен циклус, што може да доведе до бременост.

Потребата од дополнителна контрацепција за лицата кои преминуваат од друг хормонски метод ќе зависи од претходниот употребуван метод.

Постоеше загриженост за ризикот од бременост при отстранување на ИУВ во текот на циклус во којшто веќе имало полов однос. Таа загриженост доведе до препораката за оставање на ИУВ до следниот менструален период.

И ако 48-часовната употреба на ПОП се сметаше за неопходна за постигнување на контрацептивните ефекти на цервикалната слуз, периодот што е потребен за постигнување таков ефект со имплантите со левоноргестрел не беше утврден.



Прашање за систематскиот преглед

Како влијае започнувањето со импланти на различни денови од менструалниот циклус врз ефективноста на контрацептивот?

Ниво на доказ: II-3, добри, индиректни.

Користена литература за систематскиот преглед

1. Brache V et al. Effect of preovulatory insertion of Norplant implants over luteinizing hormone secretion and follicular development. *Fertility and Sterility*, 1996, 65:1110–1114.
2. Brache V et al. Timing of onset of contraceptive effectiveness in Norplant implant users. II. Effect on the ovarian function in the first cycle of use. *Contraception*, 1999, 59:245–251.
3. Dunson TR et al. Timing of onset of contraceptive effectiveness in Norplant implant users. Part I. Changes in cervical mucus. *Fertility and Sterility*, 1998, 69:258–266.

Друга поважна користена литература

1. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the “fertile window” in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal*, 2000, 321:1259–1262.
2. Wilcox AJ et al. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*, 2001, 63:211–215.



Главни нерешени прашања

Колку дена по почетокот на менструалниот циклус може да се стави имплант со етоногестрел, а сепак да биде ефективен во тој циклус?

Колку бргу се добива сигурна заштита со импланти со етоногестрел?

Колку бргу се враќа плодноста по отстранување на имплантите со етоногестрел?





**Колку долго може да се остават имплантите со
левоноргестрел во телото?**

8. Колку долго може да се остават имплантите со левоноргестрел во телото?

Забелешка: Овие препораки се засновани на податоци за одобрените импланти со левоноргестрел (Norplant and Jadelle) и се однесуваат на нив. Упатството за употреба на имплантите со етоногестрел (Implanon) наведува дека имплантот може да се остави во телото до 3 години.

Norplant

За жена со тежина до 70 kg

- ◆ Доколку жената при ставањето на имплантите има тежина до 70 kg и ја задржи тежината до 70 kg, имплантите може да се остават во телото до полни седум години.
- ◆ Жената треба да биде посветувана дека зголемувањето на тежината (на повеќе од 70 kg) може да доведе до намалување на ефективност на Norplant по 4-5 години (зависно од тоа колку е зголемена тежината).

За жена со тежина од 70 до 79 kg

- ◆ Доколку жената при ставањето на имплантите има тежина од 70 до 79 kg, таа треба да биде посветувана дека имплантите ќе бидат помалку ефективни по петтата година ако нејзината тежина остане во истиот опсег.
- ◆ Жената треба да се врати на контрола до крајот на четвртата година од употребата.
 - ◇ Доколку нејзината тежина сè уште е во опсегот од 70 до 79 kg, таа и здравствениот работник треба да одлучат дали имплантите ќе се остават во телото полни седум години.
 - ◇ Доколку при контролата тежи 80 kg или повеќе, жената треба сериозно да размисли за отстранување на имплантите по четвртата година поради намалената ефективност.

За жена со тежина од 80 kg или повеќе

- ◆ Жената треба да се врати на контрола до крајот на четвртата година од употребата. Доколку сè уште тежи 80 kg или повеќе, таа треба сериозно да размисли за отстранување на имплантите по четвртата година поради намалената ефективност.

Jadelle

Жената може да ги остави имплантите во телото до полни пет години, освен доколку тежи 80 kg или повеќе. Доколку тежи 80 kg или повеќе, таа треба сериозно да размисли за отстранување на имплантите по полни четири години поради нивната намалена ефективност.



Коментари

Експертската работна група ги разгледа објавените докази дека кај жените кои користат Norplant бременоста е ретка до крајот на седмата година за жени со тежина помала од 70 kg при ставањето на имплантот и до крајот на четвртата година за жени со тежина од 70 kg или повеќе при ставањето на имплантот. Ефективноста на контрацептивот се намалува по четвртата година кај жени со тежина од 70 kg или повеќе при ставањето, а значително се намалува кај жени со тежина од 80 kg или повеќе при ставањето. Експертската работна група, исто така, ги разгледа необјавените податоци коишто посочуваат на тоа дека кај жените кои во моментот имаат од 70 до 79 kg има зголемен ризик од бременост по 5 години употреба, а кај жените кои во моментот имаат 80 kg или повеќе ризикот од бременост во петтата година изнесува приближно 6%. Врз основа на овие податоци, жените со тежина од 70 до 79 kg во текот на петтата година од употребата треба да бидат свесни за намалената ефективност на имплантите доколку одлучат да продолжат со нивната употреба во шестата или во седмата година. Жените со тежина од 80 kg или повеќе треба да бидат сериозно советувани да размислат за отстранување на имплантите по четири години употреба. Најновите објавени стапки на бременост во петтата, шестата и седмата година според тежината при ставањето може да се најдат во трудот наведен под точката 3 во користената литература. Иако стапките на бременост кај жените со тежина од 70 до 79 kg се зголемуваат по петтата година, стапките во шестата и во седмата година не се поголеми од оние што се забележани за неколку други методи на контрацепција. Веројатноста од ектопична бременост кај жените кои користат Norplant или Jadelle е многу помала отколку кај жените кои не користат контрацепција. Меѓутоа, во случај на бременост, што е многу малку веројатно, се зголемува веројатноста дека бременоста ќе биде ектопична.

Имплантите Norplant може да се отстранат во секое време пред истекот на седмата година кај жена со тежина од 70 до 79 kg, доколку таа е загрижена за ефективноста по петтата година. По желба на жената, во тој момент може да се стави нов комплет импланти. Имплантите кај таа жена, како и кај сите жени кои користат импланти, може да се отстранат во кој било момент и поради која било причина.



Прашање за систематскиот преглед

Дали имплантите со левоноргестрел може да се остават во телото подолго од 5 години?

Ниво на доказ: II-1, добри, директни.

Користена литература за систематскиот преглед

1. Gu S et al. Effectiveness of Norplant implants through seven years: a large-scale study in China. *Contraception*, 1995, 52:99–103.
2. Nour El-Dine NM et al. Extension of use of the contraceptive implants, Norplant and levonorgestrel rods to seven years. *Egyptian Society of Obstetrics and Gynecology*, 2000, 26:377–393.
3. Sivin I et al. Prolonged effectiveness of Norplant® capsule implants: a 7-year study. *Contraception*, 2000, 61:187–194.
4. Sivin I et al. Levonorgestrel concentrations during 7 years of continuous use of Jadelle contraceptive implants. *Contraception*, 2001, 64:43–49.
5. Wan LS, Stiber A, Lam L. The levonorgestrel two-rod implant for long-acting contraception: 10 years of clinical experience. *Obstetrics and Gynecology*, 2003, 102:24–26.



Главни нерешени прашања

Какво е влијанието возраста и дебелината врз ефективноста на Norplant во петтата, шестата и седмата година од употребата?





Кога може жената да стави бакарна ИУВ?

9. Кога може жената да стави бакарна ИУВ?

Доколку има менструални циклуси

- ◆ Бакарната ИУВ може да се стави во кој било момент во првите 12 дена по почетокот на менструалното крварење, кога тоа ѝ одговара на жената, а не само во текот на менструацијата. Не е потребна дополнителна контрацепција.

Бакарната ИУВ може да се стави и во кој било друг момент во текот на менструалниот циклус, кога тоа ѝ одговара на жената, доколку е речиси сигурно дека таа не е бремена. Не е потребна дополнителна контрацепција.

Кај аменореја (не постпартално)

- ◆ Бакарната ИУВ може да се стави во кој било момент доколку може да се утврди дека жената не е бремена. Не е потребна дополнителна контрацепција.

Постпартално, доколку дои (вклучително по царски рез)*

- ◆ Доколку од породувањето поминале помалку од 48 часа, начелно може да се стави бакарна ИУВ.
- ◆ Доколку од породувањето поминале 4 седмици или повеќе и жената има аменореја, бакарна ИУВ може да се стави доколку е речиси сигурно дека жената не е бремена. Не е потребна дополнителна контрацепција.
- ◆ Доколку поминале 4 седмици или повеќе по породувањето и менструалниот циклус е воспоставен, бакарна ИУВ може да се стави во согласност со советите за други жени кои имаат менструални циклуси.

* Дополнителни упатства од *Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви. Трето издание, 2004 г.*

Бакарна ИУВ не треба да се става кај жени со пуерперална сепса. За жените кај коишто од породувањето поминале повеќе од 48 часа, но помалку од 4 седмици, обично не се препорачува употреба на бакарна ИУВ, освен ако другите посоодветни методи се достапни или неприфатливи.

Постпартално, доколку не дои (вклучително по царски рез)*

- ◆ Доколку од породувањето поминале помалку од 48 часа, начелно може да се стави бакарна ИУВ.
- ◆ Доколку од породувањето поминале 4 седмици или повеќе и жената има аменореја, може да се стави бакарна ИУВ, доколку може да се утврди дека жената не е бремена. Не е потребна дополнителна контрацепција.
- ◆ Доколку поминале 4 седмици или повеќе по породувањето и менструалниот циклус е воспоставен, бакарна ИУВ може да се стави во согласност со советите за други жени кои имаат менструални циклуси.

* Дополнителни упатства од *Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви. Трето издание, 2004 г.*

Бакарна ИУВ не треба да се става кај жени со пуерперална сепса. За жените, кај коишто од породувањето поминале повеќе од 48 часа, но помалку од 4 седмици, обично не се препорачува употреба на бакарна ИУВ, освен ако другите посоодветни методи се достапни или неприфатливи.

По абортус*

- ◆ Доколку бил извршен абортус во првиот триместар, бакарна ИУВ може да се стави веднаш по абортусот.

- ◆ Доколку бил извршен абортус во вториот триместар, бакарна ИУВ начелно може да се стави веднаш по абортусот.
- * **Дополнителни упатства од Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви. Трето издание, 2004 г.** Не треба да се става бакарна ИУВ веднаш по септичен абортус.

Преминување од друг метод

- ◆ Бакарната ИУВ може да се стави веднаш доколку е речиси сигурно дека жената не е бремена. Нема потреба да се чека следниот менструален период. Не е потребна дополнителна контрацепција.

За ургентна контрацепција*

- ◆ Бакарната ИУВ може да се стави како ургентен контрацептив во рок од 5 дена од незаштитениот полов однос.
- ◆ Освен тоа, доколку моментот на овулација може да се процени, бакарната ИУВ може да се стави и подоцна од пет дена по односот доколку тоа се направи во рок од пет дена од овулацијата.
- * **Дополнителни упатства од Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви. Трето издание, 2004 г.** Жените кои користат бакарна ИУВ за ургентна контрацепција треба да ги исполнуваат медицинските критериуми за подобност за тоа.

Коментари

Експертската работна група утврди дека ризикот од овулација до седмиот ден од менструалниот циклус е прифатливо низок. Имајќи го предвид и петдневниот ефект на ургентен контрацептив на бакарната ИУВ, Експертската работна група утврди дека веројатноста од бременост пред дванаесеттиот ден од менструалниот циклус е ниска.

Препораката на Експертската работна група за ставањето бакарни ИУВ не се однесува на ЛНГ ИУВ, бидејќи не може да се појде од претпоставката дека постои ефектот на ургентен контрацептив на бакарната ИУВ. Затоа не се препорачува употреба на ЛНГ ИУВ за ургентна контрацепција. Покрај тоа, постои теоретска загриженост дека во случај на бременост може да постои дополнителен ризик по фетусот поради изложеноста на хормонот. Меѓутоа, не е познато дали постои зголемен ризик од абнормалности на фетусот поради таа изложеност.

Како што е наведено во Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви, ИУВ не е индицирана во текот на бременоста и не треба да се користи поради ризикот од сериозни карлични инфекции и септичен спонтан абортус. Експертската работна група потврди дека шесте критериуми во прашањето 33 („Како може давателот на услуги разумно да се увери дека жената не е бремена“) се корисни во утврдувањето дали жените кои по породувањето дојат можеби се бремени. Меѓутоа, овие критериуми не се корисни за донесувањето на таа одлука за жените кои не дојат по породувањето или за жените кои имаат аменореја (не постпартално). Во тие околности треба да се искористат други методи за утврдување дали е жената бремена.

Прашање за систематскиот преглед

Како влијае ставањето ИУВ на различни денови од менструалниот циклус врз безбедноста, ефективноста и правилната употреба? **Ниво на доказ:** II-3, задоволителни, индиректни.

Користена литература за систематскиот преглед

1. Goldstuck ND. Pain response following insertion of a Gravigard (Copper-7) intrauterine contraceptive device in nulliparous women. *International Journal of Fertility*, 1981, 26:53–56.
2. Goldstuck ND, Matthews ML. A comparison of the actual and expected pain response following insertion of an intrauterine contraceptive device. *Clinical Reproduction and Fertility*, 1985, 3:65–71.
3. White MK et al. Intrauterine device termination rates and the menstrual cycle day of insertion. *Obstetrics and Gynecology*, 1980, 55:220–224.

Друга поважна користена литература

1. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal*, 2000, 321:1259–1262.
2. Wilcox AJ et al. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*, 2001, 63:211–215.



Главни нерешени прашања

Колку брзо се добива сигурна заштита со бакарна ИУВ?





**Дали треба да се дава антибиотска профилакса
при ставање бакарна ИУВ?**

10. Дали треба да се дава антибиотска профилакса при ставање бакарна ИУВ?

Рутинско ставање бакарна ИУВ

- ◆ Начелно не се препорачува антибиотска профилакса при ставање бакарна ИУВ. Во ситуација на истовремена висока преваленца на цервикални гонококни или хламидиски инфекции и ограничени скрининзи за сексуално преносливи инфекции (СПИ), може да се размисли за таква профилакса.
- ◆ Да се советува лицето кое употребува бакарна ИУВ да внимава на симптоми на пелвична инфламаторна болест (ПИБ), особено во првиот месец.

◆ Коментари

Експертската работна група утврди дека антибиотската профилакса при ставање бакарна ИУВ дава мала корист или воопшто не дава корист кај жените со низок ризик од СПИ.

Оваа препорака важи за здрави жени; за жените со заболувања (на пр. заболувања на срцевите валвули), кај коишто е оправдана антибиотска профилакса при инвазивни интервенции, можно е да е потребна антибиотска профилакса и за ставање бакарна ИУВ.

