

# Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви

Четврто издание, 2009 г.

РЕФЕРЕНТЕН ДОКУМЕНТ ЗА ПЛАНИРАЊЕ СЕМЕЈСТВО НА СЗО

COCs Barrier methods IUDs Fertility awareness-based methods Lactational amenorrhoea Patch Female surgical sterilization Intrauterine devices CICs Coitus interruptus Copper IUD for emergency contraception POCs Patch Male surgical sterilization Ring ECPs

COCs Barrier methods IUDs Fertility awareness-based methods Lactational amenorrhoea Patch Female surgical sterilization Intrauterine devices CICs Coitus interruptus Copper IUD for emergency contraception POCs Patch Male surgical sterilization Ring ECPs

COCs Barrier methods IUDs Fertility awareness-based methods Lactational amenorrhoea Patch Female surgical sterilization Intrauterine devices CICs Coitus interruptus Copper IUD for emergency contraception POCs Patch Male surgical sterilization Ring ECPs

COCs Barrier methods IUDs Fertility awareness-based methods Lactational amenorrhoea Patch Female surgical sterilization Intrauterine devices CICs Coitus interruptus Copper IUD for emergency contraception POCs Patch Male surgical sterilization Ring ECPs



World Health  
Organization





# Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви

Четврто издание, 2009 г.

референтен документ за планирање семејство на СЗО

COCs Barrier methods IUDs Fertility awareness-based methods Lactational amenorrhoea Patch Female surgical sterilization Intrauterine devices CICs Coitus interruptus Copper IUD for emergency contraception POCs Patch Male surgical sterilization Ring ECPs

COCs Barrier methods IUDs Fertility awareness-based methods Lactational amenorrhoea Patch Female surgical sterilization Intrauterine devices CICs Coitus interruptus Copper IUD for emergency contraception POCs Patch Male surgical sterilization Ring ECPs

COCs Barrier methods IUDs Fertility awareness-based methods Lactational amenorrhoea Patch Female surgical sterilization Intrauterine devices CICs Coitus interruptus Copper IUD for emergency contraception POCs Patch Male surgical sterilization Ring ECPs

COCs Barrier methods IUDs Fertility awareness-based methods Lactational amenorrhoea Patch Female surgical sterilization Intrauterine devices CICs Coitus interruptus Copper IUD for emergency contraception POCs Patch Male surgical sterilization Ring ECPs



World Health  
Organization



UNFPA

Објавено од Светската здравствена организација во 2010 година  
под наслов Medical eligibility criteria for contraceptive use – 4th edition  
© Светска здравствена организација 2010

Генералниот секретар на 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.

КРИТЕРИУМИ ЗА МЕДИЦИНСКА ПОДОБНОСТ ЗА УПОТРЕБА НА КОНТРАЦЕПЦИЈА - 4-ТО ИЗДАНИЕ

© Фонд за население на Обединетите нации (УНФПА) 2014

## СОДРЖИНА

Благодарност	
Извршно резиме и преглед	1
Табели	
Комбинирани орални контрацептиви (КОК) <i>(комбинирани орални контрацептиви, комбинирани инјекциони контрацептиви, фластер, прстен)</i>	15
Контрацептиви само со прогестоген (КСП)	45
Ургентни посткоитални контрацептиви (УПК)	63
Инуаутерини влошки (ИУВ)	65
Посткоитална контрацепција со бакар (П-ИУВ)	79
Бариерни методи (БАР)	81
Метод на следење на плодните денови (СПД)	89
Метод на лактациска аменореја (МЛА))	93
Прекинат однос (ПО)	95
Процедури за хируршка стерилизација (СТЕР)	97
<i>Хируршка стерилизација кај жени</i>	98
<i>Хируршка стерилизација кај мажи</i>	105
Збирни табели (ЗБИР)	109
Анекси	
Анекс 1. Хормонски контрацептиви и антиретровирусни терапии	117
Анекс 2. Листа на учесници	121

## БЛАГОДАРНОСТ

Овој документ е резултат на соработката помеѓу Одделението за репродуктивно здравје и истражување при Светската здравствена организација и голем број меѓународни агенции и организации коишто се активни во полето на политиките и програмите за планирање семејство. Финансирањето и друг тип поддршка за овој проект го обезбеди Владата на Соединетите Американски Држави (преку Агенцијата за меѓународен развој на САД, Центрите за контрола на болести и превенција и Националниот институт за детско здравје и човечки развој), Меѓународната федерација за планирано родителство и Фондот за население на Обединетите нации.

На состанокот на којшто се постигна консензус за овие препораки за употреба на контрацептиви, како експерти учествуваа претставници од 9 агенции и организации, заедно со 34 други поединци. Би сакале сестрано да им се заблагодариме на сите за вложеното време и стручноста во процесот на градење консензус.

Доказите на коишто се засноваат одлуките во овој документ во голем дел се одбрани низ систематски преглед на литературата спроведен и конципиран од страна на д-р К. Л. Кулвел (Dr KL Culwell), д-р К. М. Кертис (Dr KM Curtis), д-р М. Е. Гафилд (Dr ME Gaffield), д-р Н. Кап (Dr N Capp), д-р К. Нанда (Dr K Nanda), г-а М. Полен (Ms M Paulen) и д-р И. Тајли (Dr I Tilley). Би сакале да ја истакнеме нашата голема благодарност на овие лица, како и на д-р Т. Меккеј (Dr T MacKay) и д-р Џ. Шелтон (Dr J Shelton) за нивната силна поддршка во овој потфат.

Им благодариме на следните поединци што учествуваа како стручни читатели на системот за Континуирано утврдување на доказите при истражувањето (CIRE/ЦИРЕ): д-р Х. Актар (Dr H Akhtar), д-р В. Кејтс (Dr W Cates), д-р Т. Чипато (Dr T Chipato), д-р П. Корфман (Dr P Corfman), д-р М. Кравиото (Dr M Cravioto), д-р В. Калинс (Dr V Cullins), д-р Џ. Дијаз (Dr J Diaz), д-р С. Дијаз (Dr S Diaz), д-р А. Глејжер (Dr

A Glasier), д-р М. Гулмезоглу (Dr M Gulmezoglu), д-р К. Хагенфелт (Dr K Hagenfeldt), д-р П. Ханафорт (Dr P Hannafort), д-р Р. Хечер (Dr R Hatcher), д-р Д. Хјубер (Dr D Huber), д-р К. Хуезо (Dr C Huevo), д-р В. Џенингс (Dr V Jennings), д-р Р. Лу (Dr R Lu), д-р П. Лајнам (Dr P Lynam), д-р П. Ламбигенон (Dr P Lumbiganon), д-р П. Марчбенкс (Dr P Marchbanks), д-р О. Меирик (Dr O Meirik), д-р С. Митал (Dr S Mittal), д-р К. Морисон (Dr C Morrison), д-р К. Нанда (Dr K Nanda), д-р Е. Отолорин (Dr E Otolorin), д-р Х. Петерсон (Dr H Peterson), д-р А. Полак (Dr A Pollack), д-р Х. Рис (Dr H Rees), д-р Р. Ривера (Dr R Rivera), д-р Д. Скег (Dr D Skegg), д-р К. Смит (Dr C Smith), д-р Н. Симелала (Dr N Simelala), д-р Б. Суд (Dr B Sood), д-р М. Векеманс (Dr M Vekemanns) и д-р Е. Вајсберг (Dr E Weisberg).

За дополнителни информации во врска со оваа публикација контактирајте со:

Одделение за репродуктивно здравје и истражување  
Светска здравствена организација  
1211 Женева 27  
Швајцарија

Факс: + 41 22 791 4171  
Е-пошта: reproductivehealth@who.int

Дополнителни примероци може да се набават од:  
Центар за документирање  
Одделение за репродуктивно здравје и истражување  
Светска здравствена организација  
1211 Женева 27  
Швајцарија

Факс: + 41 22 791 4171  
Тел.: + 41 22 791 4447  
Е-пошта: rhrpublications@who.int

Оваа публикација може и да се преземе од веб-страницата [www.who.int/reproductivehealth](http://www.who.int/reproductivehealth). Секое ажурирање на информациите содржани во овој документ веднаш ќе се појави на оваа веб-страница.

## ИЗВРШНО РЕЗИМЕ

Овој документ претставува битен исчекор во процесот за подобрување на пристапот до квалитетот на услугите при планирањето на семејство и тоа преку ревизија на медицинските критериуми за подобност, поврзани со изборот на методи за контрацепција. Тој всушност е ажурирање на третото издание Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви, објавено во 2004 г., каде што се резимираат главните препораки од состанокот на експертската Работна група одржан во Светската здравствена организација, Женева, 1–4 април, 2008 г. (Види Анекс 2 за списокот на учесници). Работната група опфати 43 учесници од 23 земји, вклучително со 9 претставници на агенциите. Документот нуди препораки за соодветните медицински критериуми за подобност врз основа на најновите клинички и епидемиолошки податоци и е наменет за креатори на политики, раководители на програми за планирање семејство и научната заедница. Има за цел на националните програми за планирање семејство/репродуктивно здравје да им понуди насоки во подготовката на упатства за давањето услуги околу контрацепцијата. Овој документ не треба да се смета како официјално упатство, туку како референтен документ.

Документот ги опфаќа следните методи на планирање семејство: комбинирани орални контрацептиви со ниска доза (КОК), комбиниран контрацептивен фластер (Ф), комбиниран вагинален прстен (П), комбинирани инјекциони контрацептиви (КИК), таблети само со прогестоген (ТСП), депо-медроксипрогестерон ацетат (ДМПА), норетистерон енантат (НЕТ-ЕН), импланти со левоноргестрел (ЛНГ) и со етоногестрел (ЕТГ), ургентни посткоитални таблети (УПТ), интраутерини влошки со бакар (ИУВБ), левоноргестрел-ослободувачки ИУВ (ЛНГ-ИУВ), бакарни ИУВ за ургентна контрацепција (ИУВУК), бариерни методи на контрацепција (БАР), метод за следење на плодните денови (СПД), метод на лактациска аменореја (МЛА), метод на прекинат однос или coitus interruptus (ПО), и стерилизација кај мажот или жената (СТЕР).

СЗО ќе ги ажурира и ќе ги дополнува препораките од овој документ на даден временски интервал од три до четири години преку состаноци на експертските Работни групи и преку вклучување по потреба на Раководната група за упатства одговорна за планирање семејство. Ваквите препораки ќе бидат достапни на веб-страницата на СЗО ([www.who.int/reproductivehealth](http://www.who.int/reproductivehealth)). Веб-страницата на СЗО ќе обезбеди и дополнителни информации коишто СЗО ќе ги одреди како битни во поглед на овие препораки, во исчекување на следниот состанок на Работната група заради формален консензус. Во случаи во коишто базата на докази може брзо да се промени, за таквите ажурирања може да се јават и некои прашања. СЗО поттикнува истражување заради осврт кон главните нерешени прашања за утврдување на медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви. СЗО повикува на коментари и предлози за подобрување на ова упатство.

## ПРЕГЛЕД

Во 1999 г., СЗО го разгледа сопственото упатство за планирање семејство и заклучи дека е неопходно создавање на нови упатства засновани на докази. Поради тоа, СЗО отпочна нова серија на упатства за планирање семејство со второто издание на *Подобрување на пристапот до квалитетна грижа при планирањето семејство. Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви*, објавено во 2000 г. Првите два референтни документа од оваа серија заснована на докази (Слика 1), се овој документ *Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви*, којшто нуди насоки за тоа „**кој**“ безбедно може да користи контрацептивни методи, и *Избрани практични препораки за употреба на контрацептиви*, којшто нуди насоки за тоа „**како**“ безбедно и ефективно да се користат контрацептивните методи. Овие два документа нудат насоки засновани на докази за избор (*Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви*) и употреба (*Избрани практични препораки за употреба на контрацептиви*) на контрацептивни методи. Третиот и четвртиот референтен документ, *Алатка за носење одлуки за клиенти и даватели на услуги за планирање семејство* и *Планирање семејство: глобален прирачник за даватели на услуги*, претставуваат практични алатки за подобрување на квалитетот на советувањето и давањето услуги во однос на планирање семејство. Овие две алатки ги вклучуваат и *Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви* и *Избрани практични препораки за употреба на контрацептиви*. Сите четири референтни документи најдобро се толкуваат и употребуваат во поширок контекст на сексуалното и репродуктивното здравје.

## ЦЕЛ

Целта на овој документ е да им обезбеди група препораки на креаторите на политики, на носителите на одлуки и на научната заедница коишто може да се искористат во правец на развивање или на ревидирање на националните упатства за медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви.

Овој документ не нуди строги упатства, туку нуди препораки што даваат основа за рационализирање на употребата на различни контрацептиви во поглед на најсовремените достапни информации што се однесуваат на безбедноста на методите за луѓе со одредени здравствени проблеми.

Поради фактот дека состојбите и програмскиот контекст во државите доста варираат, несоодветно би било да се поставуваат строги меѓународни упатства за критериумите за употреба на контрацептиви. Сепак, се смета дека националните програми овие упатства

Ќе ги искористат во ажурирањето или развојот на сопствени упатства за подобност за контрацепција во согласност со соодветните национални здравствени политики, потреби, приоритети и ресурси. Намерата е да се помогне во подобрувањето на пристапот и квалитетот на услугите поврзани со планирањето семејство. Ваквите подобрувања мора да се спроведуваат во контекст со медицинската безбедност и со одлуки коишто корисниците ќе ги носат по претходно информирање. Приспособувањето не е секогаш лесна задача и најдобро е да го спроведуваат

оние што се најдобро запознаени со актуелните здравствени состојби, начинот на однесување и културите.

## ИСТОРИЈАТ

Во изминатите 35 години се оствари значителен напредок во развојот на нови контрацептивни технологии, вклучително и премин од високодозирани кон нискодозирани комбинирани орални средства за контрацепција, и од инертни кон бакарни и левоноргестрел-ослободувачки вагинални ИУВ.

Слика 1. Четирите референтни документа на упатството за планирање семејство



*Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви*



*Избрани практични препораки за употреба на контрацептиви*

Ова се насоки засновани на докази и упатства донесени со консензус. Тие нудат препораки обезбедени од страна на експертски работни групи според проценка на релевантни докази. Навремено се ревидираат и ажурираат.



*Алатка за носење одлуки за клиенти и даватели на услуги за планирање семејство*



*Планирање семејство: глобален прирачник за даватели на услуги*

Ова се алатки што вклучуваат Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви, Избрани практични препораки за употреба на контрацептиви и други препораки донесени со консензус во поглед на исполнување на потребите на клиентот за планирање семејство. Тие се ажурираат заедно со упатствата или зависно од други докази.



**Постапка со којашто се утврдува дека упатствата се актуелни:**

1. Се одредуваат нови, релевантни докази веднаш штом ќе станат достапни по пат на тековно и сеопфатно библиографско пребарување.
2. Новите докази критички се оценуваат.
3. Новите докази се оценуваат преку споредба со старите.
4. Се одредува дали новособраните докази се доволни за ажурирање на постоечките препораки.
5. Се обезбедува соодветно електронско ажурирање на веб-страницата на СЗО за репродуктивно здравје ([www.who.int/reproductivehealth](http://www.who.int/reproductivehealth)) и се одредува потребата за составување експертска работна група за повторно и формално оценување на упатствата.



Покрај тоа, се воведоа и комбинирани инјекциони контрацептиви, комбиниран хормонален фластер и вагинален прстен, супстанции за инјектирање и импланти само со прогестоген. 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 или претпочитањето на давателот на услуги. Ваквите застарени политики или практики често го ограничуваат квалитетот на услугите за планирање семејство и го отежнуваат пристапот на клиентите до нив. Овој документ има за цел да ги ажурира медицинските критериуми за подобност применети во обезбедувањето на сите хормонски средства за контрацепција, ИУВ, бариерни методи, метод за следење на плодните денови, метод на прекинат однос, метод на лактациска аменореја, стерилизација кај мажот или жената и ургентна контрацепција.

## СЕСУАЛНО И РЕПРОДУКТИВНО ЗДРАВЈЕ

Репродуктивните права опфаќаат одредени човекови права што веќе се признаени со националните закони, меѓународните документи за човекови права и други релевантни документи донесени со консензус. Овие права се засноваат врз препознавањето на основното право на сите парови 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, како и на 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 семејство, не само што се сметаат за клучна интервенција во подобрување на здравјето на мажите, жените и децата, туку тие се и човеково право. Сите луѓе имаат право на пристап, избор и на користење на придобивките од напредокот во науката при изборот на метод за планирање семејство. Ова ги опфаќа и луѓето со попреченост, како што е особено нагласено во Конвенцијата за права на лица со попреченост (членови 23.1 и 25а).<sup>1</sup> 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 при помошта на клиентите во изборот и примената на метод за планирање семејство.

Иако овој документ првенствено се осврнува на медицинските критериуми за подобност за користење контрацептиви, мора да се земат предвид и социјалните,

бихевиоралните и други немедицински критериуми. Кога се обезбедува избор на контрацептиви со којшто на клиентите ќе им се запазат човековите права, потребно е да им се овозможи донесување на самостојни одлуки кои ќе бидат засновани на информираност. Изборот на жените, пак, 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 согласно со човековите и репродуктивните права на клиентот е од фундаментално значење за квалитетот на грижата. Развојот на меѓународни норми околу медицински критериуми за подобност и практични препораки за употреба на контрацептиви е само еден аспект од подобрувањето на грижата за репродуктивното здравје. Многу програми за планирање семејство опфаќаат скрининг, лекување и придружни процедури коишто ги одразуваат високите стандарди во јавното здравство и клиничката практика, но тие 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, на анемијата и на сексуално преносливите болести (СПИ), и промовирање на доењето и откажување од пушење. Доколку постојат човечки и материјални ресурси, таквите процедури треба силно да се поттикнат, но кога не се неопходни за утврдување подобност за употребата или продолжувањето на конкретен метод, тие не треба да се сметаат за предуслов во прифаќањето и употребата на методи за планирање семејство.

## ПРАШАЊА ОКОЛУ КВАЛИТЕТОТ НА УСЛУГИТЕ И НИВЕН ПРИСТАП, КОИШТО ВЛИЈААТ НА УПОТРЕБАТА НА МЕТОДОТ

Иако овој документ главно се осврнува на медицинските критериуми за подобност, во соодветното обезбедување на контрацептиви постојат многу други прашања што треба да се разгледаат, вклучувајќи ги следните критериуми за давање услуги коишто имаат општа важност за почетокот и следењето на целокупната употреба на контрацептиви:

- a) 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 носењето одлука во најмала рака треба да го вклучат следното: разбирање на релативната делотворност на методот; соодветна употреба на методот; начинот на дејствување; вообичаени нуспојави; ризици по здравјето и придобивки од методот; знаци и симптоми што ќе укажат на потребата да се посети клиниката; информации за враќањето на плодноста

<sup>1</sup> Конвенција за права на лица со попреченост. Програма на ОН за заштита на правата и дигнитетот на лица со попреченост, 2007 (<http://www.un.org/disabilities/>, прегледано на 13 јануари 2009 г.).

откако ќе се прекине примената на методот; и информации за заштита од СПИ. Информациите треба да се изнесуваат на начин и форма на коишто клиентот лесно ќе ги разбере и добие.

- 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 треба да се следат и соодветни постапки за спречување на болести.
- в) Треба да се одржува и чува соодветна опрема и резерви (на пример, контрацептивни продукти, опрема и резерви за постапки за спречување на болести).

- 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 дадени контрацептивни методи ќе носи неприфатливи ризици по здравјето.
- д) Давателите на услуги треба да бидат обучени да понудат советување за планирање семејство за да им помогнат на клиентите да донесат обмислена и доброволна одлука во однос на сопствената плодност. Советувањето е клучен елемент од квалитетот на здравствената грижа и тоа е и битен дел од отпочнувањето со контрацепција и понатамошните посети, а треба да одговара на потребите на клиентот и тоа не само во поглед на контрацепција, туку и во однос на сексуалната активност и заштита од СПИ, како и заштита од заразувањето со вирусот на хумана имунодефициенција (ХИВ).

Табела 1. Процент на жени со несакана бременост во првата година на типична употреба и во првата година на идеална употреба на контрацепција и процентот при континуирана употреба на крајот од 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 <sup>3</sup>
	Типична употреба <sup>1</sup> (2)	Идеална употреба <sup>2</sup> (3)	(4)
Без метод <sup>4</sup>	85	85	
Спермициди <sup>5</sup>	29	18	42
Прекинат однос	27	4	43
Календарски метод	25		51
Метод на стандардни денови <sup>6</sup>		5	
Дводневен метод <sup>6</sup>		4	
Метод на овулација <sup>6</sup>		3	
Сунѓер			
Жени кои родиле	32	20	46
Жени кои не родиле	16	9	57
Дијафрагма <sup>7</sup>	16	6	57
Кондом <sup>8</sup>			
Женско (реалност)	21	5	49
Машко	15	2	53
Комбинирана таблета и таблета само со прогестоген	8	0.3	68
Контрац. фластер Evra	8	0.3	68
NuvaRing	8	0.3	68
Depo-Provera	3	0.3	56
Комбинирано средство за инјектирање (Lunelle) <sup>9</sup>	3	0.05	56
ИУВ			
ParaGard (бакарен Т)	0.8	0.6	78
Mirena (ЛНГ-ИУС)	0.2	0.2	80
Implanon	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 незаштитениот однос ризикот од бременост се намалува за најмалку 75%.<sup>10</sup>

Метод на лактациска анореја: LAM е мошне делотворен, привремен метод на контрацепција.<sup>11</sup>

Извор: Trussell J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Stewart FH, Kowal D. *Contraceptive technology: nineteenth revised edition*. New York NY: Ardent Media, 2007..

## Забелешки:

1. Процентот на несакана бременост кај типичните парови што започнуваат употреба на метод (не мора да значи прва употреба), доколку од некоја друга причина не запрат со употреба. Проценките за веројатноста за бременост во првата година од типична употреба на спермициди, прекин на односот, календарски метод, дијафрагма, кондом кај мажи, таблети и Деро-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 текстот за изведените проценки во однос на другите методи).
2. Процентот на несакана бременост кај парови што започнуваат со употреба на метод (не мора да значи прва употреба) и коишто го прават тоа идеално (доследно и правилно) во текот на првата година доколку од некоја друга причина не запрат со употреба (види во текстот за изведените проценки во однос на другите методи).
3. Процентот кај парови што избегнуваат бременост и што 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 каде што не се користи контрацепција и од жени што престануваат да користат контрацепција заради бременост. Кај таквите популации, околу 89% забременуваат во текот на една година. Оваа проценка беше малку намалена (85%) со цел да се претстави процентот на жени што ќе забременат во текот на една година, а коишто применуваат реверзибилни методи на контрацепција доколку во целост се откажале од контрацепција.
5. Пени, креми, гелови, вагинални супозитории и вагинален филм.
6. Овулацијата и дводневниот метод се засноваат на следење на цервикалната слуз. Кај методот на стандардни денови се избегнува однос помеѓу 8. и 19. ден од менструалниот циклус.
7. Со спермицидална крема или гел.
8. Без спермициди.
9. Извор: Trussell J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Nelson A, Cates W, Kowal D. *Contraceptive technology: eighteenth revised edition*. New York NY: Ardent Media, 2004.
10. Распоредот на третман е една доза во рамките на 120 часа по незаштитениот однос и втора доза 12 часа по првата доза. Двете дози на Plan B може да се земат истовремено. Plan B (1 доза е една бела таблета) е единствениот специјално наменет производ што се пласира за ургентна контрацепција. Управата за храна и лекови и следните 22 брэнда на орални контрацептиви ги има утврдено како безбедни и делотворни за ургентна контрацепција: Ogestrel или Ovral (1 доза е 2 бели таблети), Levlen или Nordette (1 доза е 4 светлопортокалови таблети), Cryselle, Levora, Low-Ogestrel, Lo/Ovral или Quasence (1 доза е 4 бели таблети), Tri-Levlen или Triphasil (1 доза е 4 жолти таблети), Jolessa, Portia, Seasonale или Trivora (1 доза е 4 розови таблети), Seasonique (1 доза е 4 светли сино-зелени таблети), Empresse (1 доза е 4 портокалови таблети), Alesse, Lessina или Levlite (1 доза е 5 розови таблети), Aviane (1 доза е 5 портокалови таблети) и Lutera (1 доза е 5 бели таблети).
11. 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 доенчето ќе достигне шестмесечна возраст.