Прашање за систематскиот преглед

Дали давањето антибиотска профилакса го намалува ризикот од инфекции при ставање ИУВ? **Ниво на доказ:** I, добри, директни.

Користена литература за систематскиот преглед

1. Grimes DA, Schulz KF. Prophylactic antibiotics for intrauterine device insertion: a meta-analysis of the randomized controlled trials. *Contraception*, 1999, 60:57–63.

◆ Главни нерешени прашања

Дали антибиотската профилакса при ставање бакарна ИУВ е корисна во спречувањето ПИБ во контекст на висока преваленца на СПИ?



Кога може жената да стави левоноргестрел-ослободувачка ИУВ?

11. Кога може жената да стави левоноргестрел-ослободувачка ИУВ?

Доколку има менструални циклуси

- ◆ ЛНГ ИУВ може да се стави во кој било момент во првите 7 дена по почетокот на менструалното крварење, кога тоа ѝ одговара на жената, а не само во текот на менструацијата. Не е потребна дополнителна контрацепција.
- ◆ ЛНГ ИУВ може да се стави и во кој било друг момент во текот на менструалниот циклус, кога тоа ѝ одговара на жената доколку е разумно сигурно дека таа не е бремена. Доколку поминале повеќе од 7 дена од почетокот на менструалното крварење, ќе треба да апстинира од секс или да користи дополнителна заштита во следните 7 дена.

Кај аменореја (не постпартално)

- ◆ ЛНГ ИУВ може да се стави во кој било момент, *доколку може да се утврди дека жената не е бремена*. Ќе треба да апстинира од секс или да користи дополнителна заштита во следните 7 дена.

Постпартално, доколку дои (вклучително по царски рез)*

- ◆ Доколку од породувањето поминале 4 седмици или повеќе и жената има аменореја, ЛНГ ИУВ може да се стави доколку е речиси сигурно дека жената не е бремена. Не е потребна дополнителна контрацепција.
- ◆ Доколку поминале 4 седмици или повеќе по породувањето и менструалниот циклус е воспоставен, ЛНГ ИУВ може да се стави во согласност со советите за други жени кои имаат менструални циклуси.

* Дополнителни упатства од *Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви. Трето издание, 2004 г.*

ЛНГ ИУВ не треба да се става кај жени со пуерперална сепса. За жените кај коишто од породувањето поминале помалку од 48 часа и за оние кај коишто од породувањето поминале повеќе од 48 часа, но помалку од 4 седмици, обично не се препорачува употреба на ЛНГ ИУВ, освен ако другите посоодветни методи се недостапни или неприфатливи.

Постпартално, доколку не дои (вклучително по царски рез)*

- ◆ Доколку од породувањето поминале 4 седмици или повеќе и жената има аменореја, ЛНГ ИУВ може да се стави доколку може да се утврди дека жената не е бремена. Не е потребна дополнителна контрацепција.
- ◆ Доколку поминале 4 седмици или повеќе по породувањето и менструалниот циклус е воспоставен, ЛНГ ИУВ може да се стави во согласност со советите за други жени што имаат менструални циклуси.

* Дополнителни упатства од *Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви. Трето издание, 2004 г.*

ЛНГ ИУВ не треба да се става кај жени со пуерперална сепса. За жените кај коишто од породувањето поминале помалку од 48 часа и за оние кај коишто од породувањето поминале повеќе од 48 часа, но помалку од 4 седмици, обично не се препорачува употреба на ЛНГ ИУВ, освен ако другите посоодветни методи се недостапни или неприфатливи.

По абортус*

- ◆ Доколку бил извршен абортус во првиот триместар, ЛНГ ИУВ може да се стави веднаш по абортусот.

- ◆ Доколку бил извршен абортус во вториот триместар, ЛНГ ИУВ начелно може да се стави веднаш по абортусот.
- * **Дополнителни упатства од Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви. Трето издание, 2004 г.**
Не треба да се става ЛНГ ИУВ веднаш по септичен абортус.

Преминување од друг метод

- ◆ Доколку жената има менструални циклуси, ЛНГ ИУВ може да се стави веднаш доколку е речиси сигурно дека не е бремена. Доколку жената има аменореја, ЛНГ ИУВ повторно може да се стави веднаш доколку може да се утврди дека жената не е бремена. Нема потреба да се чека следниот менструален период.
 - ◇ Доколку поминале помалку од 7 дена од почетокот на менструалното крварење, не е потребна дополнителна контрацепција.
 - ◇ Доколку поминале повеќе од 7 дена од почетокот на менструалното крварење, ќе треба да апстинира од секс или да користи дополнителна заштита во следните 7 дена.
 - ◇ Доколку претходниот метод бил хормон во ампуларна форма, ЛНГ ИУВ треба да се стави во моментот кога требало да се повтори терапијата со ампулата. Во тие околности не е потребна дополнителна контрацепција.

Коментари

Експертската работна група утврди дека ризикот од овулација до седмиот ден од менструалниот циклус е прифатливо низок, па затоа ризикот од бременост е низок пред осмиот ден.

Препораката на Експертската работна група за ставањето бакарни ИУВ не се однесува на ЛНГ ИУВ, бидејќи не може да се појде од претпоставката дека постои ефектот на ургентен контрацептив на бакарната ИУВ. Затоа не се препорачува употреба на ЛНГ ИУВ за ургентна контрацепција. Покрај тоа, постои теоретска загриженост дека во случај на бременост може да постои дополнителен ризик по фетусот поради изложеноста на хормонот. Меѓутоа, не е познато дали постои зголемен ризик од абнормалности на фетусот поради таа изложеност.

Како што е наведено во Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви, ИУВ не е индицирана во текот на бременоста и не треба да се користи поради ризикот од сериозни карлични инфекции и септичен спонтан абортус. Експертската работна група потврди дека шесте критериуми во прашањето 33 („Како може давателот на услуги разумно да се увери дека жената не е бремена“) се корисни во утврдувањето дали жените кои дојат по породувањето можеби се бремени. Меѓутоа, овие критериуми не се корисни за донесувањето на таа одлука кај жените кои не дојат по породувањето или за жените кои имаат аменореја (не постпартално). Во тие околности треба да се искористат други методи за утврдување дали е жената бремена.

Прашање за систематскиот преглед

Како ставањето ИУВ на различни денови од менструалниот циклус влијае врз безбедноста, ефективноста и правилната употреба? **Ниво на доказ:** I, добри, индиректни.

Користена литература за систематскиот преглед

1. Harrison-Woolrych M, Zhou L, Coulter D. Insertion of intrauterine devices: a comparison of experience with Mirena and Multiload Cu 375 during post-marketing monitoring in New Zealand. *New Zealand Medical Journal*, 2003, 116: 538–544.
2. Luukkainen T et al. Effective contraception with the levonorgestrel-releasing intrauterine device: 12-month report of a European multicenter study. *Contraception*, 1987, 36:169–179.
3. Sivin I et al. Long term contraception with the levonorgestrel 20 µg/day (LNG 20) and the copper T 380 Ag intrauterine devices: a five-year randomized study. *Contraception*, 1990, 42:361–378.



Главни нерешени прашања

Колку брзо се добива сигурна заштита со ЛНГ ИУВ?

Дали постојат и доколку постојат, кои се негативните ефекти врз доенчињата на мајки кои дојат ако мајките започнат со употреба на контрацепција само со прогестерон порано од шест седмици по породувањето?





**Дали треба да се дава антибиотска профилакса
при ставање левоноргестрел-ослободувачка ИУВ?**

12. Дали треба да се дава антибиотска профилакса при ставање левоноргестрел-ослободувачка ИУВ?

Рутинско ставање ЛНГ ИУВ

- ◆ Начелно, не се препорачува антибиотска профилакса при ставање ЛНГ ИУВ. Во ситуација на истовремена висока преваленца на цервикални гонококни или хламидиски инфекции и ограничени скрининзи за сексуално преносливи инфекции (СПИ), може да се размисли за таква профилакса.
- ◆ Да се советува лицето кое употребува ЛНГ ИУВ да внимава на симптоми на пелвична инфламаторна болест (ПИБ), особено во првиот месец.

Коментари

Експертската работна група утврди дека антибиотската профилакса при ставање ЛНГ ИУВ дава мала корист или воопшто не дава корист кај жените со низок ризик од СПИ.

Оваа препорака важи за здрави жени; за жените со заболувања (на пр. заболувања на срцевите валвули), кај коишто е оправдана антибиотска профилакса при инвазивни интервенции, можно е да е потребна антибиотска профилакса и за ставање ЛНГ ИУВ.

Овие препораки се засноваат на докази на бакарната ИУВ.

Прашање за систематскиот преглед

Дали давањето антибиотска профилакса го намалува ризикот од инфекции при ставање ЛНГ ИУВ?

Користена литература за систематскиот преглед

Не беа идентификувани студии.

Друга поважна користена литература

Види. Користена литература од прашање 10 („Дали треба да се дава антибиотска профилакса при ставање бакарна ИУВ?“).

Главни нерешени прашања

Дали има полза од антибиотска профилакса при ставањето ЛНГ ИУВ за спречување ПИБ во ситуација на висока преваленца на СПИ?



Како може жената да зема ургентни посткоитални таблети?

13. Како може жената да зема ургентни посткоитални таблети?

Оптимално време

- ◆ Најдобро е жената да земе УПТ само со левоноргестрел или комбинирани естроген-прогестоген УПТ што е можно побрзо по половиот однос без заштита во рок од 72 часа.
- ◆ Може да земе УПТ само со левоноргестрел или комбинирани естроген-прогестоген УПТ и во период меѓу 72 и 120 часа по половиот однос без заштита. Меѓутоа, таа треба да биде посветувана дека ефективност на УПТ се намалува со зголемувањето на интервалот меѓу половиот однос без заштита и земањето на УПТ.

Начин на употреба

- ◆ Претпочитаниот метод е жената да земе 1,50 mg левоноргестрел во една доза.
- ◆ Може да го земе левоноргестрелот и во 2 дози (1 доза од 0,75 mg левоноргестрел, а потоа втора доза од 0,75 mg левоноргестрел по 12 часа).
- ◆ Третата можност е да земе комбинирана естроген-прогестоген УПТ во 2 дози (една доза од 100 µg етинилестрадиол плус 0,50 mg левоноргестрел, а потоа втора доза од 100 µg етинилестрадиол плус 0.50 mg левоноргестрел по 12 часа).



Коментари

Експертската работна група ги разгледа доказите дека УПТ се најефективни доколку се земат што е можно поскоро по половиот однос без заштита, најдобро во рок од 72 часа. Доказите посочуваат дека УПТ се ефективни и во периодот меѓу 72 и 120 часа, но нивната ефективност е намалена, особено по 96 часа. Ефективноста по 120 часа е непозната.

Експертската работна група ги разгледа доказите дека УПТ само со левоноргестрел се претпочитаната опција во однос на комбинирани естроген-прогестоген УПТ, бидејќи предизвикуваат помалку мачнина и повраќање.

Експертската работна група ги разгледа доказите дека 1,50 mg левоноргестрел (две таблети од 0,75 mg) се барем исто толку ефективни колку и левоноргестрел во две дози (една доза од 0,75 mg левоноргестрел, а потоа втора доза од 0,75 mg левоноргестрел по 12 часа). Програмите може да ја нудат опцијата со една или со две дози, во зависност од достапните препарати. Меѓутоа, Експертската работна група смета дека опцијата со една доза треба да се претпочита во однос на опцијата со две дози за да се гарантира правилна употреба.



Прашања за систематскиот преглед

Дали може да се земат ургентни посткоитални таблети по повеќе од 72 часа од половиот однос без заштита? **Ниво на доказ:** II-2, добри, директни.

Дали може ургентните посткоитални таблети да се земат како единечна доза? **Ниво на доказ:** I, добри, директни.

Користена литература за систематскиот преглед

1. Arowojolu AO, Okewole IA, Adekunle AO. Comparative evaluations of the effectiveness and safety of two regimens of levonorgestrel for emergency contraception in Nigerians. *Contraception*, 2002, 66:269–273.
2. Ellertson C et al. Extending the time limit for starting the Yuzpe regimen of emergency contraception to 120 hours. *Obstetrics and Gynecology*, 2003, 101:1168–1171.
3. Johansson E et al. Pharmacokinetic study of different dosing regimens of levonorgestrel for emergency contraception in healthy women. *Human Reproduction*, 2002, 17:1472–1476.
4. Piaggio G, von Hertzen H. *Effect of delay in the administration of levonorgestrel for emergency contraception*. Presented at the XVII FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics, 2–7 November 2003, Santiago, Chile.
5. Rodrigues I, Grou F, Joly J. Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2001, 184:531–537.
6. von Hertzen H et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet*, 2002, 360:1803–1810.



Главни нерешени прашања

Која е минималната ефективна доза на УПТ?

Колкаво е намалувањето на ефективноста на УПТ со секој ден задоцнување по 72 часа од половиот однос без заштита?





**Дали може жената однапред да добие
ургентни посткоитални таблети?**

14. Дали може жената однапред да добие ургентни посткоитални таблети?

- ◆ Жената може однапред да добие УПТ за да се обезбеди сигурност дека ќе може да ги земе по потреба што е можно побрзо по половиот однос без заштита.



Коментари

Експертската работна група забележа дека во некои земји не може да се дадат УПТ однапред, па во тие околности може однапред да се даде рецепт.

Експертската работна група ги разгледа доказите што покажуваат дека веројатноста жената да земе УПТ по полов однос без заштита е поголема доколку ги добила таблетите однапред и дека давањето таблети однапред не влијае на употребата на контрацептиви, не ја зголемува употребата на УПТ и не ја зголемува зачестеноста на половиот однос без заштита.



Прашање за систематскиот преглед

Дали може ургентните посткоитални таблети да ѝ се дадат на жената пред да ѝ бидат потребни? **Ниво на доказ:** I, добри, директни.

Користена литература за систематскиот преглед

1. Belzer M et al. Advanced supply of emergency contraception for adolescent mothers increased utilization without reducing condom or primary contraception use. *Journal of Adolescent Health*, 2003, 32:122–123.
2. Ellertson C et al. Emergency contraception: randomized comparison of advance provision and information only. *Obstetrics and Gynecology*, 2001, 98:570–575.
3. Glasier A, Baird D. The effects of self-administering emergency contraception. *New England Journal of Medicine*, 1998, 339:1–4.
4. Jackson RA et al. Advance supply of emergency contraception: effect on use and usual contraception – a randomized trial. *Obstetrics and Gynecology*, 2003, 102:8–16.
5. Lovvorn A et al. Provision of emergency contraceptive pills to spermicide users in Ghana. *Contraception*, 2000, 61:287–293.
6. Raine T et al. Emergency contraception: advance provision in a young, high-risk clinic population. *Obstetrics and Gynecology*, 2000, 96:1–7.
7. Roye CF. Routine provisions of emergency contraception to teens and subsequent condom use: a preliminary study. *Journal of Adolescent Health*, 2001, 28:165–166.