## ЕФЕКТИВНОСТ НА ДАДЕН МЕТОД

Изборот на контрацепција делумно зависи од ефективноста на методот за контрацепција во спречувањето на несакана бременост, а тоа пак, кај некои методи не зависи исклучиво од самиот метод, туку и од тоа колку доследно и правилно се применува методот. 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 правилно) и кога се користи типично. Доследната и правилната употреба може 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 што зависат од доследната и правилна 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.

## СОСТОЈБИ ШТО ЖЕНАТА ЈА ДОВЕДУВААТ ДО ЗГОЛЕМЕН РИЗИК КАКО РЕЗУЛТАТ НА НЕСАКАНА БРЕМНОСТ

На жените со состојби во коишто несаканата бременост претставува неприфатлив ризик треба да им се укаже дека поради релативно високите стапки на неуспешност при типична употреба, употребата само на бариерни и на бихевиорални методи за контрацепција не е најсоодветна за нив. Ваквите состојби се наведени во Табела 2.

## 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 НЕТ-ЕН; средното одложување за враќањето на плодноста кај овие методи е 6, односно 10 месеца, 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 парови што размислуваат за овој метод треба соодветно да се советуваат. Од ниеден друг метод не произлегува трајна неплодност..

Табела 2. Состојби што ја изложуваат жената на зголемен ризик како резултат на несакана бременост

---

Карцином на дојката
Комплицирано валвуларно заболување на срцето
Дијабетес: инсулин зависен; со нефропатија/ретинопатија/невропатија или други васкуларни заболувања; или со траење > 20 години
Карцином на телото на матката или на јајниците
Епилепсија
Висок крвен притисок (систолен > 160 mm Hg или дијастолен > 100 mm Hg) <sup>1</sup>
ХИВ/СИДА <sup>2</sup>
Исхемична срцева болест
Малигна гестациска трофобластна болест
Малигни тумори на црниот дроб (хепатоми) или хепатоцелуларни карциноми на црниот дроб
Шистосомијаза со фиброза на црниот дроб
Тешка (декомпензирана) цироза
Српеста анемија
СПИ <sup>2</sup>
Мозочен удар
Системски лупус еритематозус (СЛЕ)
Тромбогени мутации
Туберкулоза

---

Забелешки:

1. Во овој документ, мерењата на крвниот притисок се изнесени во mm Hg. За да ги претворите во kPa помножете по 0,1333. На пример, 120/80 mm Hg = 16,0/10,7 kPa.
2. Двојната заштита силно се препорачува како заштита од ХИВ/СИДА и други СПИ кога постои ризик од пренесување СПИ/ХИВ. Ова може да се постигне преку истовремено користење кондом со други методи, или само преку доследно и правилно користење кондоми.

## СПИ И КОНТРАЦЕПЦИЈА: ДВОЈНА ЗАШТИТА

Иако развојот на меѓународни норми за користење на контрацептиви е битен за квалитетен пристап до услугите, истовремено треба да се земат предвид и социјалниот, културолошкиот и бихевиоралниот контекст. Во таа насока, проблемите околу изложеноста на СПИ, вклучително и на ХИВ, заслужуваат посебно внимание поради еднаквата важност во спречување на бременоста и на полово преносливите болести. 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 заедно со други методи или само преку доследно и правилно користење кондоми заради спречување на бременоста и на болестите. На мажите и жените што бараат совети за контрацепција постојано треба да им се укажува важноста да користат кондом заради заштита од СПИ/ХИВ, и секогаш кога е можно, таквата употреба треба да се поттикнува и овозможува. Се покажа дека машките кондоми од латекс имаат голема ефикасност против СПИ/ХИВ кога се употребуваат доследно и правилно.

## МЕТОД НА РАБОТА

Овој документ се надоврзува на процес започнат во 1994 г. којшто кулминираше со објавата на документот *Подобрување на пристапот до квалитетна грижа при планирање семејство: медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви* во 1996 г. Во првичниот процес, чијашто цел беше постигнување согласност околу соодветни критериуми за подобност за контрацептивните методи со широка примена, неколку агенции и организации соработуваа во длабинскиот преглед на епидемиолошките и клиничките докази поврзани со медицинските критериуми за подобност за добро утврдените методи на контрацепција. Процесот вклучуваше споредба на критериумите за подобност применети од страна на различни агенции, поврзани со различни контрацептиви, низ подготовка на резимеа на објавена медицинска и епидемиолошка литература важна за медицинските критериуми за подобност, и низ подготовка на нацрт-класификација којашто ќе ја прегледаат обемна група експерти и агенции. СЗО организира два состанока на експертските Работни групи во март 1994 и мај 1995 г. со цел да се разгледаат првичните класификации и да се оформат препораки; објавувањето на документот следеше во 1996 г.

Првата ревизија на документот од 1996 г. се засноваше на препораките од експертската работна група што се состана во СЗО од 8 до 10 март 2000 г., на којашто имаше 32 учесници од 17 земји, заедно со претставници од многу агенции и организации. Работната група разгледуваше нови докази собрани по последните состаноци на Работните групи од 1994 и 1995 г. Ваквите нови докази беа собрани првенствено преку систематски преглед на најновата литература, спроведен со цел да се утврдат и сумираат нови докази за медицински критериуми за подобност на контрацептивните методи.

Втората ревизија на документот се засноваше на препораките од Работната група на експерти што се одржа во СЗО од 21 до 24 октомври 2003 г., во којашто учествуваа 36 учесници од 18 земји, заедно со претставници од многу агенции и организации. Работната група се состоеше од меѓународни експерти за планирање семејство, вклучувајќи клинички лекари, епидемиолози, креатори на политики и програмски експерти. Во Работната група имаше и експерти за утврдување и собирање докази, и корисници на упатството. За ова издание се формира Раководна група за упатства.

Ваквото четврто издание на документот се заснова на препораките од Работната група на експерти што се одржа во СЗО од 1 до 4 април 2008 г., на којашто учествуваа 43 учесници од 23 земји, заедно со девет претставници на агенции. Работната група се состоеше од: меѓународни експерти за планирање семејство, вклучувајќи клинички лекари, епидемиолози, креатори на политики, програмски раководители; експерти за утврдување и собирање докази; експерти по фармакологија; и корисници на упатството. Од сите членови на експертската Работна група беше побарано да посочат каков било конфликт на интереси; три експерти укажаа на конфликт на интереси поврзан со темата на состанокот.<sup>1</sup> Не беше побарано да се повлечат од формулирање препораки.

На крајот од состанокот, експертската Работна група не успеа да постигне консензус околу безбедноста за користење контрацепција што содржи само прогестоген и тоа кај доилки на помалку од шест недели по породувањето, при што групата утврди дека е неопходна дополнителна експертиза пред одново да се разгледаат какви било препораки за

оваа состојба. Поради тоа, на барање на експертската Работна група, на 22 октомври 2008 г. СЗО спроведе технички консултации со цел темелно да ги оцени доказите околу употребата на контрацепција за време на лактација и влијанието врз новороденчето. Работната група на експерти ја додели одговорноста за оценка на научните докази и развојот на нови препораки (доколку се потребни), на Раководната група за упатства. За консултациите се собраа членовите на Раководната група за упатства и четири истражувачи стручни за влијанието на стероидните соединенија врз органскиот систем на новороденчето и фармакологија и метаболизмот на хормони присутни во мајчиното млеко. Од сите учесници на консултациите беше побарано да истакнат каков било конфликт на интереси; една учесничка укажа на конфликт на интереси поврзан со темата на состанокот.<sup>2</sup> Од неа не беше побарано да се повлече од формулирање препораки.

Ретко помеѓу состаноците на експертската Работна група се јавуваат нови докази за коишто е неопходна нова оценка, па дури и ревизија на препораките содржани во *Медицинските критериуми за подобност за употреба на контрацептиви*. Во такви случаи Раководната група за упатства е задолжена да ги оцени тие докази, и да го потврди постоечкото упатство или, ако е неопходно, да издаде привремено упатство. По состанувањето на Работната група на експерти, СЗО стана свесна за нови докази во поглед на ризиците од венска тромбоемболија (ВТЕ) кај жени во периодот по породување. На барање на Раководната група за упатства на 26 јануари 2010 г. СЗО спроведе технички консултации преку телеконференција со цел темелно да ги разгледа објавените докази од оваа област. Телеконференцијата собра членови од Раководната група за упатства и три експерти за ВТЕ во постпартусен период. Од сите учесници на консултациите беше побарано да истакнат каков било конфликт на интереси; два учесника укажаа на конфликт на интереси поврзан со темата на состанокот.<sup>3</sup> Не беше побарано да се повлечат од формулирање препораки.

## УТВРДУВАЊЕ И СОБИРАЊЕ ДОКАЗИ

Со помош на нов систем којшто тековно утврдува нови докази (Континуирано утврдување на доказите при истражувањето, Continuous Identification of Research

1 *Д-р Глејџер*: Работи во клиника што добива поддршка за истражување од четири компании што произведуваат различни контрацептивни производи. *Д-р Шелтон*: Има акции во фармацевтска компанија што произведува антиретровирусни терапии. *Д-р Вајзберг*: Добива финансии за контрацептивно истражување од четири производители на контрацептиви; членува во советодавниот одбор на производителот на вакцината против хуман папилома вирусот и членува во советодавен одбор за контрацептивна едукација финансирана од производител на контрацептиви.

2 *Д-р Глејџер*: Работи во клиника што добива поддршка за истражување од четири компании што произведуваат различни контрацептивни производи.

3 *Д-р Глејџер*: Работи во клиника што добива поддршка за истражување од четири компании што произведуваат различни контрацептивни производи. *Д-р Ханафорд*: Работи во академски центар што има добиено финансиска поддршка од две компании што произведуваат различни контрацептивни производи.

Evidence, или системот CIRE),<sup>11</sup> СЗО утврди препораки од третото издание на *Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви* за коешто беа достапни нови докази. Потоа се спроведе систематска ревизија со цел да се оцени целокупниот корпус на докази за таквите препораки, како и за една нова здравствена состојба којашто беше додадена на препораките: системски лупус еритематозус. Целта на овие систематски ревизии беше утврдување директни докази за соодветноста на даден метод за контрацепција кај жени со одредени состојби. Во случаи кога не беа достапни директни докази, за овие препораки се прибираа информации преку индиректни докази или теоретски размислувања. Заради спроведување на систематските ревизии се одредуваа испитувања преку системот CIRE, а воедно и преку пребарувања на PubMed и *The Cochrane Library*, и тоа од самиот почеток на базата на податоци, па сè до јануари 2008 г. Пребарувањето опфаќаше и преглед на користената литература во статиите утврдени преку пребарување на литературата и контакт со експерти од областа. Издржаноста и квалитетот на доказите се оценуваа со помош на системот на Работната група за превенција на САД (United States Preventive Task Force system).<sup>22</sup>

Систематските ревизии и беа доставувани на експертската Работна група пред состанокот и служеа како основа за размислувањата во текот на состанокот. При разгледувањето на секоја битна препорака, на Работната група и беа доставувани и оценките за доказите. Прашањата поврзани со трошоците главно се разгледуваа во поглед на пристапот кон услуги за контрацепција и нивна достапност, како и во поглед на можни финансиски ограничувања. Работната група исто така ги разгледуваше и програмските импликации од препораките. Препораките првенствено се однесуваат на безбедносни прашања и беа разгледувани од аспект на нивната применливост во најразлични услови. Групата ги усвои препораките по пат на консензус.

За повеќето препораки (комбинација од метод и услови) постои ограничен број испитувања што се осврнуваат на употребата на конкретен метод од страна на жени со специфична состојба. Според тоа, повеќето одлуки во однос на критериумите за подобност за коишто се користеа докази често знаеја да се засноваат на заклучоци од испитувања во коишто главно биле вклучени здрави жени, како и на теоретски размислувања и мислења на експертите.

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

2 Harris Ap, Helfand M, Woolf SH, Lohr KN, Mulrow CD, Teutsch SM et al. Current methods of the US Preventive Service Task Force: a review of the process. *American Journal of Preventive Medicine* 2001; 20: 21-35.

Особено мал беше бројот на докази поврзани со новите производи и производитите со ограничена употреба. Вкупниот корпус на докази што го разгледуваше Работната група го вклучуваше следното:

- докази засновани на директни испитувања или опсервации на контрацептивниот метод користен од страна на жените (или мажите) со дадената состојба;
- докази изведени од влијанието на контрацептивниот метод користен од страна на жените (или мажите) без дадената состојба;
- индиректни докази или теоретски размислувања засновани на испитувања врз соодветни животински модели, лабораториски испитувања врз луѓе или аналогни клинички ситуации.

Онаму каде што Работната група имаше систематска ревизија на доказите разгледувани при формирањето препорака, таквите докази во овој документ се наведени заедно со препораката. Препораките за коишто не се наведуваат докази се засноваат на мислење од експерт и/или на докази собрани на друг начин, а не преку систематска ревизија. Како што се наведува подолу, над 1000 препораки во ова издание се непроменети споредено со првото издание. Доказите за првото издание им беа доставени на Работните групи од 1994 и 1995 г. како серија придружни документи изготвени за проектот.

Третото издание вклучуваше 1705 препораки. Овие препораки имаат широка употреба и, според тоа, СЗО одлучи дека секоја промена треба да се прави врз основа на нови докази, освен ако нема друга причина што ќе налага поинаку. Раководната група за упатства, којашто се состана на 31 март 2008 г., предложи Работната група од експерти да ги разгледува само оние препораки од третото издание за коишто постојат нови докази или за коишто постојат убедливи случаи да се постапи поинаку. Работната група излезе со предлог на 1 април 2008 г.

Работната група имаше задача да ги одреди критериумите за подобност за секој услов и метод на контрацепција со избор на категорија (од 1 до 4, како што е опишано подолу). Онаму каде што Работната група ќе утврдеше дека заедно со категоријата потребно е и упатство, тоа го приложуваше како „Појаснување“. Онаму каде што Работната група разгледуваше нови докази, тие беа сумирани и изнесени под наслов „Докази“, во колоната означена како „Појаснувања/докази“. Покрај појаснувањето на упатствата и резимето на доказите, на крајот од секој дел за контрацептивни методи Секретаријатот на СЗО дава коментари за одбрани методи/услови.

Работната група од експерти разви 86 нови препораки и ревидира 165 актуелни препораки за четвртото издание на *Медицински критериуми за подобност*

за употреба на контрацептиви. Како резултат на размислувањата на групата, четвртото издание на *Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви* ќе ја вклучува здравствената состојба системски лупус еритоматозус (СЛЕ), а на постоечките здравствени состојби од третото издание додадени ќе бидат 12 нови потсостојби. Дванаесетте потсостојби се: дебелина и возраст под 18 години; длабока венска тромбоза/пулмонална емболија (ДВТ/ПЕ) и утврдена антикоагулантна терапија; акутна состојба на вирусен хепатитис или максимум на болеста во акутниот вирусен хепатитис; фокална нодуларна хиперплазија на црниот дроб; три класи на антиретровирусни терапии (нуклеозидни инхибитори на реверзна транскриптаза [NRTI]; ненуклеозидни инхибитори на реверзна транскриптаза [NNRTI]; протеазни инхибитори зајакнати со ритонавир (PI)); ламотригин (антиконвулзив); и четири класи на антимицробни лекови (антибиотик со широк спектар, антимицотик, антипаразитик, и руфабутин со рифампицин).

Сите членови на Раководната група за упатства и на Работната група ги одобрија сите 1870 препораки на крајот од состанокот одржан на 4 април 2008 г.

Но, на крајот од состанокот, експертската Работна група не успеа да постигне консензус во врска со безбедноста за користење контрацепција само со прогестоген од страна на доилки на помалку од шест недели по породувањето и ја нагласија потребата од дополнително стручно мислење пред повторно да се разгледуваат препораките за оваа здравствена состојба. Поради тоа, на 22 октомври 2008 г. СЗО организира технички консултации за да ги оцени темелно сите научни докази на оваа тема. На консултациите се собраа членови од Раководната група за упатства и четири истражувачи стручни во следните области: неонатологија, неврологија, невронаука и педијатрија. Во име на експертската Работна група, Раководната група за упатства укажа дека актуелните препораки за употребата на прогестоген кај доилки на помалку од шест недели по породувањето треба да останат непроменети до крајот на консултациите на 28 октомври 2008 г. Овие препораки ќе ги разгледува Работната група од експерти во полн состав на нејзиниот следен состанок.

Правејќи напори да се следи објавата на нови докази од истражувањата заради соодветно ажурирање на препораките од *Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви*, СЗО утврди нови докази поврзани со ризикот од венска тромбоемболија (ВТЕ) кај жени во периодот по породувањето, со што се покажа потреба да се ревидираат препораките за жени што не дојат во првите шест недели по породувањето. Се подготви систематска ревизија на темата, којашто се достави до Раководната група за упатства на оценување. Понатаму, се подготви и систематска ревизија за времето на враќање на плодноста кај жени во периодот по породување коишто не дојат. Согласно со овие докази, Раководната група за упатства

одреди дека СЗО треба повторно да ги разгледа своите препораки околу употребата на комбинирана хормонска контрацепција во постпарталниот период, и побара Секретаријатот на СЗО да свика технички консултации заради осврт на оваа тема. Според тоа, СЗО преку телеконференција свика технички консултации на 26 јануари 2010 г. за да ги разгледа темелно достапните научни докази во оваа област. Во име на Работната група од експерти, Раководната група за упатства издаде привремено упатство, при што, како одраз на ваквите докази, препораките за жени во периодот по породување коишто не дојат ги прошири од 8 на 20.

Овие препораки и доказите што го поткрепуваат нивниот развој ќе ги разгледува експертската Работна група во полн состав за време на нејзиниот следен состанок.

Раководната група за упатства ги одобри дваесетте ажурирани препораки на крајот од телеконференцијата на 26 јануари 2010 г.

## КАКО ДА СЕ КОРИСТИ ДОКУМЕНТОТ

Сегашниот документ е наменет за креатори на политики, програмски раководители за планирање семејство и за научната заедница. Има за цел да понуди упатство за националните програми за планирање семејство/репродуктивно здравје во изготвувањето насоки за услуги поврзани со контрацепција. Овој документ не треба да се смета како официјално упатство, туку како референтен документ.

Упатството наведено во овој документ треба да се толкува на ниво на земја или програма така што ќе ги одразува различните ситуации и услови во коишто се обезбедуваат контрацептиви. Иако е малку веројатно дека класификацијата на категориите ќе се промени за време на овој процес, мошне е веројатно дека примената на овие категории ќе се разликува во самите земји. Поконкретно, треба да се земат предвид клиничкото знаење и искуството на различните даватели на услуги, како и достапните ресурси во институцијата што ги дава услугите

## КОРИСТЕЊЕ НА ТАБЕЛИТЕ

Работната група се осврна на медицинските критериуми за започнување и продолжување на употребата на сите оценети методи. Прашањето околу критериумите за продолжување на употребата има клиничка важност секогаш кога жената ќе се најде во конкретната здравствена состојба при употреба на методот. Кога Работната група утврди дека категориите за започнување и продолжување се разликуваат, овие разлики во колоните се означени како „З = започнување“ и „П = продолжување“. Кога З и П не се назначени, истата категорија важи за започнувањето и за продолжувањето на употребата.

Врз основа на овој систем за класификација, критериумите за подобност поврзани со започнување и продолжување на употреба на конкретен контрацептивен метод во овој документ се изнесени табеларно. Како што е прикажано подолу, првата колона ја покажува состојбата. Неколку здравствени состојби беа дополнително поделени со цел да се направи разлика меѓу различни степени на состојбата. Втората колона нуди класификација на состојбата за започнување и/или продолжување и тоа во една од четирите категории опишани подолу. Доколку е потребно, третата колона дава појаснување или докази во однос на класификацијата, опишано во делот погоре.

На крајот од документот се дава сумарна табела којашто ги опфаќа медицинските критериуми за подобност според состојбата за хормонски методи и ИУВ. На крајот од овој дел е вклучено и резиме на состојбите или категориите ревидирани за ова издание.

## КЛАСИФИКАЦИЈА НА КАТЕГОРИИТЕ

Медицинските критериуми за подобност во овој документ се засноваат на гореопишаниот метод на работа и имаат за цел да понудат соодветна маргина на безбедност.

За секоја состојба беше утврдено дека претставува карактеристика на поединецот (на пр., возраст, историја на бременост) или позната здравствена/патолошка состојба којашто е претходно утврдена (на пр., дијабетес, хипертензија). Се очекува дека националните и институционалните здравствени средини ќе ги одредат најпогодните начини за проверка на состојбите и тоа според нивната важност за јавното здравје. Историјата на клиентите често е најсоодветниот пристап. Давателот на услуги за планирање семејство може да се консултира и со експерт за дадената состојба.

Состојбите што имаат влијание врз подобноста за користење на секој од контрацептивните методи беа наведени во еден од следните четири категории.

## КОРИСТЕЊЕ НА КАТЕГОРИИТЕ ВО ПРАКТИКА

Категориите од 1 до 4 се јасни сами по себе. Класификацијата на даден метод/состојба под Категорија 2 покажува дека методот во принцип може да се користи, но може да е потребно внимателно следење. Но, за да ѝ се понуди метод на жена со здравствена состојба класифицирана под Категорија 3 неопходно е внимателна клиничка проценка и пристап до клинички услуги; за таквата жена, треба да се земат предвид сериозноста на состојбата, и достапноста, практичноста и прифатливоста на алтернативни методи. За метод/состојба којшто е класифициран под Категорија 3, негова употреба обично не се

препорачува, освен ако нема други достапни или прифатливи методи. Потребно ќе биде внимателно следење.

Кога ресурсите за клиничка проценка се ограничени, како што е случај со услугите засновани во заедниците, рамката за класификација од четири категории може да се упрости на две категории. Со ова поедноставување, класификацијата под Категорија 3 покажува дека жената не е медицински подобра да го употребува методот..

## ПРОГРАМСКИ ИМПЛИКАЦИИ

Programmatic issues that need to be addressed include:

- информиран избор (врз основа на соодветни информации);
- елементи за квалитетот на грижата;
- неопходни постапки за скрининг за примена на методот;
- обука и вештини на давателот на услуга;
- соодветно упатување и следење поврзано со употребата на контрацепција.

Кога критериумите за подобност се применуваат за програми, практиките на давање услуги значајни за безбедна употреба на контрацептивните средства треба да се разликуваат од практиките што може да се соодветни за добра здравствена грижа, но да не се поврзани со употребата на даден метод. Промовирањето на добри здравствени практики што немаат поврзаност со безбедната контрацепција не треба да се сметаат ниту за предуслов, ниту за пречка во понудата на контрацептивен метод, туку само како надополнување.

Како следен чекор треба да се разгледаат препораките околу критериумите за подобност согласно со околностите во земјата, со цел тие да бидат применливи за давателите на услуги и тоа на сите нивоа од системот за здравствени услуги. Земјите ќе треба да утврдат до кој степен и на кој начин постои можност своите услуги да ги прошират и на периферните нивоа. Ова може да подразбира доусовршување на кадарот и на капацитетите онаму каде што е изводливо и финансиски можно, или може да подразбира понатамошно развивање на вештините кај одредени категории на здравствени работници или скромно додавање опрема и материјали, и прераспределба на простор. Неопходно ќе биде да се покренат прашања околу погрешните перцепции што давателите на услуги и корисниците понекогаш ги имаат, а се однесуваат на ризиците и нуспојавите од методот и внимателно да се насочат кон потребите и перспективите на мажите и жените во контекст на правење обмислен избор.



ТИП НА КОНТРАЦЕПЦИЈА		
СОСТОЈБА	КАТЕГОРИЈА З = започнување П = продолжување	ПОЈАСНУВАЊА/ ДОКАЗИ
<b>СОСТОЈБА</b>	Состојба класифицирана од 1 до 4.  Категориите за календарските методи и хируршка стерилизација се опишани во почетокот на соодветниот дел.	Појаснувања и докази во однос на класификацијата.

NA означува состојба за којашто Работната група нема наведено категорија, но за неа има појаснувања.

<b>1</b>	Состојба за којашто не постои ограничување за употреба на контрацептивен метод
<b>2</b>	Состојба за којашто предностите од користење на методот во принцип ги надминуваат теоретските или докажаните ризици
<b>3</b>	Состојба за којашто теоретските или докажаните ризици обично ги надминуваат предностите од користење на методот
<b>4</b>	Состојба што претставува неприфатлив ризик по здравјето ако се користи контрацептивниот метод

КАТЕГОРИЈА	СО КЛИНИЧКА ПРОЦЕНКА	СО ОГРАНИЧЕНА КЛИНИЧКА ПРОЦЕНКА
<b>1</b>	Методот се користи во секоја околност	<b>Да</b> (Користете го методот)
<b>2</b>	Методот начелно се користи	
<b>3</b>	Користењето на методот обично не се препорачува освен ако нема други посоодветни или поприфатливи методи	<b>Не</b> (Не го користете методот)
<b>4</b>	Методот не се користи	

## ВОВЕДУВАЊЕ НА НАСОКИТЕ ВО НАЦИОНАЛНИТЕ ПРОГРАМИ

При воведувањето на ова упатство за медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептивни методи во програма за сексуално и репродуктивно здравје, потребно е да се има на ум дека овој материјал не претставува само документ што мора да се дистрибуира, туку дека тој содржи и здравствени практики што мора да им се претстават на давателите на услуги низ добро испланиран процес на адаптација и спроведување.

Овој документ, *Воведување на насоките и алатките за сексуално и репродуктивно здравје на СЗО во националните програми*, нуди упатство за воведување на насоките за сексуално и репродуктивно здравје, како и на насоките поврзани со медицинските критериуми за подобност за употреба на контрацептиви. Овој документ е наменет за креатори

на политики, програмски раководители и други здравствени работници коишто се впуштаат во процес за воведување во националните или локалните програми на практики за сексуално и репродуктивно здравје засновани на докази. Во рамките на документот се препорачуваат шест главни начела за ефективна адаптација и спроведување на упатството на СЗО за сексуално и репродуктивно здравје во национална програма. Овие начела вклучуваат: градење консензус; надградба на постоечкото; одредување можни препреки и олеснителни фактори; адаптирање засновано на докази; планирање сразмерен раст од самиот почеток; и воведување палета на интервенции заради промена на практиките на давателот на услуги.

За воведување на *Медицинските критериуми за подобност за употреба на контрацептиви*, СЗО на земјите и на локалните власти им препорачува да следат процес од шест чекора. Овие чекори

опфаќаат: планирање промоција; спроведување анализа на тековната состојба; приспособување на упатството за да одговара на потребите, околностите и контекстот на дадена земја; конципирање стратегија за имплементација; пилот-тестирање на оценување; и на крајот, промоција и сразмерен раст. Ваквиот процес може да варира зависно од тоа дали упатството се воведува за првпат или пак се користи за ажурирање на постоечки насоки за давање услуги. Преку овие чекори, СЗО нагласува дека процесот на воведување насоки подразбира соработка и учество така што кај креаторите на политики, професионалните тела и националните експерти ќе се овозможи носител на проект и добро утврдување..

## КЛИЕНТИ СО ПОСЕБНИ ПОТРЕБИ

### *Луѓе со попреченост*

Медицинските критериуми за подобност се однесуваат на употребата на контрацепција од страна на луѓе со посебна здравствена состојба. Покрај тоа, за да им се обезбеди контрацепција на луѓето со попреченост, треба да се разгледаат некои дополнителни аспекти. Во носењето вистинска одлука за контрацепција треба да се земат предвид природата на попреченоста и на методот, како и желбите на поединецот. На пример, некои бариерни методи може тешко да се применуваат кај луѓе со ограничена рачна прецизност; КОК може да не се најпогоден метод за жени со нарушена циркулација или неподвижни екстремитети дури и во отсуство на познати тромбогени мутации поради зголемиениот ризик од ДВТ; а други методи пак ќе бидат погодни за лица со нарушено ментално здравје коишто забораваат редовно да земаат лекаство. За жените што имаат проблем со менструалната хигиена, предвид треба да се земе и влијанието на контрацептивниот метод врз менструалните циклуси.

Одлуките треба да се засноваат на битни информации по соодветна едукација за сексуално здравје. Онаму каде што поради природата на нарушувањето е невозможно носење независна и обмислена одлука, контрацепција треба да следи само по процес на поддржано одлучување што ќе ги вклучува клиентот и релевантните страни, како личен застапник, лица за поддршка или старатели. Репродуктивните права на поединецот мора да се почитуваат при секоја таква одлука. Особено е важно страните да се погрижат одлуките околу стерилизацијата на луѓето со попреченост да се донесат на етички начин.

### *Адолесценти*

Адолесцентите, во принцип, може да користат каков било метод на контрацепција и мора да имаат пристап до најразличен 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 околу употребата на дадени контрацептивни методи кај адолесцентите (на пр., употребата на супстанции за инјектирање само со прогестоген за лица под 18-годишна возраст), овие прашања за загриженост мора да се одмерат наспроти предноста од избегнување бременост. Јасно е дека многу од критериумите за подобност што важат за постарите клиенти важат и за помладите. Но, одредени состојби (на пр., кардиоваскуларно нарушување) што може да ја ограничат употребата на методот кај постарите жени во принцип не влијаат врз 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 и ХИВ. Иако адолесцентите може да се одлучат за кој било метод на контрацепција достапен во нивната заедница, во дадени случаи, најпогодни може да бидат методи коишто не налагаат секојдневна употреба. Се покажало дека адолесцентите, без разлика дали се во брак или не, имаат помала толеранција кон нуспојавите, и според тоа, имаат висока стапка на прекината употреба. Изборот на метод може да биде условен и од фактори како што се повремени односи и потребата да се прикрие сексуалната активност и употребата на контрацепција. На пример, сексуално активните адолесценти што не се во брак имаат многу поразлични потреби од оние што се во брак и што сакаат да ја одложат, темпираат или да ја ограничат бременоста. Со проширување на бројот на понудени методи може да се доведе до зголемено задоволство, зголемено прифаќање и зголемена примена на контрацептивите. Соодветната едукација и советувањето пред и при изборот на метод може на адолесцентите да им помогне да се осврнат на конкретни проблеми и да донесат обмислена и доброволна одлука. Треба да се направат максимални напори за да се спречи ограничување на изборот поради трошоците за услугата и за методите.

## РЕЗИМЕ НА ПРОМЕНИ ОД ТРЕТОТО ИЗДАНИЕ

Во Табела 3 се дава резиме на промените во класификацијата или на поголеми измени кај здравствени состојби од третото издание.

Се очекува дека препораките од четвртото издание на *Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви* ќе останат важечки сè до 2012 г. Одделението за репродуктивно здравје и истражување во седиштето на СЗО во Женева ќе биде одговорно да иницира ревизија на упатството во тоа време.

Табела 3. Резиме на промени од третото издание на *Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви* (Услови за коишто постоеше промена во класификацијата за еден или повеќе методи или поголема измена во описот на состојбата. Изменетото класифицирање е обележано со масни букви).

СОСТОЈБА	КОК/Ф/Р	КИК	ТСП	ДМПА НЕТ-ЕН	ИМПЛАНТИ СО ЛНГ / ЕТГ	ИУВБ	ЛНГ- ИУВ
<b>З = започнување, П = продолжување, Д = дои</b>							
<b>ПОСТПАРТУСЕН ПЕРИОД</b> (жени што не дојат)							
<b>а) &lt; 21 ден</b>							
<b>(i) без други фактори</b>	<b>3<sup>†</sup></b>	<b>3<sup>†</sup></b>					
<b>(ii) со други фактори за ризик од ВТЕ</b>	<b>3/4<sup>†</sup></b>	<b>3/4<sup>†</sup></b>					
<b>б) ≥ 21 до 42 дена</b>							
<b>(i) без други фактори за ризик од ВТЕ</b>	<b>2<sup>†</sup></b>	<b>2<sup>†</sup></b>					
<b>(ii) со други фактори за ризик од ВТЕ</b>	<b>2/3<sup>†</sup></b>	<b>2/3<sup>†</sup></b>					
<b>в) &gt; 42 дена</b>							
	<b>1</b>	<b>1</b>					
<b>ПОСТПАРТУСЕН ПЕРИОД</b> (жени што дојат или жени што не дојат, вклучително и по царски рез)							
<b>а) &lt; 48 часа часа заедно со инсерција веднаш по исфрлувањето на плацентата</b>						<b>1</b>	<b>1= не Д 3 = Д</b>
<b>б) ≥ 48 часа до &lt; 4 недели</b>						3	3
<b>в) ≥ 48 недели</b>						1	1
<b>г) Пуерперална сепса</b>						4	4
<b>ДЕБЕЛИНА</b>							
<b>а) ≥ 30 kg m<sup>2</sup> индекс на телесна маса (ИТМ)</b>	2	2	1	1	1	1	1
<b>б) Менарха до &lt; 18 години и ≥ 30 kg m<sup>2</sup> индекс на телесна маса (ИТМ)</b>	2	2	1	<b>ДМПА=2 НЕТ-ЕН=1<sup>†</sup></b>	1	1	1
<b>ДЛАБОКА ВЕНСКА ТРОМБОЗА (ДВТ) / ПУЛМОНАЛНА ЕМБОЛИЈА (ПЕ)</b>							
<b>а) Анамнеза на ДВТ/ПЕ</b>	4	4	2	2	2	1	2
<b>б) Акутна ДВТ/ПЕ</b>	4	4	3	3	3	1	3
<b>в) ДВТ/ПЕ и утврдена антикоагулантна терапија</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>г) Семејна историја (роднини од прво колено)</b>	2	2	1	1	1	1	1
<b>д) Поголем хируршки зафат</b>							
<b>(i) со пролонгирана имобилизација</b>	4	4	2	2	2	1	2
<b>(ii) без пролонгирана имобилизација</b>	2	2	1	1	1	1	1
<b>ф) Помал хируршки зафат без имобилизација</b>	1	1	1	1	1	1	1

<sup>†</sup> Погледнете го релевантното поглавје за методот за појаснување на оваа класификација.

СОСТОЈБА	КОК/Ф/Р	КИК	ТСП	ДМПА НЕТ-ЕН	ИМПЛАНТИ СО ЛНГ / ЕТГ	ИУВБ	ЛНГ- ИУВ		
<b>З = започнување, П = продолжување, Д = дои</b>									
<b>СИСТЕМСКИ ЛУПУС ЕРИТОМАТОЗУС (СЛЕ)</b>	З		П		З		П		
<p>Луѓето со СЛЕ имаат зголемен ризик од исхемична срцева болест, мозочен удар и венска тромбоемболија. Во ова упатство, категориите дадени за таквите состојби треба да се исти за жени со СЛЕ кај коишто се јавуваат овие состојби. За сите категории на СЛЕ, класификациите се засноваат на претпоставката дека не постојат други фактори на ризик од кардиоваскуларно заболување; овие класификации мора да се изменат во присуство на такви фактори на ризик.</p>									
<b>а) Позитивни (или непознати) антифосфолипидни антитела</b>	4	4	3	3	3	3	1	1	3
<b>б) Тешка тромбоцитопенија</b>	2	2	2	3	2	2	3 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>
<b>в) Имуносупресивна терапија</b>	2	2	2	2	2	2	2	1	2
<b>г) Ниедно од горенаведените</b>	2	2	2	2	2	2	1	1	2
<b>ГЕСТАЦИСКА ТРОФОБЛАСТНА БОЛЕСТ</b>									
<b>а) Опаѓачко или незабележливо ниво на β-hCG (хуман хорионски гонадотропин)</b>	1	1	1	1	1	1	3		3
<b>б) Континуирано зголемени нивоа на β-hCG или малигна болест</b>	1	1	1	1	1	1	4		4
<b>ВИРУСЕН ХЕПАТИТИС</b>									
	З	П	З	П					
<b>а) Акутна состојба или состојба на максимум на болеста</b>	3/4 <sup>†</sup>	2	3	2	1	1	1	1	1
<b>б) Носител</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>в) Хроничен</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>ЦИРОЗА</b>									
<b>а) Блага (компензирана)</b>	1	1	1	1	1	1	1		1
<b>б) Тешка (декомпензирана)</b>	4	3	3	3	3	3	1		3
<b>ТУМОРИ НА ЦРНИОТ ДРОБ</b>									
<b>а) Бенигни</b>									
<b>i) Фокална нодуларна хиперплазија Хепатоцелуларен аденом</b>	2	2	2	2	2	2	1		2
<b>ii) Хепатоцелуларен аденом</b>	4	3	3	3	3	3	1		3
<b>б) Малигни (хепатоми)</b>	4	3/4	3	3	3	3	1		3
<b>АНТИРЕТРОВИ-РУСНА ТЕРАПИЈА</b>									
						З	П	З	П
<b>а) Нуклеозидни инхибитори на реверзна транскриптаза [NRTI]</b>	1 <sup>†</sup>	1	1	ДМПА=1 НЕТ-ЕН=1	1	2/3 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	2/3 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>
<b>б) Ненуклеозидни инхибитори на реверзна транскриптаза [NNRTI]</b>	2 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	ДМПА=1 НЕТ-ЕН=2 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	2/3 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	2/3 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>
<b>в) Протеазни инхибитори зајакнати со ритонавир</b>	3 <sup>†</sup>	3 <sup>†</sup>	3 <sup>†</sup>	ДМПА=1 НЕТ-ЕН=2 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	2/3 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	2/3 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>
<b>АНТИКОНВУЛЗИВ-НА ТЕРАПИЈА</b>									
<b>а) Одредени антиконвулзиви (фенитоин, карбамазепин, барбитурати, примодон, топирамат, окскарбазепин)</b>	3 <sup>†</sup>	2	3 <sup>†</sup>	ДМПА=1 НЕТ-ЕН=2 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	1			1
<b>б) Ламотригин</b>	3 <sup>†</sup>	3	1	1	1	1			1
<b>АНТИМИКРОБНА ТЕРАПИЈА</b>									
<b>а) Антибиотици со широк спектар</b>	1	1	1	1	1	1	1		1
<b>б) Антимикотици</b>	1	1	1	1	1	1	1		1
<b>в) Антипаразитни лекови</b>	1	1	1	1	1	1	1		1
<b>г) Терапија со рифампицин или со рифабутин</b>	3 <sup>†</sup>	2	3 <sup>†</sup>	ДМПА=1 НЕТ-ЕН=2 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	1			1

<sup>†</sup> Погледнете го релевантното поглавје за методот за појаснување на оваа класификација.

## КОМБИНИРАНИ ХОРМОНСКИ КОНТРАЦЕПТИВИ (КХКС)

### КОМБИНИРАНИ ОРАЛНИ КОНТРАЦЕПТИВИ (КОК; СОС)

Комбинирани орални контрацептиви со ниска доза (КОК)  $\leq 35 \mu\text{g}$  етинилестрадиол.

### КОМБИНИРАНИ ИНЈЕКЦИОНИ КОНТРАЦЕПТИВИ (КИК; СИС)

Комбинираните инјекциони контрацептиви (КИК) овозможуваат ослободување на природен естроген заедно со прогестоген и дејствуваат преку инхибиција на овулацијата (1-5). Тука се разгледани две формулации на КИК, коишто се даваат на интервал од две седмици:

- 1) Циклофем = медроксипрогестерон ацетат 25 mg заедно со естрадиол ципионат 5 mg
- 2) Мезигина = норетистерон етанат 50 mg заедно со естрадиол валерат 5 mg

КИК содржат естрадиол, естроген што се појавува по природен пат. Естрадиолот е помалку моќен, има пократкотраен ефект и побрзо се метаболизира отколку синтетичките естрогени што се користат кај други контрацептивни формулации како комбинираниот орален контрацептив (КОК), комбинираниот контрацептивен фластер (Ф) и комбинираниот контрацептивен прстен (П). Овие разлики покажуваат дека типот и интензитетот на нуспојавите поврзани со естрогенот, а коишто се однесуваат на КИК, може да се разликуваат од оние што се појавуваат кај корисниците на КОК/Ф/П. Краткорочните испитувања на КИК всушност укажуваат на мало влијание врз крвниот притисок, хемостазата и коагулацијата, липидниот метаболизам, и функцијата на црниот дроб, споредено со КОК (6-8). Поради тоа што КИК се даваат преку инјектирање, метаболизмот на прво минување низ црниот дроб се избегнува, а со тоа се минимизира влијанието на естрадиолот врз него. Но, КИК се релативно нов метод на контрацепција, па постојат малку епидемиолошки податоци за неговото долгорочно влијание. Постои загриженост дека иако влијанието од изложувањето на хормонот преку употреба на КОК и таблети само со прогестоген (ТСП) може брзо да се намали со прекинување на нивната употреба, тоа не важи и за супстанциите за инјектирање, кај коишто влијанието продолжува некое време по примањето на последната инјекција.

Во отсуство на дополнителни докази, Работната група заклучи дека во доста случаи, но не во сите, достапните докази за КОК се валидни и за КИК. Поради тоа, Работната група категориите за КИК ги вметна некаде помеѓу оние за КОК и ТСП (POPs). Но, во однос на тешките патологии (на пр., исхемична срцева

болест), здравствените состојби се класифицираа исто како и за КИК. Оттука, дадените категории треба да се сметаат за првична и најдобра проценка, а во присуство на нови докази, за нив ќе следи ревизија.

### КОМБИНИРАН КОНТРАЦЕПТИВЕН ФЛАСТЕР (Ф; англ. ССР) И КОМБИНИРАН КОНТРАЦЕПТИВЕН ВАГИНАЛЕН ПРСТЕН (П; англ. ССР)

Комбинираниот контрацептивен фластер и вагиналниот прстен се релативно нови контрацептивни методи. Постојат ограничен број информации за тоа колку се безбедни за жени со специфични здравствени состојби. Згора на тоа, Работната група немаше епидемиолошки податоци за долгорочното влијание на комбинираниот контрацептивен фластер или на вагиналниот прстен. Повеќето достапни испитувања имаа поддршка од страна на производителите на ваквите методи.

Според достапните докази, комбинираниот контрацептивен фластер нуди безбедност и фармакокинетички профил што наликуваат на КОК со слични хормонски формулации (9-26). Корисниците на контрацептивен фластер почесто пријавуваа повремени и краткорочна непријатност во дојките и реакции на кожата кај местото на употреба; но, овие реакции се јавиле кај помалку од 25% од корисниците (11; 15; 16; 22-24; 27). Малиот број докази покажуваат дека ефективоста на фластерот може да се намали кај жени што тежат 90 kg или повеќе (24; 26).

Според достапните докази, комбинираниот контрацептивен вагинален прстен нуди слична безбедност и фармакокинетички профил, и слично влијание врз функцијата на јајниците како кај КОК со слични хормонски формулации кај здравите жени (27-41). Доказите за подебелите жени (ИТМ  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) утврдија дека зголемувањето килограми кај жените од оваа категорија не се разликува според тоа дали се користи вагинален прстен или КОК (42). Ограничениот број докази за жени по хируршки или медикаментозен абортус не укажуваат на сериозни негативни последици или на инфекции поради употребата во текот на три циклуси следење по абортус (43), а ограничениот број докази за жени со сквамозни интраепителијални лезии од низок степен (LoSIL) покажаа дека употребата на вагинален прстен не ја влошува состојбата (30).

Во отсуство на дополнителни докази, Работната група заклучи дека доказите достапни за КОК важат и за комбинираниот контрацептивен фластер и за вагиналниот прстен. Според тоа, фластерот и прстенот треба да ги опфаќаат истите категории како КОК. Оттука, дадените категории треба да се сметаат за првична и најдобра проценка, а во присуство на нови докази, за нив ќе следи ревизија.

## КОМБИНИРАНИ ХОРМОНСКИ КОНТРАЦЕПТИВИ

КОК, Ф, П и КИК не заштитуваат од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА				ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ
	З = започнување, П = продолжување				
	КОК	Ф	П	КИК	
<b>КОК</b> = комбинирани орални контрацептиви <b>Ф</b> = комбиниран контрацептивен фластер <b>П</b> = комбиниран контрацептивен вагинален прстен <b>КИК</b> = комбинирани инјекциони контрацептиви					
<b>ЛИЧНИ КАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНА ИСТОРИЈА</b>					
<b>БРЕМЕНОСТ</b>	NA	NA	NA	NA	NA = нема податоци <b>Појаснување:</b> Не е потребно користење на КОК, Ф, П и КИК. Не се знае за штета по здравјето на жената, текот на бременоста, или за фетусот ако за време на бременоста случајно се употребат КОК, Ф, П или КИК.
<b>ВОЗРАСТ*</b>					<b>Докази:</b> Адолесцентите кои користат КОК што содржи 20 µg етинилестрадиол имаат пониска минерална густина на коските (МГК) споредено со лицата што не користат, додека повисока доза на КОК што содржи етинилестрадиол има мало или никакво влијание (44-51). Кај возрасни жени кои се пред менопауза, употребата на комбинирани хормонски контрацептиви има мало или никакво влијание врз здравјето на коските, додека за време на перименопаузата нивната употреба покажува зачувување на коскената маса (35; 52-100). Жените по менопауза коишто некогаш употребиле КОК имаат слична МГК со онаа на жените што никогаш не користеле КОК (64; 68; 78; 91; 101-120). МГК кај адолесцентни или жени што се пред менопауза може точно да не го предвиди ризикот од постменопаузна фрактура (119; 121-132.)
а) Од менарха до < 40 год. б) ≥ 40 години	1 2	1 2	1 2	1 2	
<b>ПАРИТЕТ</b>					
а) Жени кои не родиле б) Жени кои родиле	1 1	1 1	1 1	1 1	
<b>ДОЕЊЕ</b>					<b>Докази:</b> Клиничките испитувања покажуваат спротивставени резултати во поглед на влијанието врз количината на млеко кај жени изложени на КОК за време на лактација; но не се утврдени доследни влијанија врз тежината на детето (133-142). Не се покажаа негативни последици по здравјето или манифестации на егзоген естроген кај деца изложени на комбинирана контрацепција преку доење; но, испитувањата беа несоодветно конципирани за да се утврди некаков ризик од сериозни или суптилни долгорочни влијанија (166-173).
а) < 6 недели по породувањето	4	4	4	4	
б) ≥ 6 недели до < 6 месеца по породувањето (доење првенствено)	3	3	3	3	
в) ≥ 6 месеца по породувањето	2	2	2	2	
<b>ПОСТПАРТУСЕН ПЕРИОД</b> (кај жени што не дојат)					