Главни нерешени прашања

Дали давањето УПТ однапред резултира со разлики во стапките на бременост и на сексуално преносливи инфекции?





**Кога може мажот да се потпре на извршената вазектомија
како метод за контрацепција?**

15. Кога може мажот да се потпре на извршената вазектомија како метод за контрацепција??

- ◆ Тој треба да чека 3 месеци пред да се потпре на вазектомијата како метод за контрацепција.
- ◆ Во текот на тој период треба да продолжи со сексуална активност, но тој или партнерката треба да користат дополнителна контрацепција.
- ◆ Анализа на семената течност, доколку е достапна, може да ја потврди ефективноста на контрацепцијата по периодот од 3 месеци.

◆ Коментари

Експертската работна група смета дека вазектомијата е многу ефективна доколку постапката се спроведе правилно и доколку мажот чека 3 месеци по вазектомијата пред да има полов однос без заштита. Експертската работна група ги разгледа доказите што покажуваат дека тримесечниот период на чекање по вазектомијата е доволен за гарантирање на ефективноста на вазектомијата кај повеќето мажи, но забележа дека анализата на семената течност, доколку е достапна, е најсигурниот начин за потврдување на ефективноста на вазектомијата.

Експертската работна група, исто така, ги разгледа доказите што покажуваат дека имањето 20 ејакулации по вазектомијата (без тримесечниот период на чекање) не ја гарантира ефективноста на вазектомијата. Меѓутоа, мажот треба да продолжи со сексуалната активност (со употреба на контрацепција) во текот на тримесечниот период по вазектомијата за да се отстранат евентуално преостанатите сперматозоиди од семената течност.

Прашање за систематскиот преглед

Колку месеци или колку ејакулации се потребни по вазектомијата за да се потврди нејзината успешност? **Ниво на доказ:** I, добри, директни.

Користена литература за систематскиот преглед

1. Albert PS, Mininberg DT, Davis JE. The nitrofurans as sperm immobilising agents: their tissue toxicity and their clinical application. *British Journal of Urology*, 1975, 47:459–462.
2. Albert PS, Seebode J. Nitrofurazone: vas irrigation as adjunct in vasectomy. *Urology*, 1977, 10:450–451.
3. Albert PS, Seebode J. Nitrofurazone: vas irrigation as an adjunct in vasectomy. *Fertility and Sterility*, 1978, 29:442–443.
4. Albert PS et al. The nitrofurans as sperm immobilizing agents. *Journal of Urology*, 1975, 113:69–70.
5. Albert PS et al. The nitrofurans as sperm-immobilizing agents, their tissue toxicity, and their clinical application in vasectomy. *Fertility and Sterility*, 1975, 26:485–491.

6. Alderman PM. The lurking sperm. A review of failures in 8879 vasectomies performed by one physician. *Journal of the American Medical Association*, 1988, 259:3142–3144.
7. Alderman PM. General and anomalous sperm disappearance characteristics found in a large vasectomy series. *Fertility and Sterility*, 1989, 51:859–862.
8. Anonymous. One thousand vasectomies. *British Medical Journal*, 1973, 4(5886):216–221.
9. Arellano LS et al. No-scalpel vasectomy: review of the first 1,000 cases in a family medicine unit. *Archives of Medical Research*, 1997, 28:517–522.
10. Badrakumar C, Gogoi NK, Sundaram SK. Semen analysis after vasectomy: when and how many? *British Journal of Urology International*, 2000, 86:479–481.
11. Barone MA et al. A prospective study of time and number of ejaculations to azoospermia after vasectomy by ligation and excision. *Journal of Urology*, 2003, 170:892–896.
12. Barros D'Sa IJ, Guy PJ. No-scalpel vasectomy: a cautionary tale of failure. *British Journal of Urology International*, 2003, 92:331–332.
13. Bedford JM, Zelikovsky G. Viability of spermatozoa in the human ejaculate after vasectomy. *Fertility and Sterility*, 1979, 32:460–463.
14. Belker AM et al. The high rate of noncompliance for post-vasectomy semen examination: medical and legal considerations. *Journal of Urology*, 1990, 144(2 Pt 1):284–286.
15. Berthelsen JG. [Irrigation of the vas deferens during vasectomy]. *Ugeskrift for Laeger*, 1975, 137:1527–1529.
16. Berthelsen JG. Perioperative irrigation of the vas deferens during vasectomy. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 1976, 10:100–102.
17. Berthelsen JG, Gandrup P. [Investigation of fertility after vasectomy by means of eosin differential staining (vital staining) of the spermatozoa]. *Ugeskrift for Laeger*, 1979, 141:2116–2118.
18. Bradshaw HD et al. Review of current practice to establish success after vasectomy. *British Journal of Surgery*, 2001, 88:290–293.
19. Chan J, Anderson R, Glasier A. Post-vasectomy semen analysis: unnecessary delay or belt and braces? *British Journal of Family Planning*, 1997, 23:77–79.
20. Cortes M et al. Results of a pilot study of the time to azoospermia after vasectomy in Mexico City. *Contraception*, 1997, 56:215–222.
21. Craft I. Irrigation at vasectomy and the onset of "sterility." *British Journal of Urology*, 1973, 45:441–442.
22. Craft I, McQueen J. Effect of irrigation of the vas on post-vasectomy semen-counts. *Lancet*, 1972, 1(7749):515–516.
23. Davies AH et al. The long-term outcome following "special clearance" after vasectomy. *British Journal of Urology*, 1990, 66:211–212.
24. De Knijff DW et al. Persistence or reappearance of nonmotile sperm after vasectomy: does it have clinical consequences? *Fertility and Sterility*, 1997, 67:332–335.

25. Edwards IS. Vasectomy: elimination of motile sperm [letter]. *Medical Journal of Australia*, 1976, 1(25):978.
26. Edwards IS. Vasectomy: a simple postoperative regimen. *Medical Journal of Australia*, 1977, 1:814–817.
27. Edwards IS. Vasectomy: irrigation with euflavine. *Medical Journal of Australia*, 1977, 1:847–849.
28. Edwards IS. Postvasectomy testing: reducing the delay [letter]. *Medical Journal of Australia*, 1981, 1:649.
29. Edwards IS. Earlier testing after vasectomy, based on the absence of motile sperm. *Fertility and Sterility*, 1993, 59:431–436.
30. Edwards IS, Farlow JL. Non-motile sperms persisting after vasectomy: do they matter? *British Medical Journal*, 1979, 1(6156):87–88.
31. Esho JO, Cass AS. Recanalization rate following methods of vasectomy using interposition of fascial sheath of vas deferens. *Journal of Urology*, 1978, 120:178–179.
32. Esho JO, Cass AS, Ireland GW. Morbidity associated with vasectomy. *Journal of Urology*, 1973, 110: 413–415.
33. Esho JO, Ireland GW, Cass AS. Recanalization following vasectomy. *Urology*, 1974, 3: 211–214.
34. Esho JO, Ireland GW, Cass AS. Vasectomy: comparison of ligation and fulguration methods. *Urology*, 1974, 3:337–338.
35. Freund M, Davis JE. Disappearance rate of spermatozoa from the ejaculate following vasectomy. *Fertility and Sterility*, 1969, 20:163–170.
36. Gandrup P, Berthelsen JG, Nielsen OS. Irrigation during vasectomy: a comparison between sterile water and the spermicide euflavine. *Journal of Urology*, 1982, 127:60–61.
37. Goldstein M. Vasectomy failure using an open-ended technique. *Fertility and Sterility*, 1983, 40:699–700.
38. Gupta AS, Kothari LK, Devpura TP. Vas occlusion by tantalum clips and its comparison with conventional vasectomy in man: reliability, reversibility, and complications. *Fertility and Sterility*, 1977, 28:1086–1089.
39. Haldar N et al. How reliable is a vasectomy? Long-term follow-up of vasectomised men. *Lancet*, 2000, 356(9223):43–44.
40. Hamilton DW. Immediate sterility after vasectomy. *Medical Journal of Australia*, 1977, 1:402–403.
41. Jackson P et al. A male sterilization clinic. *British Medical Journal*, 1970, 4:295–297.
42. Jensen UH, Siemsen SJ. [Vasectomy with immediate sterility]. *Ugeskrift for Laeger*, 1978, 140:916–917.
43. Jones JS. Percutaneous vasectomy: a simple modification eliminates the steep learning curve of no-scalpel vasectomy. *Journal of Urology*, 2003, 169:1434–1436.
44. Jouannet P, David G. Evolution of the properties of semen immediately following vasectomy. *Fertility and Sterility*, 1978, 29:435–441.

45. Klapproth HJ, Young IS. Vasectomy, vas ligation and vas occlusion. *Urology*, 1973, 1:292–300.
46. Koneitzko D, Reinecke F. [Prolonged demonstration of spermatozoa after vasectomy]. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1973, 98:1221–1223.
47. Kumar V, Kaza RM. A combination of check tug and fascial interposition with no-scalpel vasectomy. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2001, 27:100.
48. Labrecque M et al. Effectiveness and complications associated with 2 vasectomy occlusion techniques. *Journal of Urology*, 2002, 168:2495–2498.
49. Lauritsen NP, Klove-Mogensen M, Glavind K. Vasectomy with rivanol injection and fertility control by vital staining with eosin. *International Urology and Nephrology*, 1987, 19:419–422.
50. Lee C, Paterson IS. Review of current practice to establish success after vasectomy. *British Journal of Surgery*, 2001, 88:1267–1268.
51. Lehtonen T. Effect of irrigation of vas deferens on sperm analyses after vasectomy. *Annales Chirurgiae et Gynaecologiae Fenniae*, 1975, 64:224–226.
52. Lehtonen T. Vasectomy for voluntary male sterilisation. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 1975, 9:174–176.
53. Lemack GE, Goldstein M. Presence of sperm in the pre-vasectomy reversal semen analysis: incidence and implications. *Journal of Urology* 1996, 155:167–169.
54. Leungwattanakij S, Lertsuwannaroj A, Ratana-Olarn K. Irrigation of the distal vas deferens during vasectomy: does it accelerate the post-vasectomy sperm-free rate? *International Journal of Andrology*, 2001, 24:241–245.
55. Lewis EL, Brazil CK, Overstreet JW. Human sperm function in the ejaculate following vasectomy. *Fertility and Sterility*, 1984, 42:895–898.
56. Linnet L. [Control of vasectomy. A prospective study of the semen of 45 vasectomized patients and experience from control study of 197 patients in whom vasectomy was undertaken employing fascial interposition]. *Ugeskrift for Læger*, 1977, 139:1708–1714.
57. Linnet L, Linnet-Jepsen P. [Acceptability of offers of vasectomy control]. *Ugeskrift for Læger*, 1980, 142:637–640.
58. Maatman TJ, Aldrin L, Carothers GG. Patient noncompliance after vasectomy. *Fertility and Sterility*, 1997, 68:552–555.
59. McEwan J, Newton J, Yates-Bell A. Hospital family planning: a vasectomy service. *Contraception*, 1974, 9:177–192.
60. Madrigal V, Edelman DA, Goldsmith A. Male sterilization in El Salvador: a preliminary report. *Journal of Reproductive Medicine*, 1975, 14:167–170.
61. Marshall S, Lyon RP. Transient reappearance of sperm after vasectomy. *Journal of the American Medical Association*, 1972, 219:1753–1754.
62. Marshall S, Lyon RP. Variability of sperm disappearance from the ejaculate after vasectomy. *Journal of Urology*, 1972, 107:815–817.
63. Marwood RP, Beral V. Disappearance of spermatozoa from ejaculate after vasectomy. *British Medical Journal*, 1979, 1(6156):87.

64. Mason RG, Dodds L, Swami SK. Sterile water irrigation of the distal vas deferens at vasectomy: does it accelerate clearance of sperm? A prospective randomized trial. *Urology*, 2002, 59:424–427.
65. Nazerali H et al. Vasectomy effectiveness in Nepal: a retrospective study. *Contraception*, 2003, 67:397–401.
66. O'Brien TS et al. Temporary reappearance of sperm 12 months after vasectomy clearance. *British Journal of Urology*, 1995, 76:371–372.
67. Orr D, Moore B. Vasectomy as a contraceptive method. *Irish Medical Journal*, 1989, 82:19–20.
68. Pearce I et al. The effect of perioperative distal vasal lavage on subsequent semen analysis after vasectomy: a prospective randomized controlled trial. *British Journal of Urology International*, 2002, 90:282–285.
69. Penna RM, Potash J, Penna SM. Elective vasectomy: a study of 843 patients. *Journal of Family Practice*, 1979, 8:857–858.
70. Philp T, Guillebaud J, Budd D. Late failure of vasectomy after two documented analyses showing azoospermic semen. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, 1984, 289(6437):77–79.
71. Poddar AK, Roy S. Disappearance of spermatozoa from semen after vasectomy. *Journal of Population Research*, 1976, 3:61–70.
72. Rees RW. Vasectomy: problems of follow up. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 1973, 66:2–4.
73. Rhodes DB, Mumford SD, Free MJ. Vasectomy: efficacy of placing the cut vas in different fascial planes. *Fertility and Sterility*, 1980, 33:433–438.
74. Richardson DW, Aitken RJ, Loudon NB. The functional competence of human spermatozoa recovered after vasectomy. *Journal of Reproduction and Fertility*, 1984, 70:575–579.
75. Robson AJ, Hunt PK. Flushing of the vas deferens during vasectomy. *Canadian Medical Association Journal*, 1978, 118:770–771.
76. Santiso R et al. Vasectomy in Guatemala: a follow-up study of five hundred acceptors. *Social Biology*, 1981, 28:253–264.
77. Schmidt SS. Vasectomy by section, luminal fulguration and fascial interposition: results from 6248 cases. *British Journal of Urology*, 1995, 76:373–374.
78. Schraibman IG. One thousand vasectomies. *British Medical Journal*, 1973, 4:418.
79. Sekhon GS. Percutaneous vasectomy: a comparative study using a new instrument and technique. *Indian Journal of Medical Research*, 1970, 58:1433–1442.
80. Sivanesaratnam V. Onset of azoospermia after vasectomy. *New Zealand Medical Journal*, 1985, 98(778):331–333.
81. Smith AG et al. Is the timing of post-vasectomy seminal analysis important? *British Journal of Urology*, 1998, 81:458–460.
82. Sokal DC et al. Vasectomy by ligation and excision, with versus without fascial interposition: a randomized controlled trial. *BioMed Central Medicine*, 2004, 2:6.
83. Sorensen TT, Knudsen PR, Hangaard J. [Outpatient vasectomy]. *Ugeskrift for Laeger*, 1980, 143:26–27.