КОК, Ф, П и КИК не заштитуваат од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА 3 = започнување, П = продолжување				ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ
	КОК	Ф	П	КИК	
<p><b>КОК</b> = комбинирани орални контрацептиви <b>Ф</b> = комбиниран контрацептивен фластер  <b>П</b> = комбиниран контрацептивен вагинален прстен <b>КИК</b> = комбинирани инјекциони контрацептиви</p>					
<p>Иако ризикот од ВТЕ е ист и кај доилки и кај жени што не дојат, употребата на КХКС кај доилки не се препорачува пред да изминат 6 месеци од породувањето.</p>					
а) < 21 ден					<p><b>Појаснување:</b> За жени до 6 месеци по породувањето со други фактори на ризик од ВТЕ, како претходна ВТЕ, тромбофилија, неподвижност, трансфузија при породувањето, ИТМ &gt; 30 kg/m<sup>2</sup>, крварење по породување, породување со царски рез, предеклампија или пушење, употребата на комбинирани хормонски контрацептиви може да претставува дополнителен зголемен ризик од ВТЕ. Категоријата треба да се процени според бројот, сериозноста и комбинацијата на присутни фактори на ризик од ВТЕ. Поради тоа што секоја жена е посебна во однос на личниот профил на ризик, неопходна ќе биде клиничка проценка за да се утврди дали таа може безбедно да користи КХКС.</p> <p><b>Докази:</b> Не постојат директни докази околу ризикот од ВТЕ кај жени по породување што користат КХКС. Постои зголемен ризик во бременоста и во постпарталниот период; ваквиот ризик е најнагласен во првите недели по породувањето, а се намалува речиси до основното ниво на 42 дена од породувањето. Употребата на КХКС, којашто го зголемува ризикот од ВТЕ кај здрави жени во репродуктивен период, може да претставува и дополнителен ризик доколку се користи во тој период (143-160).</p> <p><b>Докази:</b> Ризикот од бременост во првите 21 ден по породувањето е многу низок, но потоа расте; честа е овулацијата по првата менструација (161-165).</p>
и) без други фактори на ризик од ВТЕ	3	3	3	3	
ii) со други фактори на ризик од ВТЕ	3/4	3/4	3/4	3/4	
б) ≥ 21 до 42 дена					
и) без други фактори на ризик од ВТЕ	2	2	2	2	
ii) со други фактори на ризик од ВТЕ	2/3	2/3	2/3	2/3	
в) > 42 дена	1	1	1	1	
<b>ПО АБОРТУС</b>					<p><b>Појаснување:</b> Употребата на КОК, Ф, П и КИК може да започне веднаш по абортусот.</p> <p><b>Докази:</b> Жените што започнаа со земање КОК веднаш по медикаментозен или хируршки абортус во првиот триместар немаа повеќе нуспојави или несакани појави на вагинално крварење или клинички значителни промени во параметрите за коагулација споредено со жените што користеа плацебо, ИУВ, нехормонски метод на контрацепција или одложено започнување со КОК. Ограничените докази за жени што користат прстен веднаш по медикаментозен или хируршки абортус во првиот триместар не покажаа сериозни негативни појави и инфекции поврзани со употребата на комбиниран контрацептивен вагинален прстен во текот на три циклуси од следењето по абортус (43).</p>
а) Прв триместар	1	1	1	1	
б) Втор триместар	1	1	1	1	
в) Скорешен постсептичен абортус	1	1	1	1	

КОК, Ф, П и КИК не заштитуваат од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА З = започнување, П = продолжување				ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ
	КОК	Ф	П	КИК	
<p><b>КОК</b> = комбинирани орални контрацептиви <b>Ф</b> = комбиниран контрацептивен фластер  <b>П</b> = комбиниран контрацептивен вагинален прстен <b>КИК</b> = комбинирани инјекциони контрацептиви</p>					
<b>ПРЕТХОДНА ЕКТОПИЧНА БРЕМЕННОСТ*</b>	1	1	1	1	
<b>ИСТОРИЈА НА ПЕЛВИЧНА ОПЕРАЦИЈА</b>	1	1	1	1	
<b>ПУШЕЊЕ</b>					<b>Докази:</b> Споредено со непушачите, кај корисниците на КОК што пушат постои зголемен ризик од кардиоваскуларни заболувања, а особено од миокарден инфаркт. Испитувањата покажаа дека ризикот од миокарден инфаркт расте со бројот на испушени цигари дневно (174-185).
а) Возраст < 35 години	2	2	2	2	
б) Возраст ≥ 35 години					
(i) < 15 цигари/ден	3	3	3	2	
ii) ≥ 15 цигари/ден	4	4	4	3	
<b>ДЕБЕЛИНА</b>					<b>Докази:</b> Кај жени со поголема телесна тежина што користат КОК веројатноста за појава на венска тромбоемболија е поголема отколку кај жени со поголема телесна тежина што не користат КОК. Мал е апсолутниот ризик од венска тромбоемболија кај здрави жени во репродуктивен период. Ограничените докази покажуваат дека кај дебелите жени што користат КОК нема поголем ризик од акутен миокарден инфаркт или мозочен удар споредено со дебелите жени што не користат КОК (179; 185-191). Ограничените докази се неконзистентни за тоа дали ефективност на КОК се менува според телесната тежина или ИТМ (169-174). Ограничените докази укажуваат дека кај дебелите жени нема поголема веројатност да ја зголемат тежината по три циклуси со вагиналниот прстен или КОК отколку кај жените со нормална тежина. Слично зголемување на тежината во трите месеци беше забележано кај групата со КОК и кај онаа со вагинален прстен, и тоа за сите ИТМ категории (198). Ефективноста на фластерот се намали кај жени со тежина > 90 kg; но, не се утврди никаква поврзаност помеѓу ризикот од забременување и ИТМ (26).
а) ИТМ ≥ 30 kg/m <sup>2</sup>	2	2	2	2	
б) Од менарха до < 18 години и ИТМ ≥ 30 kg/m <sup>2</sup>	2	2	2	2	
<b>НЕ СЕ ДОСТАПНИ МЕРЕЊА ЗА КРВНИОТ ПРИТИСОК</b>	NA	NA	NA	NA	<b>Појаснување:</b> Пожелно е да се има мерења на крвниот притисок направени пред започнувањето со употреба на КОК, Ф, П, КИК. Но, во дадени околности такви мерења не се достапни. Во многу вакви околности постои висок ризик од морбидитет во бременоста и од морталитет, а КОК, Ф, П, КИК може да се едни од ретките методи со широка достапност. Во тие околности, на жените не треба да им се оневозможи употребата на КОК, Ф, П, КИК само затоа што не може да им се измери крвниот притисок.
<b>КАРДИОВАСКУЛАРНО ЗАБОЛУВАЊЕ</b>					
<b>ПОВЕЌЕКРАТНИ ФАКТОРИ НА РИЗИК ОД АРТЕРИСКО КАРДИОВАСКУЛАРНО ЗАБОЛУВАЊЕ</b> (како на пр., постара возраст, пушење, дијабетес и хипертензија)	3/4	3/4	3/4	3/4	<b>Појаснување:</b> Кога кај жената постојат повеќекратни фактори на поголем ризик, при што секој од нив значително го зголемува ризикот од кардиоваскуларно заболување, употребата на КОК, Ф, П или КИК може таквиот ризик да го зголеми на ниво што е недозволиво. Но, целта не е едноставно додавање категории за повеќекратни фактори на ризик; на пример, комбинацијата од два фактора на ризик од втора категорија не мора да значи и повисока категорија.



КОК, Ф, П и КИК не заштитуваат од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА				ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ
	3 = започнување, П = продолжување				
	КОК	Ф	П	КИК	
<p><b>КОК</b> = комбинирани орални контрацептиви <b>Ф</b> = комбиниран контрацептивен фластер  <b>П</b> = комбиниран контрацептивен вагинален прстен <b>КИК</b> = комбинирани инјекциони контрацептиви</p>					
<p><b>ХИПЕРТЕНЗИЈА</b>            За сите категории на хипертензија, класификациите се засноваат на претпоставката дека не постојат други фактори на ризик од кардиоваскуларно заболување. Во присуство на повеќекратни фактори на ризик, ризикот од кардиоваскуларно заболување може значително да се зголеми. Едно мерење на крвниот притисок не е доволно за една жена да се карактеризира како хипертензивна.</p>					
а) Историја на хипертензија, каде што крвниот притисок НЕ МОЖЕ да се евалуира (вклучувајќи хипертензија во бременоста)	3	3	3	3	<p><b>Појаснување:</b> Се препорачува евалуација на причината и нивото на хипертензија, што е можно побрзо.  <b>Докази:</b> Кај жени што не го измериле крвниот притисок пред употреба на КОК постои зголемен ризик од акутен миокарден инфаркт и мозочен удар (199-203).</p>
б) Адекватно контролирана хипертензија, каде што крвниот притисок МОЖЕ да се евалуира	3	3	3	3	<p><b>Појаснување:</b> Споредено со нетретирани жени, кај жените што се адекватно третирани за хипертензија има намален ризик од акутен миокарден инфаркт и мозочен удар. Иако не постојат податоци, кај корисниците на КОК, Ф, П или КИК со адекватно контролирана и следена хипертензија треба да има намален ризик од акутен миокарден инфаркт и мозочен удар, споредено со нетретирани хипертензивни корисници на КОК, Ф, П или КИК.  <b>Докази:</b> Кај жените со хипертензија, корисниците на КОК постои зголемен ризик од мозочен удар, акутен миокарден инфаркт и периферална васкуларна болест, споредено со лицата што не се корисници (174; 176; 183-185; 187; 199-24). Прекинатото користење КОК кај жени со хипертензија може да ја подобри контролата на крвниот притисок (215).</p>
в) Покачен крвен притисок (соодветни мерења)					
(i) систолен 140-159 или дијастолен 90-99 mm Hg	3	3	3	3	
(ii) систолен ≥ 160 или дијастолен ≥ 100 mm Hg	4	4	4	4	
г) Васкуларно заболување	4	4	4	4	
<b>ИСТОРИЈА НА ВИСОК КРВЕН ПРИТИСОК ЗА ВРЕМЕ НА БРЕМЕНОСТА</b> (каде што актуелниот крвен притисок е мерлив и нормален)	2	2	2	2	<p><b>Докази:</b> Кај жените што имаат историја на висок крвен притисок за време на бременоста, а користат и КОК, постои зголемен ризик од миокарден инфаркт и венска тромбоемболија, споредено со корисниците на КОК што немаат историја на висок крвен притисок за време на бременоста. Апсолутниот ризик од акутен миокарден инфаркт и венска тромбоемболија кај оваа популација остана мал (185; 201-203; 205; 216-221).</p>
<p><b>ДЛАБОКА ВЕНСКА ТРОМБОЗА (ДВТ)/ ПУЛМОНАЛНА ЕМБОЛИЈА (ПЕ)*</b></p>					
а) Историја на ДВТ/ПЕ	4	4	4	4	
б) Акутна форма на ДВТ/ПЕ	4	4	4	4	
в) ДВТ/ПЕ и утврдена на антикоагулантна терапија	4	4	4	4	
г) Семејна историја (роднини од прво колено)	2	2	2	2	
д) Поголем хируршки зафат					
(i) со пролонгирана имобилизација	4	4	4	4	
(ii) без пролонгирана имобилизација	2	2	2	2	
ф) Помал хируршки зафат без имобилизација	1	1	1	1	

КОК, Ф, П и КИК не заштитуваат од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА З = започнување, П = продолжување				ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ
	КОК	Ф	П	КИК	
<p><b>КОК</b> = комбинирани орални контрацептиви <b>Ф</b> = комбиниран контрацептивен фластер  <b>П</b> = комбиниран контрацептивен вагинален прстен <b>КИК</b> = комбинирани инјекциони контрацептиви</p>					
<b>ПОЗНАТИ ТРОМБОГЕНИ МУТАЦИИ</b> (на пр., фактор V Leiden, протромбинска мутација; протеин S, протеин C, и недостатоци на антифосфолипидни антитела)	4	4	4	4	<b>Појаснување:</b> Рутинскиот скрининг не е најпогоден поради реткоста на болеста и високите трошоци за скринингот. <b>Докази:</b> Кај жените со тромбогени мутации, корисниците на КОК имаат од два до дваесет пати поголем ризик од тромбоза за разлика од оние што не се корисници (191; 221-244).
<b>ПОВРШНА ВЕНСКА ТРОМБОЗА</b>					
а) Варикозни вени	1	1	1	1	
б) Површински тромбофлебит	2	2	2	2	
<b>ТЕКОВНА И МИНАТА ИСХЕМИЧНА СРЦЕВА БОЛЕСТ</b>	4	4	4	4	
<b>МОЗОЧЕН УДАР</b> (Историја на цереброваскуларен инсулт)	4	4	4	4	
<b>ПОЗНАТИ ХИПЕРЛИПИДЕМИИ</b>	2/3	2/3	2/3	2/3	<b>Појаснување:</b> Рутинскиот скрининг не е најпогоден поради реткоста на болеста и високите трошоци за скринингот. Иако некои типови хиперлипидемии претставуваат фактори на ризик од васкуларно заболување, категоријата треба да се процени според типот, сериозноста и присуството на други кардиоваскуларни фактори на ризик.
<b>ВАЛВУЛАРНА СРЦЕВА БОЛЕСТ*</b>					
а) Некомплицирана	2	2	2	2	
б) Комплицирана (пулмонална хипертензија, ризик од атријална фибрилација, историја на субакутен бактериски ендокардит)	4	4	4	4	
<b>РЕВМАТИЧНИ ЗАБОЛУВАЊА</b>					
<b>СИСТЕМСКИ ЛУПУС ЕРИТОМАТОЗУС (СЛЕ)</b>					
<p>Кај луѓето со СЛЕ постои зголемен ризик од исхемична срцева болест, мозочен удар и од венска тромбоемболија. Категориите што се даваат за таквите состојби во <i>Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви</i> треба да се исти и за жените со СЛЕ кај коишто се јавуваат овие состојби. За сите категории на СЛЕ, класификацијата се заснова на претпоставката дека не постојат други фактори на ризик од кардиоваскуларно заболување; овие класификации мора да се изменат ако се појават такви фактори на ризик. Достапните докази посочуваат дека многу жени со СЛЕ може да се сметаат за добри кандидати за повеќето контрацептивни методи, вклучувајќи и хормонска контрацепција (245-263).</p>					
а) Позитивни (или непознати) антифосфолипидни антитела	4	4	4	4	<b>Докази:</b> Антифосфолипидните антитела се поврзуваат со поголем ризик од артериска и венска тромбоза (264-266).
б) Тешка тромбоцитопенија	2	2	2	2	
в) Имуносупресивна терапија	2	2	2	2	
г) Ниедно од горенаведените	2	2	2	2	

КОК, Ф, П и КИК не заштитуваат од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА З = започнување, П = продолжување				ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ				
	КОК	Ф	П	КИК					
<p><b>КОК</b> = комбинирани орални контрацептиви <b>Ф</b> = комбиниран контрацептивен фластер  <b>П</b> = комбиниран контрацептивен вагинален прстен <b>КИК</b> = комбинирани инјекциони контрацептиви</p>									
<b>НЕВРОЛОШКИ СОСТОЈБИ</b>									
<b>ГЛАВОБОЛКИ*</b>	I	C	I	C	I	C	I	C	<p><b>Појаснување:</b> Класификацијата зависи од правилна дијагноза на тешките главоболки односно што се мигренозни, а што не се. Треба да се евалуира секоја нова главоболка или забележана промена.  <b>Докази:</b> Кај жените со мигрена со аура постои поголем ризик од мозочен удар споредено со оние без аура (267-269). Кај жените со историја на мигрена што користат КОК веројатноста за исхемичен мозочен удар е од два до четири пати поголема за разлика од тие што имаат историја на мигрена, но не користат КОК (174; 189; 210; 211; 268-273).</p>
а) Немигренозна (блага или тешка)	1	2	1	2	1	2	1	2	
б) Мигрена									
(i) без аура									
<i>Возраст &lt; 35 години</i>	2	3	2	3	2	3	2	3	
<i>Возраст ≥ 35 години</i>	3	4	3	4	3	4	3	4	
(ii) со аура, на која било возраст	4	4	4	4	4	4	4	4	
<b>ЕПИЛЕПСИЈА</b>	1		1		1		1		<p><b>Појаснување:</b> Ако жената прима антиконвулзиви, погледнете го делот за интеракции на лекови. Одредени антиконвулзиви го намалуваат дејството на КОК. Останува нејасно до кој степен употребата на Ф, П или КИК во овој поглед е слична со употребата на КОК.</p>
<b>ДЕПРЕСИВНИ РАСТРОЈСТВА</b>									
<b>ДЕПРЕСИВНИ РАСТРОЈСТВА</b>	1		1		1		1		<p><b>Појаснување:</b> Појаснувањето се заснова на податоци за жени со селектирани депресивни растројства. Не беа достапни податоци за биполарно растројство или за постпартална депресија. Постои можност за интеракции на лекови помеѓу одредени антидепресиви и хормонски контрацептиви.  <b>Докази:</b> Употребата на КОК не ги зголеми депресивните симптоми кај жени со оваа болест, споредено со лица со основни симптоми или со тие што не се корисници (274-283).</p>
<b>ИНФЕКЦИИ И ЗАБОЛУВАЊА НА РЕПРОДУКТИВНИОТ ТРАКТ</b>									
<b>ВАГИНАЛНИ КРВАРЕЊА*</b>									<p><b>Појаснување:</b> Невообичаено тешките крварења би требало да индицираат сериозна здравствена состојба.  <b>Докази:</b> Ревизијата на Кокрејновата колаборација (Cochrane Collaboration) пронајде една рандомизирана контролирана студија која ја евалуирала ефективност на КОК споредена со напроксен и даназол во лекувањето на жени со менорагија. Жените со менорагија не пријавиле влошување на состојбата или некакви несакани појави поврзани со употребата на КОК (284).</p>
а) Ирегуларни необилни крварења	1		1		1		1		
б) Обилни или пролонгирани крварења (вклучително регуларни и ирегуларни)	1		1		1		1		

КОК, Ф, П и КИК не заштитуваат од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА З = започнување, П = продолжување				ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ
	КОК	Ф	П	КИК	
<p><b>КОК</b> = комбинирани орални контрацептиви <b>Ф</b> = комбиниран контрацептивен фластер  <b>П</b> = комбиниран контрацептивен вагинален прстен <b>КИК</b> = комбинирани инјекциони контрацептиви</p>					
<p><b>НЕОБЈАСНЕТО ВАГИНАЛНО КРВАРЕЊЕ*</b> (индикативно за сериозна здравствена состојба) Пред евалуација</p>	2	2	2	2	<p><b>Појаснување:</b> Ако постои сомнеж за бременост или патолошка состојба (како малигнитет), потребна е евалуација, а потоа и приспособување на категоријата.</p>
<b>ЕНДОМЕТРИОЗА</b>	1	1	1	1	<p><b>Појаснување:</b> Ревизијата на Кокрејновата колаборација утврди една рандомизирана контролирана студија со којшто се оценува ефективност на КОК споредена со ефективност на аналозите на гонадотропин-ослободувачки хормон (GnRH-a) при лекување на симптомите на ендометриоза. Жените со ендометриоза не пријавиле влошување на состојбата или несакани настани поврзани со употребата на КОК (285).</p>
<b>БЕНИГНИ ТУМОРИ НА ЈАЈНИЦИТЕ</b> (вклучително и цисти)	1	1	1	1	
<b>ТЕШКА ДИСМЕНОРЕЈА</b>	1	1	1	1	<p><b>Докази:</b> Немаше зголемен ризик од нуспојави поради употребата на КОК кај жени со дисменореја, споредено со жени што не користат КОК. Некои корисници на КОК имаа намалени болки и крварења (286; 287).</p>
<b>ГЕСТАЦИСКА ТРОФОБЛАСТНА БОЛЕСТ</b>					
а) Опаѓачко или незабележливо ниво на $\beta$ -hCG	1	1	1	1	<p><b>Докази:</b> По евакуацијата на моларна бременост, доказите укажаа дека употребата на КОК не го зголемува ризикот од постмоларна трофобластна болест, додека кај некои корисници на КОК имаше побрза регресија на нивото на hCG споредено со тие што не се корисници (288-295). Ограничените докази посочуваат дека употребата на КОК за време на хемотерапија не влијае значително врз регресијата или лекувањето на постмоларна трофобластна болест споредено со жени што користеа нехормонски метод на контрацепција или ДМПА во текот на хемотерапија (296).</p>
б) Континуирано зголемени нивоа на $\beta$ -hCG или малигна болест	1	1	1	1	
<b>ЕКТРОПИЈА НА ЦЕРВИКС*</b>	1	1	1	1	
<b>ЦЕРВИКАЛНА ИНТРАЕПИТЕЛИЈАЛНА НЕОПЛАЗИЈА (ЦИН)</b>	2	2	2	2	<p><b>Докази:</b> Кај жените со постојана инфекција на Хуман папиломавирус (ХПВ), долготрајната употреба на КОК (<math>\geq 5</math> години) може да го зголеми ризикот од карцином ин ситу и инвазивен карцином (30; 297). Според ограничените докази за жени со сквамозни интраепителијални лезии од низок степен, употребата на вагинален прстен не ја влошува состојбата (30).</p>
<b>ЦЕРВИКАЛЕН КАРЦИНОМ*</b> (се чека лекување)	2	2	2	2	

КОК, Ф, П и КИК не заштитуваат од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА				ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ
	З = започнување, П = продолжување				
	КОК	Ф	П	КИК	
<p><b>КОК</b> = комбинирани орални контрацептиви <b>Ф</b> = комбиниран контрацептивен фластер  <b>П</b> = комбиниран контрацептивен вагинален прстен <b>КИК</b> = комбинирани инјекциони контрацептиви</p>					
<b>БОЛЕСТ НА ДОЈКИТЕ*</b>					
а) Недијагностицирана маса	2	2	2	2	<p><b>Појаснување:</b> Евалуација треба да се спроведе што е можно порано.</p> <p><b>Докази:</b> Жени со гени склони кон карцином на дојката (како <i>BRCA1</i> и <i>BRCA2</i>) имаат повисок основен ризик од карцином на дојката отколку жените без овие гени. Основниот ризик од карцином на дојката исто така е повисок и кај жени со семејна историја на карцином на дојка отколку кај жени без неа. Но, актуелните докази не покажуваат дека употребата на комбинирана орална контрацепција влијае врз зголемување на ризикот од карцином на дојката кај жени со семејна историја на ваков карцином или со гени склони кон карцином на дојката (298-321).</p>
б) Бенигно заболување на дојките	1	1	1	1	
в) Семејна историја на карцином	1	1	1	1	
г) Карцином на дојката					
(i) тековен	4	4	4	4	
(ii) Излекуван и без докази за заболување во период од 5 години	3	3	3	3	
<b>ЕНДОМЕТРИЈАЛЕН КАРЦИНОМ*</b>	1	1	1	1	
<b>КАРЦИНОМ НА ЈАЈНИЦИТЕ*</b>	1	1	1	1	
<b>ЛЕИОМИОМ НА УТЕРУСОТ*</b>					
а) Без искривувања на утерусната празнина	1	1	1	1	
б) Со искривувања на утерусната празнина	1	1	1	1	
<b>ПЕЛВИЧНА ИНФЛАМАТОРНА БОЛЕСТ (ПИБ)</b>					
а) Мината ПИБ (под претпоставка дека нема тековни фактори на ризик од СПИ)					
(i) со последователна бременост	1	1	1	1	
(ii) без последователна бременост	1	1	1	1	
б) ПИБ – тековна	1	1	1	1	

КОК, Ф, П и КИК не заштитуваат од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА З = започнување, П = продолжување				ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ
	КОК	Ф	П	КИК	
<p><b>КОК</b> = комбинирани орални контрацептиви <b>Ф</b> = комбиниран контрацептивен фластер  <b>П</b> = комбиниран контрацептивен вагинален прстен <b>КИК</b> = комбинирани инјекциони контрацептиви</p>					
<b>СПИ</b>					
а) Пурулентен цервицит или инфекција со хламидија или гонореја	1	1	1	1	<p><b>Докази:</b> Доказите покажуваат дека кај корисниците на КОК со висок ризик од СПИ, може да има зголемен ризик од хламидијален цервицит. За други СПИ, не постојат докази за поврзаност помеѓу употребата на КОК и заразата со СПИ или пак доказите се премногу ограничени за да се изведе некаков заклучок (317-397).</p>
б) Други СПИ (без ХИВ и хепатит)	1	1	1	1	
в) Вагинит (вклучувајќи вагинална трихомонијаза и бактериска вагиноза)	1	1	1	1	
г) Зголемен ризик од СПИ	1	1	1	1	
<b>ХИВ/СИДА</b>					
<b>ВИСОК РИЗИК ОД ХИВ</b>	1	1	1	1	<p><b>Докази:</b> Доказите не укажуваат на поврзаност помеѓу употребата на орална контрацепција и заразата со ХИВ, иако испитувањата спроведени кај високоризични популации не дадоа сигурни заклучоци (398-436).</p>
<b>ЗАРАЗЕНИ СО ХИВ</b>	1	1	1	1	<p><b>Докази:</b> Повеќето испитувања не укажуваат на зголемен ризик од напредување на заболувањето од ХИВ со употребата на хормонска контрацепција, измерено преку промените во бројот на клетките CD4, титарот или преживувањето на вирусот. Испитувањата во коишто се посочува дека кај жените со ХИВ што користат хормонска контрацепција постои зголемен ризик од зараза со СПИ, главно се доследни со согледувањата за незаразени жени. Едно директно испитување не утврди поврзаност помеѓу употребата на хормонска контрацепција и зголемен ризик од пренесување ХИВ на незаразените партнери; Неколку индиректни испитувања изнесоа неусогласени резултати околу тоа дали постои врска помеѓу хормонската контрацепција и зголемениот ризик од гениталниот тракт да се ослободи HIV-1 DNA или RNA (437-454).</p>
<b>СИДА</b>	1	1	1	1	<p><b>Појаснување:</b> Поради можноста за интеракции на лекови помеѓу хормонската контрацепција и антиретровирусната терапија, погледнете го делот за интеракции на лекови.</p>
<b>ДРУГИ ИНФЕКЦИИ</b>					
<b>ШИСТОЗОМИЈАЗА</b>					
а) Некомплицирана	1	1	1	1	<p><b>Докази:</b> Кај жените со некомплицирана шистозомијаза, употребата на КОК немаше негативно влијание врз функцијата на црниот дроб (455-461).</p>
б) Фиброза на црниот дроб (ако е тешка, види цироза)	1	1	1	1	

КОК, Ф, П и КИК не заштитуваат од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА З = започнување, П = продолжување				ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ
	КОК	Ф	П	КИК	
<p><b>КОК</b> = комбинирани орални контрацептиви <b>Ф</b> = комбиниран контрацептивен фластер  <b>П</b> = комбиниран контрацептивен вагинален прстен <b>КИК</b> = комбинирани инјекциони контрацептиви</p>					
<b>ТУБЕРКУЛОЗА</b>					
а) Непелвична	1	1	1	1	<b>Појаснување:</b> Ако жената зема рифампицин, погледнете го делот за интеракции на лекови. Рифампицилот може да го намали дејството на КОК. Останува нејасно до кој степен употребата на Ф и П е слична со употребата на КОК.
б) Пелвична	1	1	1	1	
<b>МАЛАРИЈА</b>					
<b>ЕНДОКРИНИ СОСТОЈБИ</b>					
<b>ДИЈАБЕТЕС</b>					
а) Анамнеза за гестациски дијабет	1	1	1	1	<b>Докази:</b> Користењето КОК не предизвикува зголемен развој на инсулински независен дијабетес кај жени со историја на гестациски дијабетес (462-469). Изгледа дека употребата на КОК не влијае врз нивото на липиди (470-472).
б) Заболување без васкуларни промени					
(i) инсулин независен дијабетес	2	2	2	2	<b>Докази:</b> Кај жените со инсулински зависен или независен дијабетес употребата на КОК имаше ограничено влијание врз дневната потреба од инсулин и немаше никакво влијание врз долгорочната контрола на дијабетесот (на пр., нивото на хемоглобинот A <sub>1c</sub> ) или развој на ретинопатија. Имаше ограничени промени на липидниот профил и на хемостатичните маркери, кои останаа во нормалните вредности (473-482).
(ii) инсулин зависен дијабетес	2	2	2	2	
в) Нефропатија / ретинопатија / невропатија	3/4	3/4	3/4	3/4	<b>Појаснување:</b> Категоријата треба да се оценува според сериозноста на здравствената состојба.
г) Друго васкуларно заболување или дијабетес што трае > 20 години	3/4	3/4	3/4	3/4	<b>Појаснување:</b> Категоријата треба да се оценува според сериозноста на здравствената состојба.
<b>ТИРОИДНИ ЗАБОЛУВАЊА</b>					
а) Гушавост	1	1	1	1	
б) Хипертироидизам	1	1	1	1	
в) Хипотирозидизам	1	1	1	1	
<b>ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНИ ЗАБОЛУВАЊА</b>					
<b>ЗАБОЛУВАЊЕ НА ЖОЛЧНОТО КЕСЕ*</b>					
а) Симптоматско					
(i) лекувано со холецистектомија	2	2	2	2	
(ii) лекувано со лекаства	3	3	3	2	
(iii) Асимптоматско	3	3	3	2	
б) Асимптоматско	2	2	2	2	
<b>АНАМНЕЗА ЗА ХОЛЕСТАЗА*</b>					
а) Поврзана со бременост	2	2	2	2	
б) Поврзана со мината употреба на КОК	3	3	3	2	

КОК, Ф, П и КИК не заштитуваат од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА З = започнување, П = продолжување								ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ
	КОК		Ф		П		КИК		
<p><b>КОК</b> = комбинирани орални контрацептиви <b>Ф</b> = комбиниран контрацептивен фластер  <b>П</b> = комбиниран контрацептивен вагинален прстен <b>КИК</b> = комбинирани инјекциони контрацептиви</p>									
<b>ВИРУСЕН ХЕПАТИТИС</b>	З	П	З	П	З	П	З	П	
а) Акутна состојба или состојба на максимум на болеста	3/4	2	3/4	2	3/4	2	3	2	<b>Појаснување:</b> Категоријата треба да се оценува според сериозноста на здравствената состојба.
б) Носител	1	1	1	1	1	1	1	1	<b>Докази:</b> Доказите покажуваат дека кај жени со хроничен хепатитис, употребата на КОК не го зголемува интензитетот на цирозната фиброза, ниту пак го зголемува ризикот од хепатоцелуларен карцином (483; 484). Кај жените-носители, употребата на КОК не предизвикува хепатална инсуфициенција или тешка дисфункција (485-487). Постојат ограничени докази околу употребата на КОК при активен хепатитис (488; 489)
в) Хроничен	1	1	1	1	1	1	1	1	
<b>ЦИРОЗА</b>									
а) Блага (компензирана)		1		1		1		1	
б) Тешка (декомпензирана)		4		4		4		3	
<b>ТУМОРИ НА ЦРНИОТ ДРОБ*</b>									
а) Бенигни									<b>Докази:</b> Постојат ограничени и директни докази дека употребата на КОК не влијае врз прогресијата или регресијата на хепаталните лезии кај жени со фокална нодуларна хиперплазија (490-492).
(i) Фокална нодуларна хиперплазија		2		2		2		2	
(ii) Hepatocellular adenoma		4		4		4		3	
б) Малигни (хепатоми)		4		4		4		3/4	
<b>АНЕМИИ</b>									
<b>ТАЛАСЕМИЈА*</b>		1		1		1		1	
<b>СРПЕСТА АНЕМИЈА</b>		2		2		2		2	
<b>АНЕМИЈА СО ДЕФИЦИТ НА ЖЕЛЕЗО</b>		1		1		1		1	
<b>ИНТЕРАКЦИИ НА ЛЕКОВИ</b>									
<b>АНТИРЕТРОВИРУСНА ТЕРАПИЈА</b>									<b>Појаснување:</b> Антиретровирусните лекови можат да го намалат или да ја зголемат биодостапноста на стероидните хормони кај хормонските контрацептиви. Ограничените податоци (сумирани во Анекс 1) укажуваат на потенцијални интеракции на лекови помеѓу многу антиретровирусни лекови (особено некои NNRTI и протеазни инхибитори зајакнати со ритонавир) и хормонски контрацептиви. Ваквите интеракции може да ги намалат безбедноста и дејството на хормонската контрацепција и на антиретровирусниот лек. Оттука, ако една жена на антиретровирусна терапија реши да започне или да продолжи со употреба на хормонска контрацепција, се препорачува доследно користење кондоми. Ова е за да се спречи пренесување ХИВ и да се надомести за можното намалено дејство на хормонската контрацепција. Кога се избира КОК, треба да се зема лек што содржи најмалку 30 µg етинилестрадиол (ЕЕ).
а) Нуклеозидни инхибитори на реверзна транскриптаза (NRTIs)		1		1		1		1	
б) Ненуклеозидни инхибитори на реверзна транскриптаза (NNRTIs)		2		2		2		2	
в) Протеазни инхибитори зајакнати со ритонавир		3		3		3		3	



КОК, Ф, П и КИК не заштитуваат од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА				ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ
	3 = започнување, П = продолжување				
	КОК	Ф	П	КИК	
<p><b>КОК</b> = комбинирани орални контрацептиви <b>Ф</b> = комбиниран контрацептивен фластер  <b>П</b> = комбиниран контрацептивен вагинален прстен <b>КИК</b> = комбинирани инјекциони контрацептиви</p>					
<b>АНТИКОНВУЛЗИВНА ТЕРАПИЈА</b>					
а) Одредени антиконвулзиви (фенитоин, карбамазепин, барбитурати, примодон, топирамат, окскарбазепин)	3	3	3	2	<p><b>Појаснување:</b> Иако интеракцијата на некои антиконвулзиви со КОК, Ф или П не им штети на жените, таа може да ја намали ефективоста на КОК, Ф или П. Употребата на контрацепција треба да се поттикнува кај жени што долго употребуваат некој од овие лекови. Кога се избира КОК, треба да се даде лек што содржи најмалку 30 µg етинилестрадиол (ЕЕ).</p> <p><b>Докази:</b> Употребата на одредени антиконвулзиви може да ја намали ефективоста на КОК (493-496).</p>
б) Ламотригин	3	3	3	3	<p><b>Појаснување:</b> Препораката за ламотригин не важи кога тој се зема во комбинација со други лекови што силно го инхибираат неговиот метаболизам (како натриум валпроат) или пак го индуцираат (како карбамазепин), бидејќи во овие случаи мала е веројатноста за умерено дејство на комбинираната контрацепција.</p> <p><b>Докази:</b> Фармакогените испитувања покажуваат значително намалени нивоа на ламотригин при употреба на КОК и значително зголемени нивоа за време на интервалот без контрацепција. (497-501) Во една студија, некои жени што употребуваа КОК и ламотригин имаа зачестени напади (497).</p>
<b>АНТИМИКРОБНА ТЕРАПИЈА</b>					
а) Антибиотици со широк спектар	1	1	1	1	<p><b>Докази:</b> Повеќето антибиотици со широк спектар не влијаат врз контрацептивното дејство на КОК (502-538), Ф (539) и П (540).</p>
б) Антимикотици	1	1	1	1	<p><b>Докази:</b> Испитувањата на антимикотични агенси не покажаа клинички значителни фармакогени интеракции со КОК (541-550) или П (551).</p>
в) Антипаразитици	1	1	1	1	<p><b>Докази:</b> Испитувањата на антимикотични агенси не покажаа клинички значителни фармакогени интеракции со КОК (455; 552-556).</p>
г) Терапија со рифампицин или рифабутин	3	3	3	2	<p><b>Појаснување:</b> Иако за жените не е штетна интеракцијата од терапијата на рифампицин или рифабутин со КОК, Ф, П или КИК, постои веројатност таа да ја намали ефективоста на КОК, Ф, П или КИК. Треба да се поттикнува употребата на други контрацептиви кај жени што долго време користат некој од овие лекови. Кога се избира КОК, треба да се зема лек што содржи најмалку 30 µg етинилестрадиол (ЕЕ).</p> <p><b>Докази:</b> Доказите укажуваат дека рифампицилот го намалува дејството на КОК (557-572). Податоците за рифабутин се ограничени, но влијанието врз метаболизмот на КОК е помало отколку кај рифампицилот, а помалите испитувања не покажаа докази за овулација (559; 566).</p>

## ДОПОЛНИТЕЛНИ КОМЕНТАРИ

### ВОЗРАСТ

**≥ 40 години:** ризикот од кардиоваскуларни заболувања расте со возраста, а може да порасне поради употреба на комбиниран хормонски контрацептив. Во отсуство на други негативни клинички состојби, комбинираните хормонски контрацептиви може да се користат сè до менопаузата.

### ПОСТПАРТУСЕН ПЕРИОД

**< 21 ден:** во теорија, постои причина за загриженост околу поврзаноста помеѓу употребата на комбинирана хормонска контрацепција на три недели по породување и ризикот од тромбоза кај мајката. Коагулација на крвта и фибринолизата се нормализираат за три недели од породувањето.

### ПРЕТХОДНА ЕКТОПИЧНА БРЕМЕННОСТ

Ризикот од идна ектопична бременост расте кај жени што имале ектопична бременост. Комбинираната хормонска контрацепција општо нуди заштита од забременување, вклучително и од ектопична гестација.

### ДЛАБОКА ВЕНСКА ТРОМБОЗА/ПУЛМОНАЛНА ЕМБОЛИЈА Семејна историја на ДВТ/ПЕ (роднини од прво колено):

некои состојби што го зголемуваат ризикот од ДВТ/ПЕ се наследни.

### ПОВРШНА ВЕНСКА ТРОМБОЗА

**Варикозни вени:** варикозните вени не се фактори на ризик од ДВТ/ПЕ.

### ВАЛВУЛАРНО ЗАБОЛУВАЊЕ НА СРЦЕТО

Кај жените со валвуларно заболување на срцето, комбинираната хормонска контрацепција може дополнително да го зголеми ризикот од артериска тромбоза; во најголем ризик се жените со комплицирано валвуларно заболување на срцето.

### ГЛАВОБОЛКИ

Аурата претставува специфичен фокален невролошки симптом. За повеќе информации поврзани со овој и со други дијагностички критериуми, види: Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd edition. *Cephalalgia*. 2004; 24 (Suppl 1):1-150. [http://ihs-classification.org/en/02\\_klassifikatjion](http://ihs-classification.org/en/02_klassifikatjion) (пристапено на 21 август 2009 г.).

### ВАГИНАЛНИ КРВАРЕЊА

Нередовните менструални крварења се вообичаени кај здравите жени.

### НЕОБЈАСНЕТО ВАГИНАЛНО КРВАРЕЊЕ

Не постојат состојби што ќе предизвикаат вагинално крварење коешто ќе се влоши на краток рок поради употребата на комбинирана хормонска контрацепција.

### ЦЕРВИКАЛНА ЕКТРОПИЈА

Цервикалната ектропија не претставува фактор на ризик за цервикален карцином, и нема потреба да се ограничи употребата на комбинирана хормонска контрацепција.

### ЦЕРВИКАЛЕН КАРЦИНОМ (СЕ ЧЕКА ЛЕКУВАЊЕ)

Во теорија, постои загриженост дека употребата на комбинирана хормонска контрацепција може да влијае врз прогнозата на постоечката болест. Додека се чека

лекување, жените може да користат комбинирана хормонска контрацепција. Во принцип, лекувањето на оваа состојба предизвикува стерилитет кај жената.

### БОЛЕСТ НА ДОЈКАТА

Карцином на дојката: карциномот на дојката е хормонски чувствителен тумор, а употребата на комбинирана хормонска контрацепција може да ја влоши прогнозата кај жени со актуелен или неодамнешен карцином на дојката.

### ЕНДОМЕТРИЈАЛЕН КАРЦИНОМ

Употребата на КОК го намалува ризикот од развој на ендометријален карцином. Додека се чека лекување, жените може да користат КОК, КИК, Ф или П. Во принцип, лекувањето на оваа состојба предизвикува стерилитет кај жената.

### КАРЦИНОМ НА ЈАЈНИЦИТЕ

Употребата на КОК го намалува ризикот од развој на карцином на јајниците. Додека се чека лекување, жените може да користат КОК, КИК, Ф или П. Во принцип, лекувањето на оваа состојба предизвикува стерилитет кај жената.

### ЛЕИОМИОМ НА УТЕРУСОТ

Се чини дека КОК не предизвикуваат раст на леиомиом на утерусот, а истото се очекува и од КИК, Ф и П.

### ПЕЛВИЧНА ИНФЛАМАТОРНА БОЛЕСТ (ПИБ)

КОК може да го намали ризикот од ПИБ кај жени со СПИ, но не заштитува од ХИВ или СПИ во долниот генитален тракт. Не се знае дали КИК, Ф или П го намалуваат ризикот од ПИБ кај жени со СПИ, но тие не заштитуваат од ХИВ или СПИ во долниот генитален тракт.

### ЗАБОЛУВАЊЕ НА ЖОЛЧНОТО КЕСЕ

КОК, КИК, Ф или П може да предизвикаат зголемен ризик од заболување на жолчното кесе. Постои загриженост и дека КОК, КИК, Ф или П може да го влошат постоечкото заболување на жолчното кесе. Но, за разлика од КОК, се покажа дека КИК имаат минимално влијание врз функцијата на црниот дроб кај здрави жени и дека тие немаат ефект на прво минување врз црниот дроб.

### ИСТОРИЈА НА ХОЛЕСТАЗА

**Поврзана со бременост:** Историјата на холестаза поврзана со бременост може да предвиди зголемен ризик за развој на холестаза поврзана со КОК.

**Поврзана со мината употреба на КОК:** Историјата на холестаза поврзана со КОК предвидува зголемен ризик со последователна употреба на КОК.

### ТУМОРИ НА ЦРНИОТ ДРОБ

Не постојат докази околу употребата на хормонска контрацепција кај жени со хепатоцелуларни аденоми. Употребата на КОК кај здрави жени се поврзува со развој и раст на хепатоцелуларни аденоми.

### ТАЛАСЕМИЈА

Анегдотичните докази од земји каде што е распространета таласемијата укажуваат дека употребата на КОК не ја влошува состојбата.

### АНЕМИЈА СО ДЕФИЦИТ НА ЖЕЛЕЗО

Употребата на комбинирана хормонска контрацепција може да ја намали загубата на менструална крв.

**КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА**

(1) Aedo AR, et al. Pharmacokinetics and pharmacodynamic investigations with monthly injectable contraceptive preparations. *Contraception*, 1985, 31:453-469.

(2) Fotherby K, et al. A preliminary pharmacological trial of the monthly injectable contraceptive Cycloprovera. *Contraception*, 1982, 25:261-272.

(3) Garza-Flores J, et al. A multicentered pharmacokinetic, pharmacodynamic study of once-a-month injectable contraceptives. I. Different doses of HRP112 and of Depo-Provera. *Contraception*, 1987, 36:441-457.

(4) Garza-Flores J. Pharmacokinetics of once-a-month injectable contraceptives. *Contraception*, 1994, 49:347-359.

(5) Said S, et al. A multicentered phase III comparative study of two hormonal contraceptive preparations given once-a-month by intramuscular injection: I. Contraceptive efficacy and side effects. *Contraception*, 1988, 37:455-466.

(6) Haiba NA, et al. Clinical evaluation of two monthly injectable contraceptives and their effects on some metabolic parameters. *Contraception*, 1989, 39:619-632.

(7) Kessuru EV, et al. A multicentered, two-year, phase III clinical trial of norethisterone enanthate 50 mg plus estradiol valerate 5 mg as a monthly injectable contraceptive. *Contraception*, 1991, 44:589-598.

(8) Meng Y-X, et al. Hemostatic changes in women using a monthly injectable contraceptive for one year. *Contraception*, 1990, 37:1-20.

(9) Abrams LS, Skee D, Natarajan J et al. Multiple-dose pharmacokinetics of a contraceptive patch in healthy women participants. *Contraception*, 2001, 64:287-294.

(10) Audet M-C, Moreau M, Koltun WD et al. Evaluation of contraceptive efficacy and cycle control of a transdermal contraceptive patch vs. an oral contraceptive: a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 285:2347-2354.

(11) Boonyarangkul A, Taneepanichskul S. Comparison of cycle control and side effects between transdermal contraceptive patch and an oral contraceptive in women older than 35 years. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 2007, 90:1715-1719.

(12) Burkman RT. The transdermal contraceptive patch: a new approach to hormonal contraception. *International Journal of Fertility*, 2002, 47:69-76.

(13) Cole JA, Norman H, Doherty M et al. Venous thromboembolism, myocardial infarction, and stroke among transdermal contraceptive system users. *Obstetrics & Gynecology*, 2007, 109:339-346.

(14) Devineni D, Skee D, Vaccaro N et al. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of a transdermal contraceptive patch and an oral contraceptive. *Journal of Clinical Pharmacology*, 2007, 47:497-509.

(15) Dittrich R, Parker L, Rosen JB et al. Transdermal contraception: evaluation of three transdermal norelgestromin/ethinyl estradiol doses in a randomized, multicenter, dose-response study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002, 186:15-20.

(16) Helmerhorst FM, Cronje HS, Hedon B et al. Comparison of efficacy, cycle control, compliance and safety in users of a contraceptive patch vs. an oral contraceptive. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2000, 70:78.

(17) Jick S, Kaye J, Li L et al. Further results on the risk of non-fatal venous thromboembolism in users of the contraceptive transdermal patch compared to users of oral contraceptives containing norgestimate and 35 ug of ethinyl estradiol. *Contraception*, 2007, 76:4-7.

(18) Jick SS, Jick H. Cerebral venous sinus thrombosis in users of four hormonal contraceptives: levonorgestrel-containing oral contraceptives, norgestimate-containing oral contraceptives, desogestrel-containing oral contraceptives and the contraceptive patch. *Contraception*, 2006, 74:290-292.

(19) Jick SS, Kaye J, Russmaann S et al. Risk of nonfatal venous thromboembolism in women using a contraceptive transdermal patch and oral contraceptives containing norgestimate and 35 microg of ethinyl estradiol. *Contraception*, 2006, 73:223-228.

(20) Jick SS, Jick H. The contraceptive patch in relation to ischaemic stroke and acute myocardial infarction. *Pharmacotherapy*, 2007, 27:218-220.

(21) Pierson RA, Archer DF, Moreau M et al. Ortho Evra/Evra versus oral contraceptives: follicular development and ovulation in normal cycles and after an intentional dosing error. *Fertility & Sterility*, 2003, 80:34-42.

(22) Radowicki S, Skorzejska K, Szlendak K. Safety evaluation of a transdermal contraceptive system with an oral contraceptive. *Ginekologia Polska*, 2005, 76:884-889.

(23) Smallwood GH, Meador ML, Lenihan JP et al. Efficacy and safety of a transdermal contraceptive system. *Obstetrics & Gynecology*, 2001, 98:799-805.

(24) Urdl W, Apter D, Alperstein A et al. Contraceptive efficacy, compliance and beyond: factors related to satisfaction with once-weekly transdermal compared with oral contraception. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2005, 121:202-210.

(25) White T, Ozel B, Jain JK et al. Effects of transdermal and oral contraceptives on estrogen-sensitive hepatic proteins. *Contraception*, 2006, 74:293-296.

(26) Zieman M, Guillebaud JG, Weisberg E et al. Contraceptive efficacy and cycle control with the Ortho Evra/Evra transdermal system: the analysis of pooled data. *Fertility & Sterility*, 2002, 77:s13-s18.

(27) van den Heuvel MW, van Bragt AJM, Alnabawy AKM et al. Comparison of ethylestradiol pharmacokinetics in three hormonal contraceptive formulations: the vaginal ring, the transdermal patch and an oral contraceptive. *Contraception*, 2005, 72:168-174.

(28) Ahrendt HJ, Nisand I, Bastianelli C et al. Efficacy, acceptability and tolerability of the combined contraceptive ring, NuvaRing, compared with an oral contraceptive containing 30 microg of ethinyl estradiol and 3 mg of drospirene. *Contraception*, 2006, 74:451-457.

(29) Bjarnadottir RI, Tuppurainen M, Killick SR. Comparison of cycle control with a combined contraceptive vaginal ring and oral levonorgestrel/ethinyl estradiol. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002, 186:389-395.

(30) Dieben T, Roumen FJ, Apter D. Efficacy, cycle control, and user acceptability of a novel combined contraceptive vaginal ring. *Obstetrics & Gynecology*, 2002, 100:585-593.