84. Stamm H, Acheampong A. [Vasectomy within the scope of contraception]. *Gynakologische Rundschau*, 1984, 24:85–97.
85. Taily G, Vereecken RL, Verduyn H. A review of 357 bilateral vasectomies for male sterilization. *Fertility and Sterility*, 1984, 41:424–427.
86. Temmerman M et al. Evaluation of one-hundred open-ended vasectomies. *Contraception*, 1986, 33:529–532.
87. Thompson B et al. Experience with sperm counts following vasectomy. *British Journal of Urology*, 1991, 68:230–233.
88. Urquhart-Hay D. Immediate sterility after vasectomy. *British Medical Journal*, 1973, 3(5876):378–379.
89. Varela Rico J et al. Vasectomy with immediate sterilization using intraductal phenylmercuric acetate. *Current Therapeutic Research, Clinical and Experimental*, 1979, 26:881–884.
90. Yu HY, Halim A, Evans PR. Chlorhexidine for irrigation of vas: a clinical trial and the study of viability of non-motile sperms in post-vasectomy patients with trypan blue uptake. *British Journal of Urology*, 1976, 48:371–375.



Главни нерешени прашања

Дали постои одреден број ејакулации по којшто мажот може да се потпре на вазектомијата за контрацепција?

Како варира ефективноста на вазектомијата според методот на оклузија на семеноводите, особено при постоењето малку ресурси?

Дали може да се развијат сигурни тестови за утврдување на ефективноста на вазектомијата при постоењето малку ресурси (вклучително анализа на семената течност)?





Што може да направи жена која го користи методот на стандардни денови доколку нејзиниот менструален циклус е надвор од опсегот 26-32 дена?

16. Што може да направи жена која го користи методот на стандардни денови доколку нејзиниот менструален циклус е надвор од опсегот 26-32 дена?

Забелешка: МСД е метод со следење на плодноста, во којшто жените мораат да избегнуваат полов однос без заштита од осмиот до 19 ден од менструалниот циклус.

Жени кои го користат МСД и кои имаат 2 или повеќе циклуси надвор од опсегот 26-32 дена во текот на една година

- ◆ Да се посветува дека методот не е соодветен за неа поради повисокиот ризик од бременост. Да ѝ се помогне во изборот на друг метод.

Првична употреба на МСД за жени чијшто менструален циклус е во опсегот 26-32 дена

- ◆ Доколку жената сака, да ѝ се обезбеди друг метод за контрацепција за деновите 8-19. Да ѝ се даде резерва.

Жени кои го користат МСД и кои имаат полов однос без заштита во деновите 8-19

- ◆ Да се размисли за употреба на ургентна контрацепција по потреба.



Коментари

Експертската работна група заклучи дека веројатноста од бременост е поголема доколку менструалниот циклус е надвор од опсегот 26-32 дена, дури и ако се избегнува полов однос без заштита од 8 до 19 ден.



Прашање за систематскиот преглед

Каква е ефективност на методот на стандардни денови кај жени со циклуси пократки или подолги од 26-32 дена? **Ниво на доказ:** II-3, задоволителни, директни.

Користена литература за систематскиот преглед

1. Arevalo M, Sinau I, Jennings V. A fixed formula to define the fertile window of the menstrual cycle as the basis of a simple method of natural family planning. *Contraception*, 2000, 60:357–360.

Друга поважна користена литература

1. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the “fertile window” in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal*, 2000, 321:1259–1262.
2. Wilcox AJ et al. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*, 2001, 63:211–215.



Главни нерешени прашања

Кои се најефективните стратегии за советување и други комуникациски стратегии за максимизирање на доследната, правилна и континуирана употреба на методи засновани на следење на плодноста?



Неправилна употреба

17. Што може да направи жената доколку пропушти да земе комбинирани орални контрацептиви (КОК)?
18. Што може да направи жената доколку пропушти да земе прогестоген во форма на таблета (ПОП)?





**Што може да направи жената доколку пропушти да земе
комбинирани орални контрацептиви?**

17. Што може да направи жената доколку пропушти да земе комбинирани орални контрацептиви?

За таблети етинилестрадиол од 30-35 μ g:

Пропуштени 1 или 2 активни (хормонски) таблети или започнување со пакувањето 1 или 2 дена подоцна

- ◆ Треба да земе активна (хормонска) таблета што е можно побргу*, а потоа да продолжи со земање 1 таблета дневно.
- ◆ Не е потребна дополнителна контрацепција.

Пропуштени 3 или повеќе активни (хормонски) таблети или започнување со пакувањето 3 или повеќе дена подоцна

- ◆ Треба да земе активна (хормонска) таблета што е можно побргу*, а потоа да продолжи со земање 1 таблета дневно.
- ◆ Исто така, треба да користи кондоми или да апстинира од секс додека да земе активни (хормонски) таблети 7 дена по ред.
- ◆ Доколку пропуштила да ги земе таблетите во третата седмица, треба да заврши со активните (хормонски) таблети од тековното пакување и следниот ден да започне со новото пакување. Не треба да ги зема седумте неактивни таблети.
- ◆ Доколку пропуштила да ги земе таблетите првата седмица и имала секс без заштита, треба да размисли за употреба на ургентна контрацепција.

За таблети етинилестрадиол од 20 μ g или помалку:

- ◆ Доколку жената пропушти една активна (хормонска) таблета или започне со пакувањето еден ден подоцна, треба да ги следи упатствата наведени погоре, во „Пропуштени 1 или 2 активни (хормонски) таблети или започнување со пакувањето 1 или 2 дена подоцна“.
- ◆ Доколку жената пропушти две активни (хормонски) таблети или започне со пакувањето два или повеќе дена подоцна, треба да ги следи упатствата наведени погоре, во „Пропуштени 3 или повеќе активни (хормонски) таблети или започнување со пакувањето 3 или повеќе дена подоцна“.

За таблети етинилестрадиол од 30-35 μ g и од 20 μ g или помалку:

Пропуштена која било неактивна (нехормонска) таблета

- ◆ Жената треба да ги фрли пропуштените неактивни (нехормонски) таблети и да продолжи со земање по една таблета дневно.

* Доколку жената пропушти повеќе од една активна (хормонска) таблета, може да ја земе првата пропуштена таблета, а потоа или да ги земе другите пропуштени таблети или да ги фрли за да продолжи со распоредот.

Во зависност од тоа кога ќе се сети дека пропуштила таблета(и), може да земе две таблети истиот ден (една кога ќе се сети, а другата во редовниот термин), па дури и истовремено.



Коментари

Експертската работна група смета дека недоследната или неправилна употреба на таблетите е главната причина за непланирана бременост. Седумдневна континуирана употреба на КОК се сметаше за неопходна за сигурно спречување на овулацијата. Жените кои редовно пропуштаат таблети треба да размислат за друг метод за контрацепција.

Експертската работна група забележа дека доказите за препораките за „пропуштени таблети“ главно се извлечени од студии со жени кои користат таблети етинилестрадиол од 30-35 μg .

Многу жени (вклучително и оние чиишто пакувања се означени со деновите од седмицата) започнуваат со земање на таблетите во одреден ден од седмицата. Доколку таа жена пропушти да земе таблета, пропуштената таблета мора да се фрли за да се продолжи со распоредот. Други жени можеби нема да сакаат да фрлаат таблети, но можно е да имаат менструација во различни интервали од очекуваните.

Следните четири начела се основа за препораките на Експертската работна група

- ◆ Доколку се пропушти активна (хормонска) таблета, важно е да се земе таблета што е можно побргу.
- ◆ Доколку се пропуштат таблети, веројатноста од бременост зависи не само од бројот на пропуштените таблети, туку и од тоа кога се пропуштени таблетите. Врз основа на податоците за овулацијата, Експертската работна група утврди дека пропуштањето 3 или повеќе активни (хормонски) таблети (2 или повеќе кај таблети етинилестрадиол од 20 μg или помалку) во кој било период од циклусот бара дополнителни мерки на заштита. Ризикот од бременост е најголем кога ќе се пропуштат активни (хормонски) таблети на почетокот или крајот на периодот на земање на активните таблети, т.е. кога се продолжува интервалот без земање хормони.
- ◆ Ограничени докази за таблетите етинилестрадиол од 20 μg посочуваат на тоа дека можеби постои поголем ризик од бременост при пропуштање таблети етинилестрадиол од 20 μg отколку при пропуштање таблети етинилестрадиол од 30-35 μg . Следствено, Експертската работна група препорачува повнимателен пристап при пропуштање на таблетите етинилестрадиол од 20 μg или помалку.
- ◆ Искуствата од теренот со примената на првото издание на Избрани препораки од практиката за употреба на контрацептиви ја потврдуваат потребата од едноставни препораки за „пропуштени таблети“.



Прашање за систематскиот преглед

Какво влијание има пропуштањето таблети во различни денови од циклусот врз ефективоста на контрацептивот? **Ниво на доказ:** I, задоволителни, индиректни.

Користена литература за систематскиот преглед

1. Chowdhury V et al. "Escape" ovulation in women due to the missing of low-dose combination oral contraceptive pills. *Contraception*, 1980, 22:241–247.
2. Creinin MD et al. The effect of extending the pill-free interval on follicular activity: triphasic norgestimate/35 micro g ethinyl estradiol versus monophasic levonorgestrel/20 micro g ethinyl estradiol. *Contraception*, 2002, 66:147–152.
3. Elomaa K, Lahteenmaki P. Ovulatory potential of preovulatory sized follicles during oral contraceptive treatment. *Contraception*, 1999, 60:275–279.
4. Elomaa K et al. Omitting the first oral contraceptive pills of the cycle does not automatically lead to ovulation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1998, 179:41–46.
5. Hamilton CJ, Hoogland HJ. Longitudinal ultrasonographic study of the ovarian suppressive activity of a low-dose triphasic oral contraceptive during correct and incorrect pill intake. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1989, 161: 1159–1162.
6. Hedon B et al. Ovarian consequences of the transient interruption of combined oral contraceptives. *International Journal of Fertility*, 1992, 37:270–276.
7. Killick SR. Ovarian follicles during oral contraceptive cycles: their potential for ovulation. *Fertility and Sterility*, 1989, 52:580–582.
8. Killick SR et al. Extending the duration of the pill-free interval during combined oral contraception. *Advances in Contraception*, 1990, 6:33–40.
9. Landgren BM, Csemiczky G. The effect of follicular growth and luteal function of "missing the pill." A comparison between a monophasic and a triphasic combined oral contraceptive. *Contraception*, 1991, 43:149–159.
10. Landgren BM, Diczfalusy E. Hormonal consequences of missing the pill during the first two days of three consecutive artificial cycles. *Contraception*, 1984, 29:437–446.
11. Letterie GS. A regimen of oral contraceptives restricted to the periovulatory period may permit folliculogenesis but inhibit ovulation. *Contraception*, 1998, 57:39–44.
12. Letterie GS, Chow GE. Effect of "missed" pills on oral contraceptive effectiveness. *Obstetrics and Gynecology*, 1992, 79:979–982.
13. Molloy BG et al. "Missed pill" conception: fact or fiction? *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, 1985, 290:1474–1475.
14. Morris SE et al. Studies on low dose oral contraceptives: plasma hormone changes in relation to deliberate pill ('Microgynon 30') omission. *Contraception*, 1979, 20:61–69.
15. Nuttall ID et al. The effect of ethinyl estradiol 20 µg and levonorgestrel 250 µg on the pituitary-ovarian function during normal tablet-taking and when tablets are missed. *Contraception*, 1982, 26:121–135.
16. Spona J et al. Shorter pill-free interval in combined oral contraceptives decreases follicular development. *Contraception*, 1996, 54:71–77.
17. Sullivan H et al. Effect of 21-day and 24-day oral contraceptive regimens containing gestodene (60 microg) and ethinyl estradiol (15 microg) on ovarian activity. *Fertility and*

Sterility, 1999, 72:115–120.

18. Tayob Y et al. Ultrasound appearance of the ovaries during the pill-free interval. *British Journal of Family Planning*, 1990, 16:94–96.
19. van der Spuy ZM et al. Gonadotropin and estradiol secretion during the week of placebo therapy in oral contraceptive pill users. *Contraception*, 1990, 42:597–609.
20. van Heusden AM, Fauser BC. Activity of the pituitary-ovarian axis in the pill-free interval during use of low-dose combined oral contraceptives. *Contraception*, 1999, 59:237–243.
21. Wang E et al. Hormonal consequences of “missing the pill.” *Contraception*, 1982, 26:545–566.

Друга поважна користена литература

1. Wilcox AJ, Dunson D, Baird DD. The timing of the "fertile window" in the menstrual cycle: day specific estimates from a prospective study. *British Medical Journal*, 2000, 321:1259–1262.
2. Wilcox AJ et al. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception*, 2001, 63:211–215.



Главни нерешени прашања

Како влијаат бројот и тајмингот на пропуштените КОК врз ризикот од бременост и дали има значителни варијации меѓу поединци или популации?

Колку лицата кои употребуваат КОК ги разбираат и ги следат упатствата за земање на таблетите, вклучително употребата на дополнителна контрацепција при пропуштање таблети?

Дали скратувањето на интервалот без земање хормони значително би ги намалил стапките на бременост?

Дали режимот при пропуштање на КОК со етинилестрадиол од 30-35 μg е соодветен за КОК со пониски дози на естроген, особено во однос на потребата од дополнителна заштита?

Колку точно наодите од ултразвук, мерењата на нивото на хормоните и испитувањето на цервикалната слуз го предвидуваат ризикот од бременост при употреба на КОК?

Кои се најефективните стратегии за советување и други комуникациски стратегии за максимизирање на доследната, правилна и континуирана употреба на КОК?





Што може да направи жената доколку пропушти да земе прогестоген во форма на таблета?

18. Што може да направи жената доколку пропушти да земе прогестоген во форма на таблета?

Доколку има менструални циклуси (важи и за жените кои дојат) и не зела 1 или повеќе таблети 3 часа по терминот

- ◆ Жената треба:
 - ◇ да земе 1 таблета што е можно побргу;
 - ◇ да продолжи да зема по една таблета дневно;
 - ◇ да апстинира од секс или да користи дополнителна заштита во следните 2 дена.
- ◆ Можеби ќе треба да размисли за употреба на ургентна контрацепција по потреба.

Доколку дои и има аменореја и не зела 1 или повеќе таблети 3 часа по терминот

- ◆ Жената треба:
 - ◇ да земе 1 таблета што е можно побргу;
 - ◇ да продолжи да зема по една таблета дневно.
- ◆ Доколку поминале помалку од 6 месеци од породувањето, не е потребна дополнителна контрацепција.