(31) Duijkers I, Killick SR, Bigrigg A et al. A comparative study on the effects of a contraceptive vaginal ring NuvaRing and an oral contraceptive on carbohydrate metabolism and adrenal and thyroid function. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2004, 9:131-140.

(32) Duijkers I, Klipping C, Verhoeven CH et al. Ovarian function with the contraceptive vaginal ring or an oral contraceptive: a randomized study. *Human Reproduction*, 2004, 19:26682673.

(33) Elkind-Hirsch KE, Darensbourg C, Ogden B et al. Contraceptive vaginal ring use for women has less adverse metabolic effects than an oral contraceptive. *Contraception*, 2007, 76:348-356.

(34) Magnussdottir EM, Bjarnadottir RI, Onundarson PT et al. The contraceptive vaginal ring (NuvaRing) and hemostasis: a comparative study. *Contraception*, 2004, 69:461-467.

(35) Massai R, Makarainen L, Kuukankorpi A et al. The combined contraceptive vaginal ring (NuvaRing) and bone mineral density

- in healthy premenopausal women. *Human Reproduction*, 2005, 20:2764-2768.
- (36) Milsom I, Lette I, Bjertnaes A et al. Effects on cycle control and bodyweight of the combined contraceptive ring, NuvaRing, versus an oral contraceptive containing 30µg ethinyl estradiol and 3 mg drospirenone. *Human Reproduction*, 2006, 21:2304-2311.
- (37) Oddsson K, Leifels-Fischer B, de Melo NR et al. Efficacy and safety of a contraceptive vaginal ring (NuvaRing) compared with a combined oral contraceptive: a 1-year randomized trial. *Contraception*, 2005, 71:176-182.
- (38) Sabatini R, Cagiano R. Comparison profiles of cycle control, side effects and sexual satisfaction of three hormonal contraceptives. *Contraception*, 2006, 74:220-223.
- (39) Timmer CJ, Mulders TM. Pharmacokinetics of etonogestrel and ethinylestradiol released from a combined contraceptive vaginal ring. *Clinical Pharmacokinetics*, 2000, 39:233-242.
- (40) Tuppurainen M, Klimscheffskij R, Venhola M et al. The combined contraceptive vaginal ring (NuvaRing) and lipid metabolism: a comparative study. *Contraception*, 2004, 69:389-394.
- (41) Veres S, Miller L, Burington B. A comparison between the vaginal ring and oral contraceptives. *Obstetrics & Gynecology*, 2004, 104:555-563.
- (42) O'Connell KJ, Osborne LM, Westhoff C. Measured and reported weight change for women using a vaginal contraceptive ring vs. a low-dose oral contraceptive. *Contraception*, 2005, 72:323-327.
- (43) Fine PM, Tryggstad J, Meyers NJ et al. Safety and acceptability with the use of a contraceptive vaginal ring after surgical or medical abortion. *Contraception*, 2007, 75:367-371.
- (44) Beksinska ME, Kleinschmidt I, Smit JA et al. Bone mineral density in adolescents using norethisterone enanthate, depot-medroxyprogesterone acetate or combined oral contraceptives for contraception. *Contraception*, 2007, 75:438-443.
- (45) Cromer BA, Blair JM, Marian JD et al. A prospective comparison of bone density in adolescent girls receiving depot medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), levonorg-estrel (Norplant), or oral contraceptives. *The Journal of Pediatrics*, 1996, 129:671-676.
- (46) Cromer BA, Stager M, Bonny A et al. Depot medroxyproges-terone acetate, oral contraceptives and bone mineral density in a cohort of adolescent girls. *Journal of Adolescent Health*, 2004, 35:434-441.
- (47) Lara-Torre E, Edwards CP, Perlman S et al. Bone mineral density in adolescent females using depot medroxyprogesterone acetate. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 2004, 17:17-21.
- (48) Lloyd T, Taylor DS, Lin HM et al. Oral contraceptive use by teenage women does not affect peak bone mass: a longitudinal study. *Fertility & Sterility*, 2000, 74:734-738.
- (49) Lloyd T, Petit MA, Lin HM et al. Lifestyle factors and the development of bone mass and bone strength in young women. *The Journal of Pediatrics*, 2004, 144:776-782.
- (50) Polatti F, Perotti F, Filippa N et al. Bone mass and long-term monophasic oral contraceptive treatment in young women. *Contraception*, 1995, 51:221-224.
- (51) Wallace LS, Ballard JE. Lifetime physical activity and calcium intake related to bone density in young women. *Journal of Women's Health & Gender-based Medicine*, 2002, 11:389-398.
- (52) Afghani A, Abbott AV, Wiswell RA et al. Bone mineral density in Hispanic women: Role of aerobic capacity, fat-free mass, and adiposity. *International Journal of Sports Medicine*, 2004, 25:384-390.
- (53) Bahamondes L, Juliato CT, Villarreal M et al. Bone mineral density in users of two kinds of once-a-month combined injectable contraceptives. *Contraception*, 2006, 74:259-263.
- (54) Berenson AB, Radecki CM, Grady JJ et al. A prospective, controlled study of the effects of hormonal contraception on bone mineral density. *Obstetrics & Gynecology* 2001, 98:576-582.
- (55) Berenson AB, Breitkopf CR, Grady JJ et al. Effects of hormonal contraception on bone mineral density after 24 months of use. *Obstetrics & Gynecology*, 2004, 103:899-906.
- (56) Burr DB, Yoshikawa T, Teegarden D et al. Exercise and oral contraceptive use suppress the normal age-related increase in bone mass and strength of the femoral neck in women 18-31 years of age. *Bone*, 2000, 27:855-863.
- (57) Castelo-Branco C, Martinez de Osaba MJ, Pons F et al. Effects on bone mass of two oral contraceptives containing ethinylestradiol and cyproterone acetate or desogestrel: results of a 2-year follow-up. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 1998, 3:79-84.
- (58) Cobb KL, Kelsey JL, Sidney S et al. Oral contraceptives and bone mineral density in white and black women in CARDIA. Coronary Risk Development in Young Adults. *Osteoporosis International*, 2002, 13:893-900.
- (59) Collins C, Thomas K, Harding A et al. The effect of oral contraceptives on lumbar bone density in premenopausal women. *The Journal of the Louisiana State Medical Society*, 1988, 140:35-39.
- (60) de Papp AE, Bone HG, Caulfield MP et al. A cross-sectional study of bone turnover markers in healthy premenopausal women. *Bone*, 2007, 40:1222-1230.
- (61) Elgan C, Samsioe G, Dykes AK. Influence of smoking and oral contraceptives on bone mineral density and bone remodelling in young women: a 2-year study. *Contraception*, 2003, 67:439-447.
- (62) Elgan C, Dykes AK, Samsioe G. Bone mineral density changes in young women: a two year study. *Gynecological Endocrinology*, 2004, 19:169-177.
- (63) Endrikat J, Mih E, Dusterberg B et al. A 3-year double-blind, randomized, controlled study on the influence of two oral contraceptives containing either 20 microg or 30 microg ethinylestradiol in combination with levonorgestrel on bone mineral density. *Contraception*, 2004, 69:179-187.
- (64) Fortney JA, Feldblum PJ, Talmage RV et al. Bone mineral density and history of oral contraceptive use. *Journal of Reproductive Medicine*, 1994, 39:105-109.
- (65) Garnero P, Sornay-Rendu E, Delmas PD. Decreased bone turnover in oral contraceptive users. *Bone*, 1995, 16:499-503.
- (66) Goldsmith N, Johnston J. Bone mineral: effects of oral contraceptives, pregnancy, and lactation. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 1975, 57-A:657-668.
- (67) Hall ML, Heavens J, Cullum ID et al. The range of bone density in normal British women. *The British Journal of Radiology*, 1990, 63:266-269.
- (68) Hansen M, Overgaard K, Riis B et al. Potential risk factors for development of postmenopausal osteoporosis - examined over a 12-year period. *Osteoporosis International*, 1991, 1:95-102.
- (69) Hartard M, Bottermann P, Bartenstein P et al. Effects on bone mineral density of low-dosed oral contraceptives compared to and combined with physical activity. *Contraception*, 1997, 55:87-90.
- (70) Hartard M, Kleinmond C, Wiseman M et al. Detrimental effect of oral contraceptives on parameters of bone mass and geometry in a cohort of 248 young women. *Bone*, 2007: 40:444-450.
- (71) Hawker GA, Forsmo S, Cadarette SM et al. Correlates of forearm bone mineral density in young Norwegian women: The Nord-Trondelag health study. *American Journal of Epidemiology*, 2002, 156:418-427.
- (72) Hreshchyshyn MM, Hopkins A, Zylstra S et al. Associations of parity, breast-feeding, and birth control pills with lumbar spine and femoral neck bone densities. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1988, 159:318-322.
- (73) Kandars B, Lindsay R, Dempster D. Determinants of bone mass in young healthy women. In: Christiansen C, Arnaud C, Nordin B, Parfitt A, Peck W, Riggs B, eds. Proceedings of the Copenhagen

- international symposium on osteoporosis. Copenhagen, 1984: 337-339.
- (74) Kleerekoper M, Brienza RS, Schultz LR et al. Oral contraceptive use may protect against low bone mass. Henry Ford Hospital Osteoporosis Cooperative Research Group. *Archives of Internal Medicine*, 1991, 151:1971-1976.
- (75) Kritz-Silverstein D, Barrett-Connor E. Bone mineral density in postmenopausal women as determined by prior oral contraceptive use. *American Journal of Public Health*, 1993, 83:100-102.
- (76) Laitinen K, Valimaki M, Keto P. Bone mineral density measured by dual-energy X-ray absorptiometry in healthy Finnish women. *Calcified Tissue International*, 1991, 48:224-231.
- (77) Lau EM, Lynn H, Woo J et al. Areal and volumetric bone density in Hong Kong Chinese: A comparison with Caucasians living in the United States. *Osteoporosis International*, 2003, 14:583-588.
- (78) Lindsay R, Tohme J, Kanders B. The effect of oral contraceptive use on vertebral bone mass in pre- and post-menopausal women. *Contraception*, 1986, 34:333-340.
- (79) Lloyd T, Buchanan JR, Ursino GR et al. Long-term oral contraceptive use does not affect trabecular bone density. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1989, 160:402-404.
- (80) MacDougall J, Davies MC, Overton CE et al. Bone density in a population of long term oral contraceptive pill users does not differ from that in menstruating women. *The British Journal of Family Planning*, 1999, 25:96-100.
- (81) Mais V, Fruzzetti F, Ajossa S et al. Bone metabolism in young women taking a monophasic pill containing 20 mcg ethinylestradiol: a prospective study. *Contraception*, 1993, 48:445-452.
- (82) Masaryk P, Lunt M, Benevolenskaya L et al. Effects of menstrual history and use of medications on bone mineral density: the EVOS Study. *Calcified Tissue International*, 1998, 63:271-276.
- (83) Mazess RB, Barden HS. Bone density in premenopausal women: effects of age, dietary intake, physical activity, smoking, and birth-control pills. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1991, 53:132-142.
- (84) Melton III LJ, Bryant SC, Warmer HW et al. Influence of breastfeeding and other reproductive factors on bone mass later in life. *Osteoporosis International*, 1993, 3:76-83.
- (85) Murphy S, Khaw KT, Compston JE. Lack of relationship between hip and spine bone mineral density and oral contraceptive use. *European Journal of Clinical Investigation*, 1993, 23:108-111.
- (86) Nappi C, Di Spiezio SA, Acunzo G et al. Effects of a low-dose and ultra-low-dose combined oral contraceptive use on bone turnover and bone mineral density in young fertile women: a prospective controlled randomized study. *Contraception*, 2003, 67:355-359.
- (87) Nappi C, Di Spiezio SA, Greco E et al. Effects of an oral contraceptive containing drospirenone on bone turnover and bone mineral density. *Obstetrics & Gynecology*, 2005, 105:53-60.
- (88) Nelson M, Mayer AB, Rutherford O et al. Calcium intake, physical activity and bone mass in pre-menopausal women. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 1991, 4.
- (89) Ott SM, Scholes D, LaCroix AZ et al. Effects of contraceptive use on bone biochemical markers in young women. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2001, 86:179-185.
- (90) Paoletti AM, Orru M, Lello S et al. Short-term variations in bone remodelling markers of an oral contraception formulation containing 3 mg of drospirenone plus 30 microg of ethinyl estradiol: observational study in young postadolescent women. *Contraception*, 2004, 70:293-298.
- (91) Pasco JA, Kotowicz MA, Henry MJ et al. Oral contraceptives and bone mineral density: A population-based study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2000, 182:265269.
- (92) Perrotti M, Bahamondes L, Petta C et al. Forearm bone density in long-term users of oral combined contraceptives and depot medroxyprogesterone acetate. *Fertility & Sterility*, 2001, 76:469-473.
- (93) Petitti DB, Piaggio G, Mehta S et al. Steroid hormone contraception and bone mineral density: a cross-sectional study in an international population. The WHO Study of Hormonal Contraception and Bone Health. *Obstetrics & Gynecology* 2000, 95:736-744.
- (94) Picard D, Ste-Marie LG, Coutu D et al. Premenopausal bone mineral content relates to height, weight and calcium intake during early adulthood. *Bone and Mineral*, 1988, 4:299-309.
- (95) Prior JC, Kirkland SA, Joseph L et al. Oral contraceptive use and bone mineral density in premenopausal women: cross-sectional, population-based data from the Canadian Multicentre Osteoporosis Study. *Canadian Medical Association Journal*, 2001, 165:1023-1029.
- (96) Recker RR, Davies KM, Hinders SM et al. Bone gain in young adult women. *Journal of the American Medical Association*, 1992, 268:2403-2408.
- (97) Reed SD, Scholes D, LaCroix AZ et al. Longitudinal changes in bone density in relation to oral contraceptive use. *Contraception*, 2003, 68:177-182.
- (98) Rodin A, Chapman M, Fogelman I. Bone density in users of combined oral contraception. Preliminary reports of a pilot study. *British Journal of Family Planning*, 1991, 16.
- (99) Shoepe HA, Snow CM. Oral contraceptive use in young women is associated with lower bone mineral density than that of controls. *Osteoporosis International*, 2005, 16:15381544.
- (100) Stevenson JC, Lees B, Devenport M et al. Determinants of bone density in normal women: Risk factors for future osteoporosis? *British Medical Journal*, 1989, 298:924-928.
- (101) Beksinska M, Smit J, Kleinschmidt I et al. Bone mineral density in women aged 40-49 years using depot-medroxyprogesterone acetate, norethisterone enanthate or combined oral contraceptives for contraception. *Contraception*, 2005, 71:170-175.
- (102) Berning B, van KC, Schutte HE et al. Determinants of lumbar bone mineral density in normal weight, non-smoking women soon after menopause. A study using clinical data and quantitative computed tomography. *Bone and Mineral*, 1993, 21:129-139.
- (103) Forsmo S, Schei B, Langhammer A et al. How do reproductive and lifestyle factors influence bone density in distal and ultradistal radius of early postmenopausal women? The Nord-Trøndelag Health Survey, Norway. *Osteoporosis International*, 2001, 12:222-229.
- (104) Gambacciani M, Spinetti A, Taponeco F et al. Longitudinal evaluation of perimenopausal vertebral bone loss: effects of a low-dose oral contraceptive preparation on bone mineral density and metabolism. *Obstetrics & Gynecology*, 1994, 83:392-396.
- (105) Gambacciani M, Spinetti A, Cappagli B et al. Hormone replacement therapy in perimenopausal women with a low dose oral contraceptive preparation: Effects on bone mineral density and metabolism. *Maturitas*, 1994, 19:125-131.
- (106) Gambacciani M, Cappagli B, Ciaponi M et al. Hormone replacement therapy in perimenopause: effect of a low dose oral contraceptive preparation on bone quantitative ultrasound characteristics. *Menopause*, 1999, 6:43-48.
- (107) Gambacciani M, Ciaponi M, Cappagli B et al. Longitudinal evaluation of perimenopausal femoral bone loss: effects of a low-dose oral contraceptive preparation on bone mineral density and metabolism. *Osteoporosis International*, 2000, 11:544-548.
- (108) Gambacciani M, Cappagli B, Lazzarini V et al. Longitudinal evaluation of perimenopausal bone loss: Effects of different low dose oral contraceptive preparations on bone mineral density. *Maturitas*, 2006, 54:176-180.
- (109) Grainge MJ, Coupland CA, Cliffe SJ et al. Reproductive, menstrual and menopausal factors: Which are associated with bone mineral density in early postmenopausal women? *Osteoporosis International*, 2001, 12:777-787.

- (110) Johnell O, Nilsson BE. Life-style and bone mineral mass in perimenopausal women. *Calcified Tissue International*, 1984, 36:354-356.
- (111) Liu SL, Lebrun CM. Effect of oral contraceptives and hormone replacement therapy on bone mineral density in premenopausal and perimenopausal women: a systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 2006, 40:11-24.
- (112) Progetto Menopausa Italia Study Group. Risk of low bone density in women attending menopause clinics in Italy. *Maturitas*, 2002, 42:105-111.
- (113) Shargil AA. Hormone replacement therapy in perimeno-pausal women with a triphasic contraceptive compound: a three-year prospective study. *International Journal of Fertility*, 1985, 30:18-20.
- (114) Sowers MF, Wallace RB, Lemke JH. Correlates of forearm bone mass among women during maximal bone mineralization. *Preventive Medicine*, 1985, 14.
- (115) Sultana S, Choudhury S, Choudhury SA. Effect of combined oral contraceptives on bone mineral density in pre and post-menopausal women. *Mymensingh Medical Journal*, 2002, 11:12-14.
- (116) Taechakraichana N, Limpaphayom K, Ninlagarn T et al. A randomized trial of oral contraceptive and hormone replacement therapy on bone mineral density and coronary heart disease risk factors in postmenopausal women. *Obstetrics & Gynecology*, 2000, 95:87-94.
- (117) Taechakraichana N, Jaisamrarn U, Panyakhamlerd K et al. Difference in bone acquisition among hormonally treated postmenopausal women with normal and low bone mass. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 2001, 84 Suppl 2:S586-S592.
- (118) Tavani A, La VC, Franceschi S. Oral contraceptives and bone mineral density. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2001, 184:249-250.
- (119) Tuppurainen M, Kroger H, Saarikoski S et al. The effect of previous oral contraceptive use on bone mineral density in perimenopausal women. *Osteoporosis International*, 1994, 4:93-98.
- (120) Volpe A, Amram A, Cagnacci A et al. Biochemical aspects of hormonal contraception: effects on bone metabolism. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 1997, 2:123-126.
- (121) Barad D, Kooperberg C, Wactawski-Wende J et al. Prior oral contraception and postmenopausal fracture: a Women's Health Initiative observational cohort study. *Fertility & Sterility*, 2005, 84:374-383.
- (122) Cobb KL, Bachrach LK, Sowers M et al. The effect of oral contraceptives on bone mass and stress fractures in female runners. *Medicine in Science and Sports Exercise*, 2007, 39:1464-1473.
- (123) Cooper C, Hannaford P, Croft P et al. Oral contraceptive pill use and fractures in women: a prospective study. *Bone*, 1993, 14:41-45.
- (124) Johansson C, Mellstrom D. An earlier fracture as a risk factor for new fracture and its association with smoking and menopausal age in women. *Maturitas*, 1996, 24:97-106.
- (125) La Vecchia C, Tavani A, Gallus S. Oral contraceptives and risk of hip fractures. *Lancet*, 1999, 354:335-336.
- (126) Mallmin H, Ljunghall S, Persson I et al. Risk factors for fractures of the distal forearm: a population-based case-control study. *Osteoporosis International*, 1994, 4:298-304.
- (127) Michaelsson K, Baron JA, Farahmand BY et al. Oral-contraceptive use and risk of hip fracture: a case-control study. *Lancet*, 1999, 353:1481-1484.
- (128) Michaelsson K, Baron JA, Farahmand BY et al. Influence of parity and lactation on hip fracture risk. *American Journal of Epidemiology*, 2001, 153:1166-1172.
- (129) O'Neill TW, Marsden D, Adams JE et al. Risk factors, falls, and fracture of the distal forearm in Manchester, UK. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 1996, 50:288-292.
- (130) O'Neill TW, Silman AJ, Naves DM et al. Influence of hormonal and reproductive factors on the risk of vertebral deformity in European women. European Vertebral Osteoporosis Study Group. *Osteoporosis International*, 1997, 7:72-78.
- (131) Vessey M, Mant J, Painter R. Oral contraception and other factors in relation to hospital referral for fracture. Findings in a large cohort study. *Contraception*, 1998, 57:231-235.
- (132) Vestergaard P, Rejnmark L, Mosekilde L. Oral contraceptive use and risk of fractures. *Contraception*, 2006, 73:571-576.
- (133) Croxatto HB, Diaz S, Peralta O et al. Fertility regulation in nursing women. 4. Long-term influence of a low-dose combined oral-contraceptive initiated at day 30 postpartum upon lactation and infant growth. *Contraception*, 1983, 27:13-25.
- (134) Diaz S, Peralta O, Juez G et al. Fertility regulation in nursing women. 3. Short-term influence of a low-dose combined oral-contraceptive upon lactation and infant growth. *Contraception*, 1983, 27:1-11.
- (135) Gambrell RD. Immediate postpartum oral contraception. *Obstetrics and Gynecology*, 1970, 36:101-106.
- (136) Guiloff E, Ibarrao A, Zanartu J et al. Effect of contraception on lactation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1974, 118:42-45.
- (137) Kaern T. Effect of an oral contraceptive immediately post partum on initiation of lactation. *British Medical Journal*, 1967, 3:644-645.
- (138) Miller GH, Hughes LR. Lactation and genital involution effects of a new low-dose oral contraceptive on breastfeeding mothers and their infants. *Obstetrics and Gynecology*, 1970, 35:44-50.
- (139) Nilsson S, Melbin T, Hofvander Y, Sundelin C, Valentin J, Nygren KG. Long-term follow-up of children breast-fed by women using oral contraceptives. *Contraception*, 1986, 34:443-453.
- (140) Peralta O, Diaz S, Juez G et al. Fertility Regulation in Nursing Women. 5. Long-term influence of a low-dose combined oral-contraceptive initiated at day 90 postpartum upon lactation and infant growth. *Contraception*, 1983, 27:27-38.
- (141) WHO Special Programme of Research Development and Research Training in Human Reproduction. Effects of hormonal contraceptives on milk volume and infant growth. *Contraception*, 1984, 30:505-522.
- (142) World Health Organization Task Force on Oral Contraceptives Special Programme of Research Development and Research Training in Human Reproduction. Effects of hormonal contraceptives on breast milk composition and infant growth. *Studies in Family Planning*, 1988, 19:361-369.
- (143) Heit JA, Kobbervig CE, James AH, Petterson TM, Bailey KR, Melton LJ, III. Trends in the incidence of venous thromboembolism during pregnancy or postpartum: a 30-year population-based study. *Annals of Internal Medicine*, 2005, 143(10):697-706.
- (144) McColl MD, Ramsay JE, Tait RC, Walker ID, McCall F, Conkie JA, et al. Risk factors for pregnancy associated venous thromboembolism. *Journal of Thrombosis & Haemostasis*, 1997, 78:1183-1188.
- (145) Chan LY, Tam WH, Lau TK. Venous thromboembolism in pregnant Chinese women. *Obstetrics & Gynecology*, 2001, 98(3):471-5.
- (146) Gherman RB, Goodwin TM, Leung B, Byrne JD, Hethumumi R, Montoro M. Incidence, clinical characteristics, and timing of objectively diagnosed venous thromboembolism during pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 1999, 94:730-734.
- (147) Haggaz AA, Mirghani OA, Adam I. Venous thromboembolism in pregnancy and the puerperium in Sudanese women. *International Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2003, 83(3):309-310.
- (148) Jacobsen AF, Skjeldestad FE, Sandset PM. Incidence and risk patterns of venous thromboembolism in pregnancy and