Коментари

Експертската работна група смета дека недоследната или неправилна употреба на таблетите е главната причина за непланирана бременост и нагласи дека е важно ПОП да се земаат приближно во ист термин секој ден. 48-часовна употреба на ПОП се сметаше за неопходна за постигнување на контрацептивните ефекти на цервикалната слуз.



Прашање за систематскиот преглед

What is the effect on contraceptive effectiveness when progestogen-only pills are missed on different days of the cycle?

Користена литература за систематскиот преглед

Не беа идентификувани студии.

Друга поважна користена литература

1. McCann MF, Potter LS. Progestin-only oral contraception: a comprehensive review. *Contraception*, 1994, 50(6 Suppl. 1):S1–195.



Главни нерешени прашања

Како влијаат бројот и тајмингот на пропуштените ПОП врз ризикот од бременост?

Доколку се пропушти земањето ПОП, дали 48 часа се доволни за повторно воспоставување на контрацептивната заштита и дали потребата од дополнителна контрацепција варира во зависност од бројот на пропуштени таблети?

Колку лицата кои употребуваат ПОП ги разбираат и ги следат упатствата за земање на таблетите, вклучително и тие за употребата на дополнителна контрацепција при пропуштање таблети?

Колку точно наодите од ултразвук, мерењата на нивото на хормоните и испитувањето на цервикалната слуз го предвидуваат ризикот од бременост при употреба на ПОП?

Кои се најефективните стратегии за советување и други комуникациски стратегии за максимизирање на доследната, правилна и континуирана употреба на ПОП?



Проблеми при употреба

Повраќање и/или дијареја

19. Што може да направи жената доколку повраќа и/или има тешка дијареја при употреба на комбинирани орални контрацептиви (КОК) или прогестоген во форма на таблета (ПОП)?
20. Што може да направи жената за да спречи мачнина и повраќање при земање ургентни посткоитални таблети (УПТ)?
21. Што може да направи жената доколку поврати по земање ургентни посткоитални таблети (УПТ)?

Менструални абнормалности

22. Што може да се направи ако жената има менструални абнормалности при употреба на прогестоген во ампуларна форма - депо медроксипрогестерон ацетат (ДМПА) или на норетистерон енантат (НЕТ-ЕН)?
23. Што може да се направи ако жената има менструални абнормалности при употреба на импланти?
24. Што може да се направи ако жената има менструални абнормалности при употреба на бакарна ИУВ?
25. Што може да се направи ако жената има менструални абнормалности при употреба на левоноргестрел-ослободувачка ИУВ (ЛНГ ИУВ)?

Пелвична инфламаторна болест

26. Што треба да се направи доколку кај жена која користи бакарна ИУВ се дијагностицира пелвична инфламаторна болест (ПИБ)?
27. Што треба да се направи доколку кај жена која користи левоноргестрел-ослободувачка ИУВ (ЛНГ ИУВ) се дијагностицира пелвична инфламаторна болест (ПИБ)?

Бременост

28. Што треба да се направи доколку се открие дека жена која користи бакарна ИУВ е бремена?
29. Што треба да се направи доколку се открие дека жена која користи левоноргестрел-ослободувачка ИУВ (ЛНГ ИУВ) е бремена?





Што може да направи жената доколку повраќа и/или има тешка дијареја при употреба на комбинирани орални контрацептиви или прогестоген во форма на таблета?

19. Што може да направи жената доколку повраќа и/или има тешка дијареја при употреба на комбинирани орални контрацептиви (КОК) или прогестоген во форма на таблета (ПОП)?

Повраќање (поради која било причина) во рок од 2 часа по земањето активна (хормонска) таблета

- ◆ Повторно треба да земе активна таблета.

Тешко повраќање или тешка дијареја подолго од 24 часа

- ◆ Треба да продолжи да зема таблети (ако може) и покрај проблемите.
- ◆ Доколку тешкото повраќање или тешката дијареја продолжи 2 дена или подолго, жената треба да ја следи постапката за пропуштени таблети.



Коментари

Експертската работна група не најде директни докази за ова прашање, но сметаше дека ефектите на повраќањето или дијарејата се слични на оние од неземањето таблети.



Прашање за систематскиот преглед

Како повраќањето или дијарејата при употреба на КОК или ПОП влијае на ефективноста на контрацептивот? **Ниво на доказ:** I, задоволителни, индиректни.

Користена литература за систематскиот преглед

1. Elomaa et al. Charcoal treatment and risk of escape ovulation in oral contraceptive users. *Human Reproduction*, 2001, 16:76–81.



Главни нерешени прашања

Дали ефектите на тешкото повраќање и/или тешката дијареја се доволни за да изискуваат следење на режимот за пропуштени таблети?





Што може да направи жената за да спречи мачнина и повраќање при земање ургентни посткоитални таблети?

20. Што може да направи жената за да спречи мачнина и повраќање при земање ургентни посткоитални таблети?

- ◆ Се претпочита употребата на УПТ само со левоноргестрел се претпочитана опција наместо на комбинираните естроген-прогестоген УПТ, бидејќи предизвикуваат помалку мачнина и повраќање.
- ◆ Не се препорачува рутинска употреба на антиеметици пред земање УПТ. Претходниот третман со одредени антиеметици може да се земе предвид, во зависност од достапноста и проценката на клиничарот.



Коментари

Експертската работна група го зеде предвид фактот дека кај многу жени не се јавува мачнина или повраќање при употреба на УПТ и дека е тешко да се предвиди кај кои жени ќе се јави мачнина или повраќање. Иако Експертската работна група не препорача рутинска употреба на антиеметици пред земање УПТ, се напоменува дека антиеметиците се ефективни кај некои жени и може да се дадат по потреба.

При одлучувањето дали да им се дадат антиеметици на жени кои земаат УПТ, давателите на услугите треба да го земат предвид следното:

- ◆ веројатноста за појавување мачнина и повраќање е поголема кај жени кои земаат комбинирани естроген-прогестоген УПТ отколку кај оние кои земаат УПТ само со левоноргестрел;
- ◆ доказите укажуваат на тоа дека употребата на антиеметици ја намалува зачестеноста на мачнина и повраќање кај жени кои земаат комбинирани естроген-прогестоген УПТ;
- ◆ жените кои земаат антиеметици можно да почувствуваат други несакани дејства од антиеметиците;
- ◆ во одредени ситуации достапноста на антиеметици може да е ограничена.

Од ограниченото количество докази што ги разгледа Експертската работна група не можеше да се утврди дали земањето УПТ со храна влијае врз ризикот од мачнина или повраќање.



Прашање за систематскиот преглед

Какви се доказите во однос на спречувањето мачнина и повраќање кај жени кои земаат УПТ? **Ниво на доказ:** I, добри, директни.

Користена литература за систематскиот преглед

1. Anonymous. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. *Lancet*, 1998, 352:428–433.
2. Arowojolu AO, Okewole IA, Adekunle AO. Comparative evaluation of the effectiveness and safety of two regimens of levonorgestrel for emergency contraception in Nigerians. *Contraception*, 2002, 66:269–273.

3. Ellertson C et al. Modifying the Yuzpe regimen of emergency contraception: a multicenter randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, 2003, 101:1160-1167.
4. Ho PC, Kwan MS. A prospective randomized comparison of levonorgestrel with the Yuzpe regimen in post-coital contraception. *Human Reproduction*, 1993, 8:389-392.
5. Ragan RE, Rock RW, Buck HW. Metoclopramide pretreatment attenuates emergency contraceptive-associated nausea. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2003, 188:330-333.
6. Raymond EG et al. Meclizine for prevention of nausea associated with use of emergency contraceptive pills: a randomized trial. *Obstetrics and Gynecology*, 2000, 95:271-277.
7. Shochet T et al. Side effects of the Yuzpe regimen of emergency contraceptive pills and two modifications. *Contraception*, 2004, 69:301-307.
8. von Hertzen H et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet*, 2002, 360:1803-1810.



Главни нерешени прашања

Кои се најефикасните режими за спречување и третман на мачнина и повраќање поврзани со употребата на УПТ?





**Што може да направи жената доколку поврати по земање
ургентни посткоитални таблети?**

21. Што може да направи жената доколку поврати по земање ургентни посткоитални таблети?

Повраќање во рок од два часа по земање доза

- ◆ Треба повторно да земе доза од УПТ што е можно побргу. Доколку зема комбинирани естроген-прогестоген УПТ, може да земе антиеметик пред втората доза.
- ◆ Доколку повраќањето продолжи, новата доза УПТ може да се даде вагинално.



Коментари

Експертската работна група забележа дека веројатноста од предизвикување мачнина и повраќање е помала кај УПТ само со левоноргестрел отколку кај комбинираните естроген-прогестоген УПТ.

Експертската работна група смета дека 2 часа се доволни за апсорпција на хормоните и дека не е потребна никаква постапка доколку жената поврати потоа.



Прашање за систематскиот преглед

Како влијае повраќањето или дијарејата при употреба на УПТ врз ефективноста на контрацептивот?

Користена литература за систематскиот преглед

Не беа идентификувани студии.



Главни нерешени прашања

Дали повраќањето во рок од 2 часа по земањето УПТ резултира со значително намалување на ефективноста?





Што може да се направи ако жената има менструални абнормалности при употреба на прогестоген во ампуларна форма - депо медроксипрогестерон ацетат и на норетистерон енантат?

22. Што може да се направи ако жената има менструални абнормалности при употреба на прогестоген во ампуларна форма (ПОИ) - депо медроксипрогестерон ацетат (ДМПА) и на норетистерон енантат (НЕТ-ЕН)?

Кај аменореја

- ◆ Не е потребен медицински третман на аменорејата. Доволно е советување.

Доколку жената сè уште смета дека аменорејата е неприфатлива, да се престане со инјекциите. Да ѝ се помогне во изборот на друг метод.

Точкаво или лесно крварење

- ◆ Точкавото и лесното крварење се чести при употреба на ПОИ, особено при првиот циклус инјекции и не се штетни.
- ◆ Кај жените со подолготрајна појава на точки или крварење и кај жени со крварење по период на аменореја, да се исклучат гинеколошки проблеми доколку тоа е клинички индицирано. Доколку се идентификува гинеколошки проблем, да се третира заболувањето или да се упати жената на лекување.
- ◆ Доколку се дијагностицира сексуално пренослива инфекција или пелвична инфламаторна болест, жената може да продолжи да ги прима инјекциите во текот на лекувањето и да биде советувана за употребата на кондоми.
- ◆ Доколку не се идентификуваат гинеколошки проблеми, а жената смета дека крварењето е неприфатливо, да се престане со употребата на инјекции. Да ѝ се помогне во изборот на друг метод.

Тешко или долготрајно крварење (подолго од осум дена или двојно подолго од вообичаената менструација)

- ◆ Да се објасни дека тешкото или подолготрајно крварење е често во првиот циклус инјекции.
- ◆ Доколку тешкото или долготрајно крварење продолжи, да се исклучат гинеколошки проблеми доколку тоа е клинички индицирано. Доколку се идентификува гинеколошки проблем, да се третира заболувањето или да се упати жената на лекување.
- ◆ Доколку крварењето го загрози здравјето на жената или стане неприфатливо за неа, да се престане со употребата на инјекции. Да ѝ се помогне во изборот на друг метод. Во меѓувреме, може да биде корисен краткотраен третман со етинилестрадиол.
- ◆ Да се дадат додатоци за исхраната со железо и/или да се советува исхрана што содржи железо за да се спречи анемија.



Коментари

Експертската работна група забележа дека менструалните абнормалности се чести при употреба на ПОИ и дека советувањето за таквите абнормалности пред почетокот на употребата на ПОИ е од суштинско значење за намалување на загриженоста и поттикнување на континуираната употреба на методот.

Експертската работна група ги разгледа ограничените достапни податоци за третманот и утврди дека третманот на лесното или тешкото крварење со естрогени или нестероидни антиинфламаторни лекови (НСАИЛ) веројатно ќе даде само краткорочна полза или воопшто нема да даде полза. Во однос на преодниот краткорочен третман, во случаи кога крварењето го загрозува здравјето на жената и се престанува со употребата на инјекции, Експертската работна група утврди дека етинилестрадиолот е умерено ефективен во намалувањето на бројот на денови со крварење/точки.



Прашање за систематскиот преглед

Какви се доказите за ефективни третмани за менструални абнормалности при употреба на ПОИ? **Ниво на доказ:** I, задоволителни, директни.

Користена литература за систематскиот преглед

1. Goldberg AB et al. Postabortion depot medroxyprogesterone acetate continuation rates: a randomized trial of cyclic estradiol. *Contraception*, 2002, 66:215–220.
2. Harel Z et al. Supplementation with vitamin C and/or vitamin B(6) in the prevention of Depo-Provera side effects in adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 2002, 15:153–158.
3. Jain JK et al. Mifepristone for the prevention of breakthrough bleeding in new starters of depo-medroxyprogesterone acetate. *Steroids*, 2003, 68:1115–1119.
4. Parker RA, McDaniel EB. The use of quinesterol for the control of vaginal bleeding irregularities caused by DMPA. *Contraception*, 1980, 22:1–7.
5. Said S et al. Clinical evaluation of the therapeutic effectiveness of ethinyl oestradiol and oestrone sulphate on prolonged bleeding in women using depot medroxyprogesterone acetate for contraception. World Health Organization, Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, Task Force on Long-acting Systemic Agents for Fertility Regulation. *Human Reproduction*, 1996, 11 (Suppl. 2):1–13.
6. Sapire KE. A study of bleeding patterns with two injectable contraceptives given postpartum and the effect of two nonhormonal treatments. *Advances in Contraception*, 1991, 7:379–387.



Главни нерешени прашања

Кои се механизмите во основата на менструалните абнормалности поврзани со ПОИ и како најдобро се третираат тие?

Кои се најефективните стратегии за советување и други комуникациски стратегии за помош на жените со менструални абнормалности?





**Што може да се направи ако жената има менструални
абнормалности при употреба на импланти?**

23. Што може да се направи ако жената има менструални абнормалности при употреба на импланти?

Забелешка: Овие препораки се засновани на податоци за одобрените импланти со левоноргестрел (Norplant and Jadelle) и се однесуваат на нив. Не е познато во колкав обем препораките за третман важат и за имплантите со етоногестрел (Implanon).

Кај аменореја

- ◆ Не е потребен медицински третман на аменорејата. Доволно е советување.
- ◆ Доколку жената сè уште смета дека аменорејата е неприфатлива, да се отстрани имплантот. Да ѝ се помогне во изборот на друг метод за контрацепција.

Точкаво или лесно крварење

- ◆ Точкавото и лесното крварење се чести при употреба на импланти, особено во првата година и не се штетни.
- ◆ Кај жените со подолготрајна појава на точки или крварење и кај жени со крварење по период на аменореја, да се исклучат гинеколошки проблеми доколку тоа е клинички индицирано. Доколку се идентификува гинеколошки проблем, да се третира заболувањето или да се упати жената на лекување.
- ◆ Доколку се дијагностицира сексуално пренослива инфекција или пелвична инфламаторна болест, жената може да продолжи да ги користи имплантите во текот на лекувањето и да биде советувана за употребата на кондоми.
- ◆ Ако не се идентификуваат гинеколошки проблеми, а жената бара третман, постојат нехормонски и хормонски опции:
 - ◇ нехормонски: нестероидни антиинфламаторни лекови (НСАИЛ);
 - ◇ хормонски (доколку се исполнети медицинските услови за подобност): ниски дози КОК или етинилестрадиол.
- ◆ Доколку жената не сака третман или третманот не е ефективен, а таа смета дека крварењето е неприфатливо, да се отстрани(ат) имплантот(тите). Да ѝ се помогне во изборот на друг метод.

Тешко или долготрајно крварење (подолго од осум дена или двојно подолго од вообичаената менструација)

- ◆ Да се исклучат гинеколошки проблеми доколку е тоа клинички индицирано. Доколку се идентификува гинеколошки проблем, да се третира заболувањето или да се упати жената на лекување.
- ◆ Ако не се идентификуваат гинеколошки проблеми, а жената бара третман, постојат нехормонски и хормонски опции:
 - ◇ нехормонски: нестероидни антиинфламаторни лекови (НСАИЛ);
 - ◇ хормонски (доколку се исполнети медицинските услови за подобност): КОК или етинилестрадиол.
- ◆ Доколку жената не сака третман или третманот не е ефективен, а крварењето го загрози здравјето на жената или таа смета дека тоа е неприфатливо, да се отстрани(ат) имплантот(тите). Да ѝ се помогне во изборот на друг метод.



Коментари

Експертската работна група забележа дека менструалните абнормалности се чести при употреба на импланти и дека советувањето за таквите абнормалности пред почетокот на употребата на импланти е од суштинско значење за намалување на загриженоста и поттикнување на континуираната употреба на методот.

Експертската работна група ги разгледа ограничените достапни податоци за третманот на лесно или тешко крварење и утврди дека следните лекови се умерено ефективни:

- ◆ нехормонски лекови: нестероидни антиинфламаторни лекови (НСАИЛ):
 - ◇ ибупрофен;
 - ◇ мефенамична киселина
- ◆ хормонски лекови:
 - ◇ КОК
 - ◇ етинилестрадиол.



Прашање за систематскиот преглед

Какви се доказите за ефективни третмани за менструални абнормалности при употреба на импланти? **Ниво на доказ:** I, добри, директни.

Користена литература за систематскиот преглед

1. Alvarez-Sanchez F et al. Hormonal treatment for bleeding irregularities in Norplant implant users. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996, 174:919–922.
2. Boonkasemsanti W et al. The effect of transdermal oestradiol on bleeding pattern, hormonal profiles and sex steroid receptor distribution in the endometrium of Norplant users. *Human Reproduction*, 1996, 11(Suppl 2):115–123.
3. Cheng L et al. Once a month administration of mifepristone improves bleeding patterns in women using subdermal contraceptive implants releasing levonorgestrel. *Human Reproduction*, 2000, 15:1969–1972.
4. d'Arcangues C et al. Effectiveness and acceptability of vitamin E and low-dose aspirin, alone or in combination, on Norplant-induced prolonged bleeding. *Contraception*, 2004 (in press).
5. Diaz S et al. Clinical assessment of treatments for prolonged bleeding in users of Norplant implants. *Contraception*, 1990, 42:97–109.
6. Glasier AF et al. Administration of an antiprogestone up-regulates estrogen receptors in the endometrium of women using Norplant: a pilot study. *Fertility and Sterility*, 2002, 77:366–372.
7. Kaewrudee S et al. The effect of mefenamic acid on controlling irregular uterine bleeding secondary to Norplant use. *Contraception*, 1999, 60:25–30.

8. Subakir SB et al. Benefits of vitamin E supplementation to Norplant users--in vitro and in vivo studies. *Toxicology*, 2000, 148:173–178.
9. Witjaksono J et al. Oestrogen treatment for increased bleeding in Norplant users: preliminary results. *Human Reproduction*, 1996, 11(Suppl. 2):109–114.



Главни нерешени прашања

Кои се механизмите во основата на менструалните абнормалностите поврзани со имплантите со етоногестрел и левоноргестрел и како најдобро се третираат тие?

Кои се најефективните стратегии за советување и други комуникациски стратегии за помош на жените со менструални абнормалности?





Што може да се направи ако жената има менструални абнормалности при употреба на бакарна ИУВ?

24. Што може да се направи ако жената има менструални абнормалности при употреба на бакарна ИУВ?

Точкаво или лесно крварење

- ◆ Точкавото и лесното крварење се чести во првите 3-6 месеци од употребата на бакарна ИУВ. Тоа не е штетно и обично се намалува со текот на времето.
- ◆ Доколку жената сака третман, може да се даде краток третман со нестероидни антиинфламаторни лекови (НСАИЛ) во деновите на крварењето.
- ◆ Кај жените со подолготрајна појава на точки или крварење да се исклучат гинеколошки проблеми доколку тоа е клинички индицирано. Доколку се идентификува гинеколошки проблем, да се третира заболувањето или да се упати жената на лекување.
- ◆ Доколку не се идентификуваат гинеколошки проблеми, а жената смета дека крварењето е неприфатливо, да се отстрани ИУВ и да ѝ се помогне во изборот на друг метод.

Пообилно или подолготрајно менструално крварење отколку при нормалната менструација

- ◆ Пообилното и подолготрајното крварење се чести во првите 3-6 месеци од употребата на бакарна ИУВ. Обично не се штетни, а стануваа полесни со текот на времето.
- ◆ Може да се даде следниот третман во деновите на менструално крварење:
 - ◇ нестероидни антиинфламаторни лекови (НСАИЛ);
 - ◇ транексамична киселина (хемостатик);Да НЕ се користи аспирин.
- ◆ Да се исклучат гинеколошки проблеми доколку тоа е клинички индицирано. Доколку се идентификува гинеколошки проблем, да се третира заболувањето или да се упати жената на лекување.
- ◆ Доколку крварењето и понатаму е многу обилно или долго, особено доколку се јават клинички знаци на анемија или ако жената смета дека крварењето е неприфатливо, да се отстрани ИУВ и да ѝ се помогне во изборот на друг метод.
- ◆ Да се дадат додатоци за исхраната со железо и/или да се советува исхрана што содржи железо за да се спречи анемија.

Коментари

Експертската работна група забележа дека менструалните абнормалности се чести во првите 3-6 месеци од употребата на ИУВ и заклучи дека третманот во деновите на крварењето понекогаш е ефективен. Експертската работна група посочи дека НЕ треба да се користи аспирин за третман на менструално крварење поврзано со ИУВ, бидејќи може да го влоши проблемот.

Прашање за систематскиот преглед

Какви се доказите за ефективни третмани за менструални абнормалности при употреба на ИУВ? **Ниво на доказ:** I, задоволителни, директни.

Користена литература за систематскиот преглед

1. Anteby SO, Yarkoni S, Ever HP. The effect of a prostaglandin synthetase inhibitor, indomethacin, on excessive uterine bleeding. *Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology*, 1985, 12:60–63.
2. Bahari CM et al. Menorrhagia associated with the wearing of IUD—the results of treatment with clomiphene citrate. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 1982, 14:179–185.
3. Davies AJ. Reduction of menstrual blood loss by naproxen in intrauterine contraceptive device users. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 1980, 17:353–354.
4. Davies AJ, Anderson AB, Turnbull AC. Reduction by naproxen of excessive menstrual bleeding in women using intrauterine devices. *Obstetrics and Gynecology*, 1981, 57:74–78.
5. Di Lieto A et al. Action of a prostaglandin synthetase inhibitor on IUD associated uterine bleeding. *Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology*, 1987, 14:41–44.
6. Guillebaud J, Anderson AB, Turnbull AC. Reduction by mefenamic acid of increased menstrual blood loss associated with intrauterine contraception. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1978, 85:53–62.
7. Harrison RF, Campbell S. A double-blind trial of ethamsylate in the treatment of primary and intrauterine-device menorrhagia. *Lancet*, 1976, 2:283–285.
8. Makarainen L, Ylikorkala O. Ibuprofen prevents IUCD-induced increases in menstrual blood loss. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1986, 93:285–288.
9. Pedron N, Lozano M, Gallegos AJ. The effect of acetylsalicylic acid on menstrual blood loss in women with IUDs. *Contraception*, 1987, 36:295–303.
10. Randic L, Haller H. Ectopic pregnancy among past IUD users. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 1992, 38:299–304.
11. Roy S, Shaw ST, Jr. Role of prostaglandins in IUD-associated uterine bleeding—effect of a prostaglandin synthetase inhibitor (ibuprofen). *Obstetrics and Gynecology*, 1981, 58:101–106.
12. Tauber PF et al. Hemorrhage induced by intrauterine devices: control by local proteinase inhibition. *Fertility and Sterility*, 1977, 28:1375–1377.
13. Tauber PF et al. Reduced menstrual blood loss by release of an antifibrinolytic agent from intrauterine contraceptive devices. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1981, 140:322–328.
14. Topozada M et al. Management of uterine bleeding by PGs or their synthesis inhibitors. *Advances in Prostaglandin and Thromboxane Research*, 1980, 8:1459–1463.
15. Topozada M et al. Control of IUD-induced bleeding by three nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Contraceptive Delivery Systems*, 1982, 3:117–125.
16. Yarkoni S, Anteby SO. Treatment of IUD related menorrhagia by indomethacin. *Clinical and*

Experimental Obstetrics and Gynecology, 1984, 11:120–122.

17. Ylikorkala O, Kauppila A, Siljander M. Anti-prostaglandin therapy in prevention of side-effects of intrauterine contraceptive devices. *Lancet*, 1978, 2:393–395.
18. Ylikorkala O, Viinikka L. Comparison between antifibrinolytic and antiprostaglandin treatment in the reduction of increased menstrual blood loss in women with intrauterine contraceptive devices. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1983, 90:78–83.
19. Wu S. Randomized multi-center study of baofuxin for treatment of bleeding side-effect induced by IUD. *Reproduction and Contraception*, 2004, 11:152–157.



Главни нерешени прашања

Кои се механизмите во основата на менструалните абнормалности поврзани со ИУВ и кои се разликите меѓу оние кај хормонските и оние кај бакарните влошки?

Како најдобро се третираат менструалните абнормалности кај хормонските и бакарните влошки?

Кои се најефективните стратегии за советување и други комуникациски стратегии за помош на жените со менструални абнормалности?





**Што може да се направи ако жената има
менструални абнормалности при употреба на левоноргестрел-
ослободувачка ИУВ?**

25. Што може да се направи ако жената има менструални абнормалности при употреба на левоноргестрел-ослободувачка ИУВ (ЛНГ ИУВ)?

Кај аменореја

- ◆ Не е потребен медицински третман на аменорејата. Доволно е советување.
- ◆ Доколку жената сè уште смета дека аменорејата е неприфатлива, да се отстрани ЛНГ ИУВ. Да ѝ се помогне во изборот на друг метод.

Точкаво или лесно крварење

- ◆ Точкавото и лесното крварење се чести при употреба на ЛНГ ИУВ. Не се штетни и обично се намалуваат со текот на времето.
- ◆ Кај жените со подолготрајна појава на точки или крварење да се исклучат гинеколошки проблеми доколку тоа е клинички индицирано. Доколку се идентификува гинеколошки проблем, да се третира заболувањето или да се упати жената на лекување.
- ◆ Доколку не се идентификуваат гинеколошки проблеми, а жената смета дека крварењето е неприфатливо, да се отстрани ЛНГ ИУВ и да ѝ се помогне во изборот на друг метод.

Пообилно или подолготрајно менструално крварење отколку при нормалната менструација

- ◆ Пообилното и подолготрајното крварење се чести во првите 3-6 месеци од употребата на ЛНГ ИУВ. Обично не се штетни, а крварењето станува полесно со текот на времето.
- ◆ Да се исклучат гинеколошки проблеми доколку е тоа клинички индицирано. Доколку се идентификува гинеколошки проблем, да се третира заболувањето или да се упати жената на лекување.
- ◆ Доколку крварењето и понатаму е многу обилно или долготрајно, особено доколку се јават клинички знаци на анемија, или ако жената смета дека крварењето е неприфатливо, да се отстрани ЛНГ ИУВ и да ѝ се помогне во изборот на друг метод.
- ◆ Да се дадат додатоци за исхраната со железо и/или да се советува исхрана што содржи железо за да се спречи анемија.



Коментари

Експертската работна група забележа дека ризикот од пообилно или подолготрајно менструално крварење е сконцентриран во првите 3-6 месеци од употребата на ЛНГ ИУВ и се намалува со текот на времето. Не беа достапни студии што ги оценуваат алтернативните третмани.



Прашање за систематскиот преглед

Какви се доказите за ефективни третмани за менструални абнормалности при употреба на ЛНГ ИУВ?

Користена литература за систематскиот преглед

Не беа идентификувани студии.



Главни нерешени прашања

Кои се механизмите во основата на менструалните абнормалности поврзани со ЛНГ ИУВ?

Како најдобро се лекуваат менструалните абнормалности поврзани со ЛНГ ИУВ?

Кои се најефективните стратегии за советување и други комуникациски стратегии за помош на жените со менструални абнормалности поврзани со ЛНГ ИУВ?





Што треба да се направи доколку кај жена која користи бакарна ИУВ се дијагностицира пелвична инфламаторна болест?

26. Што треба да се направи доколку кај жена која користи бакарна ИУВ се дијагностицира пелвична инфламаторна болест (ПИБ)?

Пелвична инфламаторна болест (ПИБ)

- ◆ ПИБ да се лекува со соодветни антибиотици.
- ◆ Нема потреба од отстранување на бакарната ИУВ ако жената сака да продолжи со употребата.
- ◆ Ако жената не сака да ја задржи ИУВ, таа да се отстрани по започнувањето на третманот со антибиотици.
- ◆ Ако се отстрани ИУВ, жената може да размисли за употреба на ургентни посткоитални таблети по потреба.
- ◆ Ако состојбата со болеста не се подобри, вообичаена постапка е да се отстрани ИУВ и да се продолжи со антибиотици. Ако не се отстрани ИУВ, повторно треба да се продолжи со антибиотици. Во двата случаи треба внимателно да се следи здравјето на жената.
- ◆ Да се даде сеопфатна помош за справување со сексуално преносливите инфекции, вклучително и советување за употребата на кондоми.