- puerperium - a register-based case-control study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2008, 198(2):233-237.
- (149) James KV, Lohr JM, Deshmukh RM, Cranley JJ. Venous thrombotic complications of pregnancy. *Cardiovascular Surgery*, 1996, 4(6):777-782.
- (150) Larsen TB, Sorensen HT, Gislum M, Johnsen SP. Maternal smoking, obesity, and risk of venous thromboembolism during pregnancy and the puerperium: a population-based nested case-control study. *Thrombosis Research*, 2007, 120(4):505-509.
- (151) Lindqvist PG, Torsson J, Almqvist A, Bjorgell O. Postpartum thromboembolism: severe events might be preventable using a new risk score model. *Vascular Health Risk Management*, 2008, 4(5):1081-7.
- (152) Pomp ER, Lenselink AM, Rosendaal FR, Doggen CJ. Pregnancy, the postpartum period and prothrombotic defects: risk of venous thrombosis in the MEGA study. *Journal of Thrombosis & Haemostasis*, 2008 6(4):632-637.
- (153) Ros HS, Lichtenstein P, Bellocco R, Petersson G, Cnattingius S. Increased risks of circulatory diseases in late pregnancy and puerperium. *Epidemiology*, 2001, 12(4):456-460.
- (154) Sharma S, Monga D. Venous thromboembolism during pregnancy and the post-partum period: incidence and risk factors in a large Victorian health service. *Australia & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2008, 48(1):44-49.
- (155) Andersen BS, Steffensen FH, Sorensen HT, Nielsen GL, Olsen J. The cumulative incidence of venous thromboembolism during pregnancy and puerperium--an 11 year Danish population-based study of 63,300 pregnancies. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*, 1998, 77(2):170-173.
- (156) Larsen TB, Johnsen SP, Gislum M, Moller AI, Larsen H, Sorensen HT. ABO blood groups and risk of venous thromboembolism during pregnancy and the puerperium. A population-based, nested case-control study. *Journal of Thrombosis & Haemostasis*, 2005, 3:300-304.
- (157) Lindqvist PG, Dahlback B, Marsal K. Thrombotic risk during pregnancy: a population study. *Obstetrics & Gynaecology*, 1999, 94:595-599.
- (158) Heinemann LAJ, Dinger JC. Range of published estimates of venous thromboembolism incidence in young women. *Contraception*, 2007, 75:328-36.
- (159) Lidegaard O, Lokkegaard E, Svendsen AL, Agger C. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: National follow-up study. *British Medical Journal*, 2009, 339(b2890).
- (160) Glasier A, McNeilly AS, Howie PW. Fertility after childbirth: Changes in serum gonadotrophin levels in bottle and breast feeding women. *Clinical Endocrinology*, 1983, 19:493-501.
- (161) Howie PW, McNeilly AS, Houston MJ, Cook A, Boyle H. Fertility after childbirth: Postpartum ovulation and menstruation in bottle and breast feeding mothers. *Clinical Endocrinology*, 1982;17:323-332.
- (162) McNeilly AS, Howie PW, Houston MJ, Cook A, Boyle H. Fertility after childbirth: Adequacy of postpartum luteal phases. *Clinical Endocrinology*, 1982, 17:609-615.
- (163) Campbell OMR, Gray RH. Characteristics and determinants of postpartum ovarian function in women in the United States. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1993, 169:55-60.
- (164) Gray RH, Campbell OMR, Zacur HA, Labbok MH, MacRae SL. Postpartum return of ovarian activity in nonbreastfeeding women monitored by urinary assay. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 1987, 64:645-650.
- (165) Cronin TJ. Influence of lactation upon ovulation. *Lancet*, 1968, 292(7565):422-424.
- (166) Lahteenmaki P. Influence of oral contraceptives on immediate postabortal pituitary-ovarian function. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 1978, 76:1-38.
- (167) Lahteenmaki P, et al. Coagulation factors in women using oral contraceptives or intrauterine contraceptive devices immediately after abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1981, 141:175-179.
- (168) Martin CW, Brown AH, Baird DT. A pilot study of the effect of methotrexate or combined oral contraceptive on bleeding patterns after induction of abortion with mifepristone and a prostaglandin pessary. *Contraception*, 1998, 58:99-103.
- (169) Niswonger JWH, et al. Oral contraceptives during immediate postabortal period. *Obstetrics and Gynecology*, 1968, 32:325-327.
- (170) Peterson WF. Contraceptive therapy following therapeutic abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 1974, 44:853-857.
- (171) Tang OS, et al. A randomized double-blind placebo-controlled study to assess the effect of oral contraceptive pills on the outcome of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Human Reproduction*, 1999, 14:722-725.
- (172) Tang OS, et al. The effect of contraceptive pills on the measured blood loss in medical termination of pregnancy by mifepristone and misoprostol: a randomized placebo controlled trial. *Human Reproduction*, 2002, 17:99-102.
- (173) Gaffield ME, Kapp N, Ravi A. Use of combined oral contraceptives post abortion. *Contraception*, 2009; 80:355-362
- (174) Gillum LA, Mamidipudi SK, Johnston SC. Ischaemic stroke risk with oral contraceptives: a meta-analysis. *Journal of American Medical Association*, 2000, 284:72-78.
- (175) Jick SS, et al. Oral contraceptives and breast cancer. *British Journal of Cancer*, 1989, 59:618-621.
- (176) Khader YS, et al. Oral contraceptive use and the risk of myocardial infarction: a meta-analysis. *Contraception*, 2003, 68:11-17.
- (177) Lawson DH, Davidson JF, Jick H. Oral contraceptive use and venous thromboembolism: absence of an effect of smoking. *British Medical Journal*, 1977, 2:729-730.
- (178) Lidegaard O, Edstrom B, Kreiner S. Oral contraceptives and venous thromboembolism. A case-control study. *Contraception*, 1998, 57:291-301.
- (179) Nightingale AL, et al. The effects of age, body mass index, smoking and general health on the risk of venous thromboembolism in users of combined oral contraceptives. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2000, 5:265-274.
- (180) Petitti D, et al. Risk of vascular disease in women. Smoking, oral contraceptives, noncontraceptive estrogens, and other factors. *Journal of American Medical Association*, 1979, 242:1150-1154.
- (181) Rosenberg L, et al. Low-dose oral contraceptive use and the risk of myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 2001, 161:1065-1070.
- (182) Straneva P, et al. Smoking, oral contraceptives, and cardiovascular reactivity to stress. *Obstetrics & Gynecology*, 2000, 95:78-83.
- (183) Tanis BC, et al. Oral contraceptives and the risk of myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 2001, 345:1787-1793.
- (184) Van den Bosch MA, et al. The RATIO study: oral contraceptives and the risk of peripheral arterial disease in young women. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 2003, 1:439-444.
- (185) WHO. Venous thromboembolic disease and combined oral contraceptives: results of international multicentre case-control study. *Lancet*, 1995, 346:1575-1582.
- (186) Abdollahi M, Cushman M, Rosendaal FR. Obesity: risk of venous thrombosis and the interaction with coagulation factor levels and oral contraceptive use. *Thrombosis & Haemostasis*, 2003, 89:493-498.
- (187) Lidegaard O, Edstrom B, Kreiner S. Oral contraceptives and venous thromboembolism: a five-year national case-control study. *Contraception*, 2002, 65:187-196.
- (188) Pomp ER, le CS, Rosendaal FR et al. Risk of venous thrombosis: obesity and its joint effect with oral contraceptive use and prothrombotic mutations. *British Journal of Haematology*, 2007, 139:289-296.

- (189) Schwartz SM, Petitti DB, Siscovick DS et al. Stroke and use of low-dose oral contraceptives in young women: a pooled analysis of two US studies. *Stroke*, 1998, 29:2277-2284.
- (190) Sidney S, Siscovick DS, Petitti DB et al. Myocardial infarction and use of low-dose oral contraceptives: a pooled analysis of 2 US studies. *Circulation*, 1998, 98:1058-1063.
- (191) Sidney S, Petitti DB, Soff GA et al. Venous thromboembolic disease in users of low-estrogen combined estrogen-pro-gestin oral contraceptives. *Contraception*, 2004, 70:3-10.
- (192) Brunner Huber LR, Hogue CJ, Stein AD et al. Body mass index and risk for oral contraceptive failure: a case-cohort study in South Carolina. *Annals of Epidemiology*, 2006, 16:637-643.
- (193) Brunner Huber LR, Toth JL. Obesity and oral contraceptive failure: findings from the 2002 National Survey of Family Growth. *American Journal of Epidemiology*, 2007, 166:1306-1311.
- (194) Brunner LR, Hogue CJ. The role of body weight in oral contraceptive failure: results from the 1995 national survey of family growth. *Annals of Epidemiology*, 2005, 15:492-499.
- (195) Holt VL, Cushing-Haugen KL, Daling JR. Body weight and risk of oral contraceptive failure. *Obstetrics & Gynecology*, 2002, 99:820-827.
- (196) Holt VL, Scholes D, Wicklund KG et al. Body mass index, weight, and oral contraceptive failure risk. *Obstetrics & Gynecology*, 2005, 105:46-52.
- (197) Vessey M. Oral contraceptive failures and body weight: findings in a large cohort study. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2001, 27:90-91.
- (198) O'Connell KJ, Osborne LM, Westoff C. Measured and reported weight change for women using a vaginal contraceptive ring vs. a low-dose oral contraceptive. *Contraception*, 2005, 72:323-327.
- (199) Heinemann LA, et al. Thromboembolic stroke in young women. A European case-control study on oral contraceptives. *Contraception*, 1998, 57:29-37.
- (200) Lewis MA, et al. The use of oral contraceptives and the occurrence of acute myocardial infarction in young women. Results from the Transnational Study on Oral Contraceptives and the Health of Young Women. *Contraception*, 1997, 56:129-140.
- (201) WHO. Haemorrhagic stroke, overall stroke risk, and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, case-control study. WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Lancet*, 1996, 348:505-510.
- (202) WHO. Ischaemic stroke and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, case-control study. WHO Collaborative Study on Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Lancet*, 1996, 348:498505.
- (203) WHO. Acute myocardial infarction and combined oral contraceptives: results of an international multicentre case-control study. WHO Collaborative Study on Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Lancet*, 1997, 349:1202-1209.
- (204) Collaborative Group for the Study of Stroke in Young Women. Oral contraceptives and stroke in young women: associated risk factors. *Journal of American Medical Association*, 1975, 231:718-722.
- (205) Croft P, Hannaford P. Risk factors for acute myocardial infarction in women: evidence from the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *British Medical Journal*, 1989, 298:165-168.
- (206) D'Avanzo B, et al. Oral contraceptive use and risk of myocardial infarction: an Italian case-control study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1994, 48:324-328.
- (207) Dunn NR, et al. Risk of myocardial infarction in young female smokers. *Heart (British Cardiac Society)*, 1999, 82:581-583.
- (208) Hannaford P, Croft P, Kay CR. Oral contraception and stroke: Evidence from the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *Stroke*, 1994, 25:935-942.
- (209) Kemmeren JM, et al. Risk of Arterial Thrombosis in Relation to Oral Contraceptives (RATIO) study: oral contraceptives and the risk of ischaemic stroke. *Stroke*, 2002, 33:12021208.
- (210) Lidegaard O. Oral contraception and risk of a cerebral thromboembolic attack: results of a case-control study. *British Medical Journal*, 1993, 306:956-963.
- (211) Lidegaard O. Oral contraceptives, pregnancy and the risk of cerebral thromboembolism: the influence of diabetes, hypertension, migraine and previous thrombotic disease. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1995, 102:153-159.
- (212) Lubianca JN, Faccin CS, Fuchs FD. Oral contraceptives: a risk factor for uncontrolled blood pressure among hypertensive women. *Contraception*, 2003, 67:19-24.
- (213) Narkiewicz K, et al. Ambulatory blood pressure in mild hypertensive women taking oral contraceptives. A case-control study. *American Journal of Hypertension*, 1995, 8:249-253.
- (214) Siritho S, et al. Risk of ischaemic stroke among users of the oral contraceptive pill: The Melbourne Risk Factor Study (MERFS) Group. *Stroke*, 2003, 34:1575-1580.
- (215) Lubianca JN, Moreira LB, Gus M et al. Stopping oral contraceptives: an effective blood pressure-lowering intervention in women with hypertension. *Journal of Human Hypertension*, 2005, 19:451-455.
- (216) Aberg H, Karlsson L, Melander S. Studies on toxemia of pregnancy with special reference to blood pressure. II. Results after 6-11 years' follow-up. *Uppsala Journal of Medical Sciences*, 1978, 83:97-102.
- (217) Carmichael SM, Taylor MM, Ayers CR. Oral contraceptives, hypertension, and toxemia. *Obstetrics & Gynecology*, 1970, 35:371-376.
- (218) Meinel H, Ihle R, Laschinski M. [Effect of hormonal contraceptives on blood pressure following pregnancy-induced hypertension]. [German]. *Zentralblatt fur Gynakologie*, 1987, 109:527-531.
- (219) Pritchard JA, Pritchard SA. Blood pressure response to estrogen-progestin oral contraceptive after pregnancy-induced hypertension. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1977, 129:733-739.
- (220) Sibai BM, et al. Maternal-perinatal outcome associated with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets in severe preeclampsia-eclampsia. *Obstetrics & Gynecology*, 1986, 155:501-509.
- (221) Sibai BM, et al. Pregnancies complicated by HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets): subsequent pregnancy outcome and long-term prognosis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1995, 172:125-129.
- (222) Anderson BS, Olsen J, Nielsen GL et al. Third generation oral contraceptives and heritable thrombophilia as risk factors of non-fatal venous thromboembolism. *Thrombosis & Haemostasis*, 1998, 79:28-31.
- (223) Aznar J, Mira Y, Vaya A et al. Factor V Leiden and prothrombin G20210A mutations in young adults with cryptogenic ischaemic stroke. *Thrombosis & Haemostasis*, 2004, 91:1031-1034.
- (224) Bennet L, Odeberg H. Resistance to activated protein C, highly prevalent amongst users of oral contraceptives with venous thromboembolism. *Journal of Internal Medicine*, 1998, 244:27-32.
- (225) Bloemenkamp KW, Rosendaal FR, Helmerhorst FM et al. Enhancement by factor V Leiden mutation of risk of deep-vein thrombosis associated with oral contraceptives containing a third-generation progestagen [comment]. *Lancet*, 1995, 346:1593-1596.
- (226) Bloemenkamp KW, Rosendaal FR, Helmerhorst FM et al. Higher risk of venous thrombosis during early use of oral contraceptives in women with inherited clotting defects [comment]. *Archives of Internal Medicine*, 2000, 160:49-52.
- (227) de Bruijn SF, Stam J, Koopman MM et al. Case-control study of risk of cerebral sinu thrombosis in oral contraceptive users and in [correction of who are] carriers of hereditary prothrombotic



- conditions. The Cerebral Venous Sinus Thrombosis Study Group. *British Medical Journal*, 1998, 316:589-592.
- (228) Emmerich J, Rosendaal FR, Cattaneo M et al. Combined effect of factor V Leiden and prothrombin 20210A on the risk of venous thromboembolism - pooled analysis of 8 case-control studies including 2310 cases and 3204 controls. Study Group for Pooled-Analysis in Venous Thromboembolism. *Thrombosis & Haemostasis*, 2001, 86:809-816.
- (229) Gadelha T, Andre C, Juca AA et al. Prothrombin 20210A and oral contraceptive use as risk factors for cerebral venous thrombosis. *Cerebrovascular Diseases*, 2005, 19:49-52.
- (230) Legnani C, Palareti G, Guazzaloca G et al. Venous thromboembolism in young women: role of thrombophilic mutations and oral contraceptive use. *European Heart Journal*, 2002, 23:984-990.
- (231) Martinelli I, Sacchi E, Landi G et al. High risk of cerebral-vein thrombosis in carriers of a prothrombin-gene mutation and in users of oral contraceptives. [comment]. *New England Journal of Medicine*, 1998, 338:1793-1797.
- (232) Martinelli I, Taioli E, Bucciarelli P et al. Interaction between the G20210A mutation of the prothrombin gene and oral contraceptive use in deep vein thrombosis. *Arteriosclerosis, Thrombosis & Vascular Biology*, 1999, 19:700-703.
- (233) Martinelli I, Battaglioli T, Bucciarelli P et al. Risk factors and recurrence rate of primary deep vein thrombosis of the upper extremities. *Circulation*, 2004, 110:566-570.
- (234) Martinelli I, Battaglia C, Burgo I et al. Oral contraceptive use, thrombophilia and their interaction in young women with ischaemic stroke. *Haematologica*, 2006, 91:844-847.
- (235) Middeldorp S, Meinardi JR, Koopman MM et al. A prospective study of asymptomatic carriers of the factor V Leiden mutation to determine the incidence of venous thromboembolism. [comment]. *Annals of Internal Medicine*, 2001, 135:322-327.
- (236) Pabinger I, Schneider B. Thrombotic risk of women with hereditary antithrombin III-, protein C- and protein S-deficiency taking oral contraceptive medication. The GTH Study Group on Natural Inhibitors. *Thrombosis & Haemostasis*, 1994, 71:548-552.
- (237) Pezzini A, Grassi M, Iacoviello L et al. Inherited thrombophilia and stratification of ischaemic stroke risk among users of oral contraceptives. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 2007, 78:271-276.
- (238) Santamaria A, Mateo J, Oliver A et al. Risk of thrombosis associated with oral contraceptives of women from 97 families with inherited thrombophilia: high risk of thrombosis in carriers of the G20210A mutation of the prothrombin gene. *Haematologica*, 2001, 86:965-971.
- (239) Slooter AJ, Rosendaal FR, Tanis BC et al. Prothrombotic conditions, oral contraceptives, and the risk of ischaemic stroke. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 2005, 3:1213-1217.
- (240) Spannagl M, Heinemann LA, Schramm W. Are factor V Leiden carriers who use oral contraceptives at extreme risk of venous thromboembolism? *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2000, 5:105-112.
- (241) van Boven HH, Vandenbroucke JP, Briet E et al. Gene-gene and gene-environment interactions determine risk of thrombosis in families with inherited antithrombin deficiency. *Blood*, 1999, 94:2590-2594.
- (242) van Vlijmen EF, Brouwer JL, Veeger NJ et al. Oral contraceptives and the absolute risk of venous thromboembolism in women with single or multiple thrombophilic defects: results from a retrospective family cohort study. *Archives of Internal Medicine*, 2007, 167:282-289.
- (243) Vandenbroucke JP, Koster T, Briet E et al. Increased risk of venous thrombosis in oral-contraceptive users who are carriers of factor V Leiden mutation. [comment]. *Lancet*, 1994, 344:1453-1457.
- (244) Vaya AM. Prothrombin G20210A mutation and oral contraceptive use increase upper-extremity deep vein thrombotic risk. *Thrombosis & Haemostasis*, 2003, 89:452-457.
- (245) Bernatsky S, Ramsey-Goldman R, Gordon C et al. Factors associated with abnormal Pap results in systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*, 2004, 43:1386-1389.
- (246) Bernatsky S, Clarke A, Ramsey-Goldman R et al. Hormonal exposures and breast cancer in a sample of women with systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*, 2004, 43:1178-1181.
- (247) Chopra N, Koren S, Greer WL et al. Factor V Leiden, prothrombin gene mutation, and thrombosis risk in patients with antiphospholipid antibodies. *Journal of Rheumatology*, 2002, 29:1683-1688.
- (248) Esdaile JM, Abrahamowicz M, Grodzicky T et al. Traditional Framingham risk factors fail to fully account for accelerated atherosclerosis in systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 2001, 44:2331-2337.
- (249) Julkunen HA. Oral contraceptives in systemic lupus erythematosus: side-effects and influence on the activity of SLE. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 1991, 20:427433.
- (250) Julkunen HA, Kaaja R, Friman C. Contraceptive practice in women with systemic lupus erythematosus. *British Journal of Rheumatology*, 1993, 32:227-230.
- (251) Jungers P, Dougados M, Pelissier C et al. Influence of oral contraceptive therapy on the activity of systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 1982, 25:618-623.
- (252) Manzi S, Meilahn EN, Rairie JE et al. Age-specific incidence rates of myocardial infarction and angina in women with systemic lupus erythematosus: comparison with the Framingham Study. *American Journal of Epidemiology*, 1997, 145:408-415.
- (253) McAlindon T, Giannotta L, Taub N et al. Environmental factors predicting nephritis in systemic lupus erythematosus. *Annals of Rheumatic Diseases*, 1993, 52:720-724.
- (254) McDonald J, Stewart J, Urowitz MB et al. Peripheral vascular disease in patients with systemic lupus erythematosus. *Annals of Rheumatic Diseases*, 1992, 51:56-60.
- (255) Mintz G, Gutierrez G, Deleze M et al. Contraception with progestogens in systemic lupus erythematosus. *Contraception*, 1984, 30:29-38.
- (256) Petri M. Musculoskeletal complications of systemic lupus erythematosus in the Hopkins Lupus Cohort: an update. *Arthritis Care and Research*, 1995, 8:137-145.
- (257) Petri M, Kim MY, Kalunian KC et al. Combined oral contraceptives in women with systemic lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353:2550-2558.
- (258) Petri M. Lupus in Baltimore: evidence-based 'clinical pearls' from the Hopkins Lupus Cohort. *Lupus*, 2005, 14:970-973.
- (259) Sanchez-Guerrero J, Uribe AG, Jimenez-Santana L et al. A trial of contraceptive methods in women with systemic lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353:2539-2549.
- (260) Sarabi ZS, Chang E, Bobba R et al. Incidence rates of arterial and venous thrombosis after diagnosis of systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 2005, 53:609612.
- (261) Schaedel ZE, Dolan G, Powell MC. The use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in the management of menorrhagia in women with hemostatic disorders. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2005, 193:1361-1363.
- (262) Somers E, Magder LS, Petri M. Antiphospholipid antibodies and incidence of venous thrombosis in a cohort of patients with systemic lupus erythematosus. *Journal of Rheumatology*, 2002, 29:2531-2536.
- (263) Urowitz MB, Bookman AA, Koehler BE et al. The bimodal mortality pattern of systemic lupus erythematosus. *American Journal of Medicine*, 1976, 60:221-225.
- (264) Choojitarom K, Veraseritniyom O, Totemchokchayakarn K et al. Lupus nephritis and Raynaud's phenomenon are significant risk factors for vascular thrombosis in SLE patients with positive