Коментари

Експертската работна група заклучи дека отстранувањето на ИУВ не нуди дополнителна полза доколку ПИБ веќе се лекува со соодветни антибиотици.



Прашање за систематскиот преглед

Дали треба ИУВ да се отстрани или да се остави доколку кај лицето кое ја користи се дијагностицира ПИБ? **Ниво на доказ:** I, задоволителни, директни.

Користена литература за систематскиот преглед

1. Altunyurt S, Demir N, Posaci C. A randomized controlled trial of coil removal prior to treatment of pelvic inflammatory disease. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 2003, 107:81–84.
2. Larsson B, Wennergren M. Investigation of a copper-intrauterine device (Cu-IUD) for possible effect on frequency and healing of pelvic inflammatory disease. *Contraception*, 1977, 15:143–149.
3. Söderberg G, Lindgren S. Influence of a intrauterine device on the course of an acute salpingitis. *Contraception*, 1981, 24:137–143.
4. Teisala K. Removal of an intrauterine device and the treatment of acute pelvic inflammatory disease. *Annals of Medicine*, 1989, 21:63–65.



Главни нерешени прашања

Дали одлуката за отстранување или оставање на ИУВ по дијагностицирањето и соодветниот третман на ПИБ влијае врз клиничкиот тек на ПИБ и врз долгорочните последици од ПИБ (неплодност, ектопична бременост и хронична болка)?





Што треба да се направи доколку кај жена која користи левоноргестрел-ослободувачка ИУВ се дијагностицира пелвична инфламаторна болест?

27. Што треба да се направи доколку кај жена која користи левоноргестрел-ослободувачка ИУВ (ЛНГ ИУВ) се дијагностицира пелвична инфламаторна болест (ПИБ)

Пелвична инфламаторна болест (ПИБ)

- ◆ ПИБ да се лекува со соодветни антибиотици.
- ◆ Нема потреба од отстранување на ЛНГ ИУВ ако жената сака да продолжи со употребата.
- ◆ Ако жената не сака да ја задржи ЛНГ ИУВ, таа да се отстрани по започнувањето на третманот со антибиотици.
- ◆ Ако ЛНГ ИУВ се отстрани, жената може да размисли за употреба на ургентни посткоитални таблети по потреба.
- ◆ Ако состојбата со болеста не се подобри, вообичаена постапка е да се отстрани ЛНГ ИУВ и да се продолжи со антибиотици. Ако ЛНГ ИУВ не се отстрани, повторно треба да се продолжи со антибиотици. Во двата случаи треба внимателно да се следи здравјето на жената.
- ◆ Да се даде сеопфатна помош за справување со сексуално преносливите инфекции, вклучително и советување за употребата на кондоми.

◆ Коментари

Експертската работна група заклучи дека отстранувањето на ЛНГ ИУВ не нуди дополнителна полза доколку ПИБ веќе се лекува со соодветни антибиотици.

Препораките се засноваат на докази на бакарната ИУВ.

Прашање за систематскиот преглед

Дали треба ЛНГ ИУВ да се отстрани или да се остави доколку кај лицето кое ја користи се дијагностицира ПИБ?

Користена литература за систематскиот преглед

Не беа идентификувани студии.

Друга поважна користена литература

1. Altunyurt S, Demir N, Posaci C. A randomized controlled trial of coil removal prior to treatment of pelvic inflammatory disease. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 2003, 107:81–84.
2. Larsson B, Wennergren M. Investigation of a copper-intrauterine device (Cu-IUD) for possible effect on frequency and healing of pelvic inflammatory disease. *Contraception*, 1977, 15:143–149.
3. Söderberg G, Lindgren S. Influence of an intrauterine device on the course of an acute salpingitis. *Contraception*, 1981, 24:137–143.
4. Teisala K. Removal of an intrauterine device and the treatment of acute pelvic inflammatory disease. *Annals of Medicine*, 1989, 21:63–65.



Главни нерешени прашања

Дали одлуката за отстранување или оставање на ЛНГ ИУВ по дијагностицирањето и соодветниот третман на ПИБ влијае врз клиничкиот тек на ПИБ и врз долгорочните последици од ПИБ (неплодност, ектопична бременост и хронична болка)?





**Што треба да се направи доколку се открие дека жена која
користи бакарна ИУВ е бремена?**

28. Што треба да се направи доколку се открие дека жена која користи бакарна ИУВ е бремена?

Утврдено е дека жената која користи бакарна ИУВ е бремена?

- ◆ Да се исклучи ектопична бременост.
- ◆ Да ѝ се објасни дека постои повисок ризик од абортус во првиот и вториот триместар (вклучително септички абортус, што може да биде животозагрозувачки) и од предвремено породување доколку се остави ИУВ. Отстранувањето на бакарната ИУВ ги намалува тие ризици, иако самата постапка подразбира мал ризик од абортус.
 - ◇ Доколку жената не сака да ја продолжи бременоста и ако е законски достапно терапевтско прекинување на бременоста, жената да биде информирана за тоа.
 - ◇ Доколку жената сака да продолжи со бременоста, да ѝ се објасни дека постои повисок ризик од абортус во првиот и вториот триместар (вклучително септички абортус, што може да биде животозагрозувачки) и од предвремено породување доколку се остави бакарната ИУВ. Да се посветува неодложно да побара помош доколку има обилно крварење, грчеви, болка, абнормален вагинален исцедок или треска.

Врвките на ИУВ се видливи или можат безбедно да се дофатат во цервикалниот канал

- ◆ Да се посветува жената дека е најдобро да се отстрани бакарната ИУВ.
- ◆ Доколку се отстранува бакарната ИУВ, тоа да се направи со нежно влечење на врвките.
- ◆ Да ѝ се објасни дека треба неодложно да побара помош доколку има обилно крварење, грчеви, болка, абнормален вагинален исцедок или треска.
- ◆ Доколку жената се одлучи да ја задржи бакарната ИУВ, да се посветува неодложно да побара помош доколку има обилно крварење, грчеви, болка, абнормален вагинален исцедок или треска.

Врвките на ИУВ не се видливи и не може безбедно да се дофатат

- ◆ Доколку е достапен ултразвук, тоа може да помогне во утврдувањето на местоположбата на бакарната ИУВ. Доколку не може да се лоцира бакарната ИУВ, тоа може да посочува на тоа дека бакарната ИУВ била исфрлена.
- ◆ Доколку не е можен ултразвук или доколку при прегледот со ултразвук се утврди дека бакарната ИУВ е во матката, да се објаснат ризиците и да се посветува жената неодложно да побара помош доколку има обилно крварење, грчеви, болка, абнормален вагинален исцедок или треска.



Коментари

Експертската работна група заклучи дека отстранувањето на бакарната ИУВ го подобрува исходот од бременоста доколку врвките на ИУВ се видливи или може безбедно да се дофатат во цервикалниот канал и дека ризиците од абортус, предвремено породување и инфекции се значително високи ако се остави бакарната ИУВ.



Прашање за систематскиот преглед

Кои се ризиците од неповолни настани доколку се отстрани или се остави бакарната ИУВ? **Ниво на доказ:** II-2, задоволителни, директни.

Користена литература за систематскиот преглед

1. Alvior GT, Jr. Pregnancy outcome with removal of intrauterine device. *Obstetrics and Gynecology*, 1973, 41:894–896.
2. Dreishpoon IH. Complications of pregnancy with an intrauterine contraceptive device in situ. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1975, 121:412–413.
3. Fulcheri E, di Capua E, Ragni N. Pregnancy despite IUD: adverse effects on pregnancy evolution and fetus. *Contraception*, 2003, 68:35–38.
4. Kirkinen PS. Ultrasound-controlled removal of a dislocated intrauterine device in the first trimester of pregnancy: a report of 26 cases. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 1992, 2:345–348.
5. Koetsawang S, Rachawat D, Piya-Anant M. Outcome of pregnancy in the presence of intrauterine device. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 1977, 56:479–482.
6. Mermet J, et al. Devenir des grossesses sur stérilet et conduite à tenir [Management of pregnancies occurring with an intrauterine device in place]. *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1986, 81:233–235.
7. Shalev J et al. Continuous sonographic monitoring of IUD extraction during pregnancy: preliminary report. *American Journal of Roentgenology*, 1982, 139:521–523.
8. Skjeldestad FE, Hammervold R, Peterson DR. Outcomes of pregnancy with an IUD in situ—a population based case-control study. *Advances in Contraception*, 1988, 4:265-270.
9. Steven JD, Fraser IS. The outcome of pregnancy after failure of an intrauterine contraceptive device. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth*, 1974, 81:282–284.
10. Tatum HJ, Schmidt FH, Jain AK. Management and outcome of pregnancies associated with the Copper T intrauterine contraceptive device. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1976, 126:869–879.
11. Vessey MP et al. Outcome of pregnancy in women using an intrauterine device. *Lancet*, 1974, 1:495–498.



Главни нерешени прашања

Каков е исходот од бременоста кај жени кои забременуваат додека имаат вметната бакарна ИУВ и какви се разликите меѓу исходите кај жени кои ја отстрануваат и кај оние кои не ја отстрануваат бакарната ИУВ?





**Што треба да се направи доколку се открие дека жена која
користи левоноргестрел-ослободувачка ИУВ е бремена?**

29. Што треба да се направи доколку се открие дека жена која користи левоноргестрел-ослободувачка ИУВ (ЛНГ ИУВ) е бремена?

Утврдено е дека жената која користи ЛНГ ИУВ е бремена

- ◆ Да се исклучи ектопична бременост.
- ◆ Да ѝ се објасни дека постои повисок ризик од абортус во првиот и вториот триместар (вклучително септички абортус, што може да биде животозагрозувачки) и од предвремено породување доколку се остави ЛНГ ИУВ. Отстранувањето на ЛНГ ИУВ ги намалува тие ризици, иако самата постапка подразбира мал ризик од абортус.
 - ◇ Доколку жената не сака да ја продолжи бременоста и ако е законски достапно терапевтско прекинување на бременоста, жената да биде информирана за тоа.
 - ◇ Доколку жената сака да продолжи со бременоста, да ѝ се објасни дека постои повисок ризик од абортус во првиот и вториот триместар (вклучително септички абортус, што може да биде животозагрозувачки) и од предвремено породување доколку се остави ЛНГ ИУВ. Да се посветува неодложно да побара помош доколку има обилно крварење, грчеви, болка, абнормален вагинален исцедок или треска.

Врките на ИУВ се видливи или можат безбедно да се дофатат во цервикалниот канал

- ◆ Да се посветува жената дека е најдобро да се отстрани ЛНГ ИУВ.
- ◆ Доколку ЛНГ ИУВ се отстранува, тоа да се направи со нежно влечење на врките.
- ◆ Да ѝ се објасни дека треба неодложно да побара помош доколку има обилно крварење, грчеви, болка, абнормален вагинален исцедок или треска.
- ◆ Доколку жената се одлучи да ја задржи ЛНГ ИУВ, да се посветува неодложно да побара помош доколку има обилно крварење, грчеви, болка, абнормален вагинален исцедок или треска.

Врките на ИУВ не се видливи и не може безбедно да се дофатат

- ◆ Доколку е достапен ултразвук, тоа може да помогне во утврдувањето на местоположбата на ЛНГ ИУВ. Доколку не може да се лоцира ЛНГ ИУВ, тоа може да посочува на тоа дека ЛНГ ИУВ била исфрлена.
- ◆ Доколку не е можен ултразвук или доколку при прегледот со ултразвук се утврди дека ЛНГ ИУВ е во матката, да се објаснат ризиците и да се посветува жената неодложно да побара помош доколку има обилно крварење, грчеви, болка, абнормален вагинален исцедок или треска.



Коментари

Експертската работна група заклучи дека отстранувањето на ЛНГ ИУВ го подобрува исходот од бременоста доколку врките на ИУВ се видливи или може безбедно да се дофатат во цервикалниот канал и дека ризиците од абортус, предвремено породување и инфекции се значително високи ако се остави ЛНГ ИУВ.

Овие препораки се засноваат на докази на бакарната ИУВ. Покрај тоа, Експертската работна група ја зеде предвид теоретската загриженост од изложеноста на фетусот на хормони. Меѓутоа, не е познато дали постои зголемен ризик од абнормалности на фетусот поради таа изложеност.



Прашање за систематскиот преглед

Кои се ризиците од неповолни настани доколку се отстрани или се остави ЛНГ ИУВ? **Ниво на доказ:** II-3, слаби, индиректни.

Користена литература за систематскиот преглед

1. Backman T et al. Pregnancy during the use of levonorgestrel intrauterine system. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2004, 190:50–54.
2. Fulcheri E, di Capua E, Ragni N. Pregnancy despite IUD: adverse effects on pregnancy evolution and fetus. *Contraception*, 2003, 68:35–38.



Главни нерешени прашања

Дали постојат неповолни влијанија врз фетусот поврзани со изложеност на левоноргестрел ин утеро поради ЛНГ ИУВ?



Програмски прашања

30. Кои прегледи или тестови треба да се вршат рутински пред давање метод за контрацепција?
31. Колку пакетчиња со таблети [комбинирани (КОК) или прогестоген во форма на таблета (ПОП)] треба да се даваат при првичната и при повторните посети?
32. Какви мерки за контрола се соодветни кај лица што употребуваат комбиниран орален контрацептив (КОК), прогестоген во форма на таблета (ПОП), имплант и ИУВ?
33. Како може давателот на услуги разумно да се увери дека жената не е бремена?





Кои прегледи или тестови треба да се вршат рутински пред давање метод за контрацепција?

30. Кои прегледи или тестови треба да се вршат рутински пред давање метод за контрацепција?

Наведените прегледи или тестови се однесуваат на луѓе за кои се претпоставува дека се здрави.

Кај оние што имаат познати здравствени проблеми или други специфични состојби можеби ќе има потреба од дополнителни прегледи или тестови пред да се утврди дека се соодветни кандидати за одреден метод за контрацепција. Во тие околности може да се користи документот на СЗО *Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви. Трето издание, 2004.*

Следната класификација беше оценета како корисна во диференцирањето на применливоста на различните прегледи или тестови:

Класа А = суштински и задолжителен во сите околности за безбедна и ефективна употреба на методот за контрацепција.

Класа Б = значително придонесува за безбедна и ефективна употреба, но примената треба да се разгледа во контекст на јавното здравје и/или услуги. Треба да се спореди ризикот од невршењето на прегледот и тестот и користа од обезбедувањето достапност на конкретниот метод за контрацепција.

Класа В = не придонесува значително за безбедна и ефективна употреба на методот за контрацепција

Оваа класификација се фокусира на поврзаноста меѓу прегледот или тестот и безбедното започнување со одреден метод за контрацепција. Таа не се однесува на соодветноста на прегледот или тестот во други околности. На пример, некои од прегледите или тестовите што не се сметаат за потребни за безбедна и ефективна употреба на контрацептиви може да се соодветни за добра превентивна здравствена заштита или за дијагностицирани или оценување на заболувања, за коишто постојат индикации.

Забелешки кон табелата:

- * Во *Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви. Трето издание, 2004* се наведува дека доколку веројатноста за изложеност на гонореја или хламидиски инфекции кај конкретната жена е многу висока, таа начелно не треба да користи ИУВ, освен ако другите методи се недостапни или неприфатливи. Доколку жената има пурулентен цервицит или инфекција со гонореја или хламидија, тогаш кај неа не треба да се става ИУВ додека не се третира тоа заболување и таа не ги исполни другите медицински критериуми за подобност..
- † Во *Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви. Трето издание, 2004* се наведува дека жените со висок ризик од ХИВ не треба да користат спермициди што содржат ноноксинол-9. Употребата на дијафрагми и цервикални капи со ноноксинол-9 обично не се препорачува кај жени со висок ризик од ХИВ, освен ако посоодветните методи се недостапни или неприфатливи. Ефективноста на дијафрагмите и цервикалните капи без ноноксинол-9 како контрацептив не е доволно проучена и треба да се појде од претпоставката дека таа е помала отколку онаа на дијафрагмите и цервикалните капи со ноноксинол-9.
- ‡ Пожелно е да се измери крвниот притисок пред започнување со КОК, КИК, ПОП, ПОИ и импланти. Меѓутоа, во некои ситуации не е достапно мерење на крвниот притисок. Во многу од тие ситуации морбидитетот и морталитетот при бременост се високи, а хормонските методи се вбројуваат меѓу малкуте широкодостапни методи. Во таквите ситуации не треба да се отфрла употребата на хормонски методи само затоа што не може да им се измери крвниот притисок на жените.
- § За постапки што се вршат со локална анестезија.

Specific situation	Комбинирани орални контрацептиви	Комбинирани инјекциони контрацептиви	Прогестоген во форма на таблета	Прогестоген во ампуларна форма	Импланти	ИУВ	Кондоми	Дијафрагма/ цервикална капа	Спермициди	Стерилизација на жената	Вазектомија
Преглед на дојките од давателот на услугите	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	неприменливо
Пелвичен/ генитален преглед	C	C	C	C	C	A	C	A	C	A	A
Скрининг за рак на грлото на матката	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	неприменливо
Рутински лабораториски тестови	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Тест на хемоглобин	C	C	C	C	C	B	C	C	C	B	C
Проценка на ризикот од СПБ: анамнеза и преглед	C	C	C	C	C	A*	C†	C†	C†	C	C
Скрининг за СПИ/ ХИВ: лабораториски тестови	C	C	C	C	C	B*	C†	C†	C†	C	C
Скрининг за крвен притисок	†	†	†	†	†	C	C	C	C	A	C\$



Колку пакувања таблети (комбинирани или прогестоген во форма на таблета) треба да се даваат при првичната и при повторните посети?

31. Колку пакувања таблети (комбинирани или прогестоген во форма на таблета) треба да се даваат при првичната и при повторните посети?

Првична и повторни посети

- ◆ Да се даде резерва за најмногу една година, во зависност од желбите на жената и очекуваната употреба.
- ◆ Програмите мора да постигнат рамнотежа меѓу обезбедувањето што е можно поголем пристап до таблетите за жените и аспектите поврзани со снабдувањето и логистиката.
- ◆ Системот за повторно снабдување треба да биде флексибилен за да може жената лесно да добие таблети во потребното време и во потребното количество.



Коментари

Експертската работна група заклучи дека ограничувањето на бројот на циклуси од таблети може да резултира со несакано прекинување со методот и зголемен ризик од бременост.



Главни нерешени прашања

Какво е влијанието од давањето различен број пакувања таблети при првата и повторните посети врз доследната и континуирана употреба на КОК и ПОП?



Какви мерки за контрола се соодветни кај лица кои употребуваат комбиниран орален контрацептив, прогестоген во форма на таблета, имплант и ИУВ?

32. Какви мерки за контрола се соодветни кај лица кои употребуваат комбиниран орален контрацептив (КОК), прогестоген во форма на таблета (ПОП), имплант и ИУВ?

Овие препораки се однесуваат на минималната препорачана зачестеност на контролите за безбедна и ефективна употреба на методот. Препораките се однесуваат на општи ситуации и може да се разликуваат за различни корисници или контексти. На пример, кај жените со специфични заболувања можеби ќе бидат потребни почести контроли.

Овие методи не штитат од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (вклучително во текот на бременоста и постпартално), се препорачува правилна и доследна употреба на кондоми, без или заедно со друг контрацептивен метод. Докажано е дека кондомите од латекс за мажи штитат од СПИ/ХИВ.

КОК

- ◆ Се препорачува годишна контрола.
- ◆ Постојат предности од тримесечен контролен контакт по почетокот на употребата.
- ◆ Да се советува жената дека може да се врати во секој момент за да се поразговара за несаканите дејства или за други проблеми или доколку сака да го смени методот.

ПОП (доколку не дои)

- ◆ Не е потребна годишна контрола, но се препорачува контролен контакт 3 месеци по почетокот на употреба.
- ◆ Да се советува жената дека може да се јави во секој момент за да се поразговара за несаканите дејства или за други проблеми или доколку сака да го смени методот.

ПОП (доколку дои)

- ◆ Не е потребна рутинска контрола.
- ◆ Да се советува жената дека може да се врати во секој момент за да се поразговара за несаканите дејства или за други проблеми или доколку сака да го смени методот.
- ◆ Да се посветува жената дека кога ќе прекине со доење или значително ќе ја намали зачестеноста на доењето, треба да се врати по дополнителни совети за контрацепција.

Импланти

- ◆ Не е потребна рутинска контрола.
- ◆ Да се советува жената дека може да се врати во секој момент за да се поразговара за несаканите дејства или за други проблеми или доколку сака да го смени методот.
- ◆ Да се посветува жената да се врати кога ќе дојде време за отстранување на имплантите.

ИУВ

- ◆ Се препорачува контрола по првата менструација или 3-6 седмици по ставањето на ИУВ.

- ◆ Да се советува жената дека може да се врати во секој момент за да се поразговара за несаканите дејства или за други проблеми или доколку сака да го смени методот.
- ◆ Употребата на влошки со повисока стапка на исфрлање, укажува на потреба од почеста контрола.
- ◆ Да се посветува жената да се врати кога ќе дојде време за отстранување на ИУВ.



Коментари

Експертската работна група заклучи дека контролните посети или контакти треба да вклучуваат најмалку совети за несаканите дејства или за други проблеми, за правилната и доследна употреба на методот и заштита од СПИ. Можно е да е потребен дополнителен преглед, на пример преглед на карлицата за да се провери да не е изместена ИУВ.



Главни нерешени прашања

Дали контролната посета или контакт (наспроти незакажување на таква контрола) на три месеци по започнувањето со КОК и ПОП ја зголемува правилната, доследна и континуирана употреба?





Како може давателот на услуги разумно да се увери дека жената не е бремена?

33. Како може давателот на услуги разумно да се увери дека жената не е бремена?

Дијагностицирањето на бременоста е важно. Можноста да се постави таа дијагноза во рана фаза од бременоста зависи од ресурсите и од ситуацијата. Сигурните биохемиски тестови за бременост често се многу корисни, но не се достапни во многу подрачја. Прегледот на карлицата, доколку е изводлив, е сигурен приближно 8-10 седмици по првиот ден од последната менструација.

Давателот на услуги може разумно да се увери дека жената не е бремена доколку таа нема симптоми или знаци на бременост и исполнува барем еден од следните услови:

- ◆ немала полов однос од последната нормална менструација;
- ◆ правилно и доследно користи сигурен метод за контрацепција;
- ◆ се наоѓа во првите 7 дена по нормалната менструација;
- ◆ се наоѓа во првите 4 седмици по породувањето, кај жени кои не дојат;
- ◆ се наоѓа во првите 7 дена по абортус;
- ◆ исклучиво или речиси исклучиво го дои бебето, има аменореја и се наоѓа во првите 6 месеци по породувањето.

Состанок на Експертската работна група за ажурирање на Избрани препораки од практиката за употреба на контрацептиви

Salle C, World Health Organization, Geneva, 13–16 April 2004

Dr Yasmin H. Ahmed
Marie Stopes Clinic Society
6/2 Block F, Lalmatia
Dhaka, 1207
Bangladesh

Dr Halida Akhter
Health Promotion Limited (HPL)
H-310, Rd-3 Baitul Aman
Housing Society, Shyamoli
Dhaka, 1207
Bangladesh

Dr Marcos Arevalo*
Institute for Reproductive Health
4301 Connecticut Ave NW, Suite 310
Washington, DC 20008
United States of America

Dr Tsungai Chipato
Department of OB/GYN
University of Zimbabwe
P.O. Box A 178
Harare
Zimbabwe

Dr Maria del Carmen Cravioto
Department of Reproductive Biology
National Institute of Nutrition Salvador
Zubiran
Vaso de Quiroga 15
Delegacion Tlalpan
C. P. 14000 Mexico, D.F.
Mexico

Dr Soledad Diaz
Instituto Chileno de Medicina Reproductiva
José Ramon Gutierrez 295 Dto 3
Santiago
Chile

Dr John Guillebaud
White leas Mead
14 Hidscope Road
Cumnor Hill
Oxford OX2 9JJ
United Kingdom

Dr Kerstin Hagenfeldt
Department of OB/GYN
Karolinska Institute
Box 140
S-171 76 Stockholm
Sweden

Dr Ezzeldin Othman Hassan
The National Egyptian Fertility Care Foundation
2(A) Mahrouky Street Mohandessen
POB 147 Orman
Giza
Egypt

Dr Robert Hatcher
Department of Obstetrics and Gynecology
Emory University
69 Jesse Hill Jr Drive SE
3 Suite 412
Atlanta, GA 30303
United States of America

Dr Mihai Horga
East European Institute for Reproductive
Health
1 Moldovei St.
540493 Targu-Mures
Romania

Dr Douglas Huber*
Management Sciences for Health
891 Centre Street
Boston, MA 02130-3400
United States of America

Dr Roy Jacobstein*
EngenderHealth
440 Ninth Avenue
New York, NY 1001
United States of America

Dr Pisake Lumbiganon
Department of OB/GYN
Faculty of Medicine
Khon Kaen University
Khon Kaen 40002
Thailand

Dr Pamela Lynam*
Regional Technical Director, East and
Southern Africa
JHPIEGO - Johns Hopkins University
P O Box 58247
Nairobi
Kenya

Dr Trent MacKay*
Contraception and Reproductive Health
Branch, NICHD, NIH
6100 Executive Boulevard, Suite 8B13
Rockville, MD 20892
United States of America

Dr Polly Marchbanks*
Fertility Epidemiology Section
Division of Reproductive Health
Centers for Disease Control and Prevention
4770 Buford Highway, NE, MS K-34
Atlanta, GA 30341-3717
United States of America

Dr Olav Meirik
Instituto Chileno de Medicina Reproductiva
Jose Ramon Gutierrez 295, Depto 3
Santiago
Chile

Dr Noel McIntosh
215 Luguain Court
Baltimore, MD 21208
United States of America

Professor Helen Rees
Reproductive Health Research Unit
University of Witwatersrand
Chris Hani Baragwanath Hospital
PO Bertsham 2013
Johannesburg
South Africa

Dr Roberto Rivera*
Family Health International
P. O. Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
United States of America

Dr Fred Sai
P. O. Box 9983
Kotoka Airport, 4404
Accra
Ghana

Dr Pramilla Senanayake
4/8, Hyde Park Residences
79 Hyde Park Corner
Colombo 2
Sri Lanka

Dr James Shelton*
Office of Population
Bureau of Science and Technology
USAID
1300 Pennsylvania Avenue, G/PHN
Washington, D.C. 20523
United States of America

Mr Irving Sivin*
Centre for Biomedical Research
The Population Council
One Dag Hammarskjold Plaza
New York, NY 10017
United States of America

Dr Connie Smith
Westside Contraceptive Services
Westminster PCT
Raymede Clinic, St Charles Hospital, Exmoor Street
London, W10 6DZ
United Kingdom

Dr Fatiha Terki*
International Planned Parenthood Federation
Regent's College, Inner Circle, Regent's Park
London NW1 4NS
United Kingdom

Dr Marcel Vekemans*
IntraHealth International Inc.
6340 Quadrangle Drive, Suite 200
Chapel Hill, NC 27517
United States of America

Dr Edith Weisberg
Sydney Centre for Reproductive Health Research
328-336 Liverpool Road
Ashfield, NSW 2131
Australia

ПРИВРЕМЕНИ СОВЕТНИЦИ

Dr Dawn S. Chin-Quee
Senior Research Associate
Family Health International
2224 E. NC Highway 54
Durham, NC 27713
United States of America

Dr Camaryn Chrisman
Wake Forest University School of Medicine
873 Lockland Avenue
Winston Salem, NC 27103
United States of America

Ms Anshu Mohllajee
Division of Reproductive Health
Koger Rhodes Building
CDC Mailstop K-34
4770 Buford Highway, NE
Atlanta, GA 30341-3717
United States of America

Dr Kavita Nanda
Family Health International
P. O. Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
United States of America

Dr Linda S. Potter
Family Health Research
56 N. Mill Road
Princeton Junction, NJ 08550
United States of America

Ms Ruwaida M. Salem
John Hopkins University
Center for Communication Programs
111 Market Place, Suite 310
Baltimore, MD 21202
United States of America

WHO SECRETARIAT

Ms Kathryn Church
Department of Reproductive Health and Research
World Health Organization
1211 Geneva 27
Switzerland

Dr MaryLyn Gaffield
Department of Reproductive Health and Research
World Health Organization
1211 Geneva 27
Switzerland

Dr Carlos Huezo
Department of Reproductive Health and Research
World Health Organization
1211 Geneva 27
Switzerland

Ms Sarah Johnson
Department of Reproductive Health and Research
World Health Organization
1211 Geneva 27
Switzerland

Mrs Gloria Lamptey
Department of Reproductive Health and Research
World Health Organization
1211 Geneva 27
Switzerland

Dr Herbert Peterson
Department of Reproductive Health and Research
World Health Organization
1211 Geneva 27
Switzerland

Dr Paul Van Look
Department of Reproductive Health and Research
World Health Organization
1211 Geneva 27
Switzerland

Dr Helena von Hertzen
Department of Reproductive Health and Research
World Health Organization
1211 Geneva 27
Switzerland

Dr Erica Marsh, Intern
Department of Reproductive Health and Research
World Health Organization
1211 Geneva 27
Switzerland

* Претставници од агенцијата