- antiphospholipid antibodies. *Clinical Rheumatology*, 2008, 27:345-351.
- (265) Wahl DG, Guillemin F, de Maistre E et al. Risk for venous thrombosis related to antiphospholipid antibodies in systemic lupus erythematosus - a meta-analysis. *Lupus*, 1997, 6:467-473.
- (266) Culwell KR, Curtis KM, del Carmen Cravioto M. Safety of contraceptive method use among women with systemic lupus erythematosus: A systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 2009, 114(2 Pt 1):341-53.
- (267) Carolei A, Marini C, De Matteis G. History of migraine and risk of cerebral ischaemia in young adults. The Italian National Research Council Study Group on Stroke in the Young. *Lancet*, 1996, 347:1503-1506.
- (268) Chang CL, Donaghy M, Poulter N. Migraine and stroke in young women: case-control study. The World Health Organisation Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *British Medical Journal*, 1999, 318:13-18.
- (269) Tzourio C, Tehindrazanarivelo A, Iglesias S et al. Case-control study of migraine and risk of ischaemic stroke in young women. *British Medical Journal*, 1995, 310:830-833.
- (270) Oral contraceptives and stroke in young women. Associated risk factors. *Journal of American Medical Association*, 1975, 231:718-722.
- (271) Etminan M, Takkouche B, Isorna FC et al. Risk of ischaemic stroke in people with migraine: systematic review and meta-analysis of observational studies. *British Medical Journal*, 2005, 330:63.
- (272) Lidegaard O. Oral contraceptives, pregnancy, and the risk of cerebral thromboembolism: the influence of diabetes, hypertension, migraine and previous thrombotic disease. (Letter). *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1996, 103:94.
- (273) Nightingale AL, Farmer RD. Ischaemic stroke in young women: a nested case-control study using the UK General Practice Research Database. *Stroke*, 2004, 35:1574-1578.
- (274) Cromer BA, Smith RD, Blair JM et al. A prospective study of adolescents who choose among levonorgestrel implant (Norplant), medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), or the combined oral contraceptive pill as contraception. *Pediatrics*, 1994, 94 :687-694.
- (275) Deijen JB, Duyn KJ, Jansen WA et al. Use of a monophasic, low-dose oral contraceptive in relation to mental functioning. *Contraception*, 1992, 46 :359-367.
- (276) Duke JM, Sibbritt DW, Young AF. Is there an association between the use of oral contraception and depressive symptoms in young Australian women? *Contraception*, 2007, 75:27-31.
- (277) Gupta N, O'Brien R, Jacobsen LJ et al. Mood changes in adolescents using depo-medroxyprogesterone acetate for contraception: a prospective study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2001, 14:71-76.
- (278) Herzberg BN, Draper KC, Johnson AL et al. Oral contraceptives, depression, and libido. *British Medical Journal*, 1971, 3:495-500.
- (279) Koke SC, Brown EB, Miner CM. Safety and efficacy of fluoxetine in patients who receive oral contraceptive therapy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002, 187:551-555.
- (280) O'Connell K, Davis AR, Kerns J. Oral contraceptives: side effects and depression in adolescent girls. *Contraception*, 2007, 75:299-304.
- (281) Westoff C, Truman C. Depressive symptoms and Depo-Provera. *Contraception*, 1998, 57:237-240.
- (282) Westoff C, Truman C, Kalmuss D et al. Depressive symptoms and Norplant contraceptive implants. *Contraception*, 1998, 57:241-245.
- (283) Young EA, Kornstein SG, Harvey AT et al. Influences of hormone-based contraception on depressive symptoms in premenopausal women with major depression. *Psychoneuroendocrinology*, 2007, 32:843-853.
- (284) Iyer V, Farquhar C, Jepson R. Oral contraceptive pills for heavy menstrual bleeding. [Review] [1 refs]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000, CD000154.
- (285) Davis L, Kennedy SS, Moore J et al. Modern combined oral contraceptives for pain associated with endometriosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, CD001019.
- (286) Hendrix SL, Alexander NJ. Primary dysmenorrhea treatment with a desogestrel-containing low-dose oral contraceptive. *Contraception*, 2002, 66:393-399.
- (287) Proctor ML, Roberts H, Farquhar C. Combined oral contraceptive pill (OCP) as treatment for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001, CD002120.
- (288) Adewole IF, Oladokun A, Fawole AO et al. Fertility regulatory methods and development of complications after evacuation of complete hydatidiform mole. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2000, 20:68-69.
- (289) Berkowitz RS, Goldstein DP, Marean AR et al. Oral contraceptives and post-molar trophoblastic disease. *Obstetrics & Gynecology*, 1981, 58:474-477.
- (290) Curry SL, et al. Hormonal contraception and trophoblastic sequelae after hydatidiform mole (a Gynecologic Oncology Group Study). *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1989, 160:805-809.
- (291) Deicas RE, et al. The role of contraception in the development of postmolar trophoblastic tumour. *Obstetrics & Gynecology*, 1991, 78:221-226.
- (292) Goldberg GL, Cloete K, Bloch B et al. Medroxyprogesterone acetate in non-metastatic gestational trophoblastic disease. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1987, 94:2225.
- (293) Ho Yuen B, Burch P. Relationship of oral contraceptives and the intrauterine contraceptive devices to the regression of concentration of the beta subunit of human chorionic gonadotropin and invasive complications after molar pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1983, 145:214-217.
- (294) Morrow P, Nakamura R, Schlaerth J et al. The influence of oral contraceptives on the postmolar human chorionic gonadotropin regression curve. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1985, 151:906-914.
- (295) Gaffield ME, Kapp K, Curtis KM. Combined oral contraceptive and intrauterine device use among women with gestational trophoblastic disease. *Contraception*, 2009; 80:363-371.
- (296) Eddy GL, Schlaerth JB, Natlick RH et al. Postmolar trophoblastic disease in women using hormonal contraception with and without estrogen. *Obstetrics & Gynecology*, 1983, 62:736-740.
- (297) Smith JS. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet*, 2003, 361:1159-1167.
- (298) Black MM, Barclay THC, Polednak A et al. Family history, oral contraceptive usage, and breast cancer. *Cancer*, 1983, 51:2147-2151.
- (299) Brinton LA, Hoover R, Szklo M et al. Oral contraceptives and breast cancer. *International Journal of Epidemiology*, 1982, 11:316-322.
- (300) Brohet RM, Goldgar DE, Easton DF et al. Oral contraceptives and breast cancer risk in the International BRCA1/2 Carrier Cohort Study: A report from EMBRACE, GENEPSO, GEO-HE-BON, and the IBCCS Collaborating Group. *Journal of Clinical Oncology*, 2007, 25 :3831-3836.
- (301) Claus EB, Stowe M, Carter D. Oral contraceptives and the risk of ductal breast carcinoma in situ. *Breast Cancer Research and Treatment*, 2003, 81:129-136.
- (302) Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58 209 women with breast cancer and 101 986 women without the disease. *Lancet*, 2001, 358:1389-1399.
- (303) Grabrick DM, Hartmann LC, Cerhan JR et al. Risk of breast cancer with oral contraceptive use in women with a family history of breast cancer [comment]. *Journal of the American Medical Association*

- Association, 2000, 284:1791-1798.
- (304) Gronwald J, Byrski T, Huzarski T et al. Influence of selected lifestyle factors on breast and ovarian cancer risk in BRCA1 mutation carriers from Poland. *Breast Cancer Research and Treatment*, 2006, 95:105-109.
- (305) Haile RW, Thomas DC, McGuire V et al. BRCA1 and BRCA2 mutation carriers, oral contraceptive use, and breast cancer before age 50. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 2006, 15:1863-1870.
- (306) Harris NV, Weiss NS, Francis AM et al. Breast cancer in relation to patterns of oral contraceptive use. *American Journal of Epidemiology*, 1982, 116:643-651.
- (307) Hennekens CH, Speizer FE, Lipnick RJ et al. A case-control study of oral contraceptive use and breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 1984, 72:39-42.
- (308) Jernstrom H, Loman N, Johannsson OT et al. Impact of teenage oral contraceptive use in a population-based series of early-onset breast cancer cases who have undergone BRCA mutation testing. *European Journal of Cancer*, 2005, 41:2312-2320.
- (309) Marchbanks PA, McDonald JA, Wilson HG et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 2002, 346:2025-2032.
- (310) Milne RL, Knight JA, John EM et al. Oral contraceptive use and risk of early-onset breast cancer in carriers and noncarriers of BRCA1 and BRCA2 mutations. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 2005, 14 :350-356.
- (311) Narod S, Dube MP, Klijn J et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. *Journal of the National Cancer Institute*, 2002, 94:1773-1779.
- (312) Rosenberg L, Palmer JR, Rao RS et al. Case-control study of oral contraceptive use and risk of breast cancer. *American Journal of Epidemiology*, 1996, 143:25-37.
- (313) Silvera SAN, Miller AB, Rohan TE. Oral contraceptive use and risk of breast cancer among women with a family history of breast cancer: a prospective cohort study. *Cancer Causes and Control*, 2005, 16:1059-1063.
- (314) Ursin G, Henderson BE, Haile RW et al. Does oral contraceptive use increase the risk of breast cancer in women with BRCA1/BRCA2 mutations more than in other women? *Cancer Research*, 1997, 57:3678-3681.
- (315) Ursin G, Ross RK, Sullivan-Halley J et al. Use of oral contraceptives and risk of breast cancer in young women. *Breast Cancer Research and Treatment*, 1998, 50:175-184.
- (316) Gaffield ME, Culwell KR, Ravi A. Oral contraceptives and family history of breast cancer. *Contraception*, 2009; 80:372-380
- (317) Determinants of cervical Chlamydia trachomatis infection in Italy. The Italian MEGIC Group. *Genitourinary Medicine*, 1993, 69:123-125.
- (318) Ackers JP, Lumsden WH, Catterall RD et al. Antitrichomonal antibody in the vaginal secretions of women infected with *T. vaginalis*. *British Journal of Venereal Diseases*, 1975, 51:319-323.
- (319) Acosta-Cazares B, Ruiz-Maya L, Escobedo dLP. Prevalence and risk factors for *Chlamydia trachomatis* infection in low-income rural and suburban populations of Mexico. *Sexually Transmitted Diseases*, 1996, 23:283-288.
- (320) Addiss DG, Vaughn ML, Holzhueter MA et al. Selective screening for Chlamydia trachomatis infection in nonur-ban family planning clinics in Wisconsin. *Family Planning Perspectives*, 1987, 19:252-256.
- (321) Arya OP, Mallinson H, Goddard AD. Epidemiological and clinical correlates of chlamydial infection of the cervix. *British Journal of Venereal Diseases*, 1981, 57:118-124.
- (322) Austin H, Louv WC, Alexander WJ. A case-control study of spermicides and gonorrhoea. *Journal of American Medical Association*, 1984, 251:2822-2824.
- (323) Avonts D, Sercu M, Heyerick P et al. Incidence of uncomplicated genital infections in women using oral contraception or an intrauterine device: a prospective study. *Sexually Transmitted Diseases*, 1990, 17:23-29.
- (324) Baeten JM, Nyange PM, Richardson BA et al. Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: results from a prospective study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2001, 185:380-385.
- (325) Barbone F, Austin H, Louv WC et al. A follow-up study of methods of contraception, sexual activity, and rates of trichomoniasis, candidiasis, and bacterial vaginosis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1990, 163:510-514.
- (326) Barnes RC, Katz BP, Rolfs RT et al. Quantitative culture of endocervical *Chlamydia trachomatis*. *Journal of Clinical Microbiology*, 1990, 28:774-780.
- (327) Berger GS, Keith L, Moss W. Prevalence of gonorrhoea among women using various methods of contraception. *British Journal of Venereal Diseases*, 1975, 51:307-309.
- (328) Bhattacharyya MN, Jephcott AE. Diagnosis of gonorrhoea in women - influence of the contraceptive pill. *Journal of the American Venereal Disease Association*, 1976, 2:21-24.
- (329) Blum M, Pery J, Kitai E. The link between contraceptive methods and *Chlamydia trachomatis* infection. *Advances in Contraception*, 1988, 4:233-239.
- (330) Bontis J, Vavilis D, Panidis D et al. Detection of Chlamydia trachomatis in asymptomatic women: relationship to history, contraception, and cervicitis. *Advances in Contraception*, 1994, 10:309-315.
- (331) Bramley M, Kinghorn G. Do oral contraceptives inhibit *Trichomonas vaginalis*? *Sexually Transmitted Diseases*, 1979, 6:261-263.
- (332) Bro F, Juul S. Predictors of *Chlamydia trachomatis* infection in women in general practice. *Family Practice*, 1990, 7:1381-143.
- (333) Burns DC, Darougar S, Thin RN et al. Isolation of *Chlamydia* from women attending a clinic for sexually transmitted disease. *British Journal of Venereal Diseases*, 1975, 51:314-318.
- (334) Ceruti M, Canestrelli M, Condemni V et al. Methods of contraception and rates of genital infections. *Clinical & Experimental Obstetrics & Gynecology*, 1994, 21:119-123.
- (335) Chacko M, Lovchik J. *Chlamydia trachomatis* infection in sexually active adolescents: prevalence and risk factors. *Pediatrics*, 1984, 73:836-840.
- (336) Cottingham J, Hunter D. Chlamydia trachomatis and oral contraceptive use: a quantitative review. *Genitourinary Medicine*, 1992, 68:209-216.
- (337) Crowley T, Horner P, Hughes A et al. Hormonal factors and the laboratory detection of *Chlamydia trachomatis* in women: implications for screening? *International Journal of STD & AIDS*, 1997, 8:25-31.
- (338) Edwards D, Phillips D, Stancombe S. *Chlamydia trachomatis* infection at a family planning clinic. *New Zealand Medical Journal*, 1985, 98:333-335.
- (339) Evans BA, Kell PD, Bond RA et al. Predictors of seropositivity to herpes simplex virus type 2 in women. *International Journal of STD & AIDS*, 2003, 14:30-36.
- (340) Evans DL, Demetriou E, Shalaby H et al. Detection of *Chlamydia trachomatis* in adolescent females using direct immunofluorescence. *Clinical Pediatrics*, 1988, 27:223-228.
- (341) Fish AN, Fairweather DV, Oriel JD et al. *Chlamydia trachomatis* infection in a gynaecology clinic population: identification of high-risk groups and the value of contact tracing. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology*, 1989, 31:67-74.
- (342) Fouts AC, Kraus SJ. *Trichomonas vaginalis*: reevaluation of its clinical presentation and laboratory diagnosis. *Journal of Infectious Diseases*, 1980, 141:137-143.
- (343) Fraser JJ, Jr., Rettig PJ, Kaplan DW. Prevalence of cervical *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* in female adolescents. *Pediatrics*, 1983, 71:333-336.

- (344) Gertig DM, Kapiga SH, Shao JF et al. Risk factors for sexually transmitted diseases among women attending family planning clinics in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Genitourinary Medicine*, 1997, 73:39-43.
- (345) Green J, de Gonzalez AB, Smith JS et al. Human papilloma-virus infection and use of oral contraceptives. *Br J Cancer*, 2003, 88:1713-1720.
- (346) Griffiths M, Hindley D. Gonococcal pelvic inflammatory disease, oral contraceptives, and cervical mucus. *Genitourinary Medicine*, 1985, 61:67.
- (347) Han Y, Morse DL, Lawrence CE et al. Risk profile for *Chlamydia* infection in women from public health clinics in New York State. *Journal of Community Health*, 1993, 18:1-9.
- (348) Handsfield HH, Jasman LL, Roberts PL et al. Criteria for selective screening for *Chlamydia trachomatis* infection in women attending family planning clinics. *Journal of American Medical Association*, 1986, 255:1730-1734.
- (349) Hanna NF, Taylor-Robinson D, Kalodiki-Karamanolis M et al. The relation between vaginal pH and the microbiological status in vaginitis. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1985, 92:1267-1271.
- (350) Harrison HR, Costin M, Meder JB et al. Cervical *Chlamydia trachomatis* infection in university women: relationship to history, contraception, ectopy, and cervicitis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1985, 153:244-251.
- (351) Hart G. Factors associated with genital chlamydial and gonococcal infection in females. *Genitourinary Medicine*, 1992, 68:217-220.
- (352) Herrmann B, Espinoza F, Villegas RR et al. Genital chlamydial infection among women in Nicaragua: validity of direct fluorescent antibody testing, prevalence, risk factors and clinical manifestations. *Genitourinary Medicine*, 1996, 72:20-26.
- (353) Hewitt AB. Oral contraception among special clinic patients. With particular reference to the diagnosis of gonorrhoea. *British Journal of Venereal Diseases*, 1970, 46:106-107.
- (354) Hilton AL, Richmond SJ, Milne JD et al. *Chlamydia A* in the female genital tract. *British Journal of Venereal Diseases*, 1974, 50:1-10.
- (355) Hiltunen-Back E, Haikala O, Kautiainen H et al. A nationwide sentinel clinic survey of *Chlamydia trachomatis* infection in Finland. *Sexually Transmitted Diseases*, 2001, 28:252-258.
- (356) Jacobson DL, Peralta L, Farmer M et al. Relationship of hormonal contraception and cervical ectopy as measured by computerized planimetry to chlamydial infection in adolescents. *Sexually Transmitted Diseases*, 2000, 27:313-319.
- (357) Jaffe LR, Siqueira LM, Diamond SB et al. *Chlamydia trachomatis* detection in adolescents. A comparison of direct specimen and tissue culture methods. *Journal of Adolescent Health Care*, 1986, 7:401-404.
- (358) Jick H, Hannan MT, Stergachis A et al. Vaginal spermicides and gonorrhea. *Journal of American Medical Association*, 1982, 248:1619-1621.
- (359) Johannisson G, Karamustafa A, Brorson J. Influence of copper salts on gonococci. *British Journal of Venereal Diseases*, 1976, 52:176-177.
- (360) Keith L, Berer GS, Moss W. Cervical gonorrhoea in women using different methods of contraception. *Journal of the American Venereal Disease Association*, 1976, 3:17-19.
- (361) Kinghorn GR, Waugh MA. Oral contraceptive use and prevalence of infection with *Chlamydia trachomatis* in women. *British Journal of Venereal Diseases*, 1981, 57:187-190.
- (362) Lavreys L, Chohan B, Ashley R et al. Human herpesvirus 8: seroprevalence and correlates in prostitutes in Mombasa, Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 187:359-363.
- (363) Lefevre JC, Averous S, Bauriaud R et al. Lower genital tract infections in women: comparison of clinical and epidemiologic findings with microbiology. *Sexually Transmitted Diseases*, 1988, 15:110-113.
- (364) Louv WC, Austin H, Perlman J et al. Oral contraceptive use and the risk of chlamydial and gonococcal infections. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1989, 160:396402.
- (365) Lowe TL, Kraus SJ. Quantitation of *Neisseria gonorrhoeae* from women with gonorrhoea. *Journal of Infectious Diseases*, 1976, 133:621-626.
- (366) Lycke E, Lowhagen GB, Hallhagen G et al. The risk of transmission of genital *Chlamydia trachomatis* infection is less than that of genital *Neisseria gonorrhoeae* infection. *Sexually Transmitted Diseases*, 1980, 7:6-10.
- (367) Macaulay ME, Riordan T, James JM et al. A prospective study of genital infections in a family-planning clinic. 2. *Chlamydia* infection-the identification of a high-risk group. *Epidemiology & Infection*, 1990, 104:55-61.
- (368) Magder LS, Harrison HR, Ehret JM et al. Factors related to genital *Chlamydia trachomatis* and its diagnosis by culture in a sexually transmitted disease clinic. *American Journal of Epidemiology*, 1988, 128:298-308.
- (369) Magder LS, Klontz KC, Bush LH et al. Effect of patient characteristics on performance of an enzyme immunoassay for detecting cervical *Chlamydia trachomatis* infection. *Journal of Clinical Microbiology*, 1990, 28:781-784.
- (370) Masse R, Laperriere H, Rousseau H et al. *Chlamydia trachomatis* cervical infection: prevalence and determinants among women presenting for routine gynecologic examination. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 1991, 145:953-961.
- (371) McCormack WM, Reynolds GH. Effect of menstrual cycle and method of contraception on recovery of *Neisseria gonorrhoeae*. *Journal of American Medical Association*, 1982, 247:1292-1294.
- (372) Morrison CS, Bright P, Wong EL et al. Hormonal contraceptive use, cervical ectopy, and the acquisition of cervical infections. *Sexually Transmitted Diseases*, 2004, 31:561567.
- (373) Nayyar KC, O'Neill JJ, Hambling MH et al. Isolation of *Chlamydia trachomatis* from women attending a clinic for sexually transmitted diseases. *British Journal of Venereal Diseases*, 1976, 52:396-398.
- (374) Oh MK, Feinstein RA, Soileau EJ et al. *Chlamydia trachomatis* cervical infection and oral contraceptive use among adolescent girls. *Journal of Adolescent Health Care*, 1989, 10:376-381.
- (375) Oriel JD, Powis PA, Reeve P et al. Chlamydial infections of the cervix. *British Journal of Venereal Diseases*, 1974, 50:11-16.
- (376) Oriel JD, Johnson AL, Barlow D et al. Infection of the uterine cervix with *Chlamydia trachomatis*. *Journal of Infectious Diseases*, 1978, 137:443-451.
- (377) Paavonen J, Vesterinen E. *Chlamydia trachomatis* in cervicitis and urethritis in women. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases - Supplementum*, 1982, 32:45-54.
- (378) Park BJ, Stergachis A, Scholes D et al. Contraceptive methods and the risk of *Chlamydia trachomatis* infection in young women. *American Journal of Epidemiology*, 1995, 142:771-778.
- (379) Pereira LH, Embil JA, Haase DA et al. Cytomegalovirus infection among women attending a sexually transmitted disease clinic: association with clinical symptoms and other sexually transmitted diseases. *American Journal of Epidemiology*, 1990, 131:683-692.
- (380) Rahm VA, Odland V, Pettersson R. *Chlamydia trachomatis* in sexually active teenage girls. Factors related to genital chlamydial infection: a prospective study. *Genitourinary Medicine*, 1991, 67:317-321.
- (381) Reed BD, Huck W, Zazove P. Differentiation of *Gardnerella vaginalis*, *Candida albicans*, and *Trichomonas vaginalis* infections of the vagina. *Journal of Family Practice*, 1989, 28:673-680.
- (382) Ripa KT, Svensson L, Mardh PA et al. *Chlamydia trachomatis* cervicitis in gynecologic outpatients. *Obstetrics & Gynecology*, 1978, 52:698-702.
- (383) Ruijs GJ, Kauer FM, van Gijssel PM et al. Direct immunofluorescence for *Chlamydia trachomatis* on urogenital

- smears for epidemiological purposes. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology*, 1988, 27:289-297.
- (384) Schachter J, Stoner E, Moncada J. Screening for chlamydia infections in women attending family planning clinics. *Western Journal of Medicine*, 1983, 138:375-379.
- (385) Sellors JW, Karwalajtys TL, Kaczorowski J et al. Incidence, clearance and predictors of human papillomavirus infection in women. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 2003, 168:421-425.
- (386) Sessa R, Latino MA, Magliano EM et al. Epidemiology of urogenital infections caused by *Chlamydia trachomatis* and outline of characteristic features of patients at risk. *Journal of Medical Microbiology*, 1994, 41:168-172.
- (387) Shafer MA, Beck A, Blain B et al. *Chlamydia trachomatis*: important relationships to race, contraception, lower genital tract infection, and Papanicolaou smear. *Journal of Pediatrics*, 1984, 104:141-146.
- (388) Smith JS, Herrero R, Munoz N et al. Prevalence and risk factors for herpes simplex virus type 2 infection among middle-age women in Brazil and the Philippines. *Sexually Transmitted Diseases*, 2001, 28:187-194.
- (389) Staerfeldt F, Gundersen TJ, Halsos AM et al. A survey of genital infections in patients attending a clinic for sexually transmitted diseases. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases - Supplementum*, 1983, 40:53-57.
- (390) Svensson L, Westrom L, Mardh PA. *Chlamydia trachomatis* in women attending a gynaecological outpatient clinic with lower genital tract infection. *British Journal of Venereal Diseases*, 1981, 57:259-262.
- (391) Tait IA, Rees E, Hobson D et al. Chlamydial infection of the cervix in contacts of men with nongonococcal urethritis. *British Journal of Venereal Diseases*, 1980, 56:37-45.
- (392) Vaccarella S, Herrero R, Dai M et al. Reproductive factors, oral contraceptive use, and human papillomavirus infection: pooled analysis of the IARC HPV prevalence surveys. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 2006, 15:21482153.
- (393) Willmott FE, Mair HJ. Genital herpesvirus infection in women attending a venereal diseases clinic. *British Journal of Venereal Diseases*, 1978, 54:341-343.
- (394) Winer RL, Lee SK, Hughes JP et al. Genital human papillomavirus infection: incidence and risk factors in a cohort of female university students. [erratum appears in Am J Epidemiol. 2003 May 1;157(9):858]. *American Journal of Epidemiology*, 2003, 157:218-226.
- (395) Winter L, Goldy AS, Baer C. Prevalence and epidemiologic correlates of *Chlamydia trachomatis* in rural and urban populations. *Sexually Transmitted Diseases*, 1990, 17:3036.
- (396) Wolinska WH, Melamed MR. *Herpes genitalis* in women attending Planned Parenthood of New York City. *Acta Cyto-logica*, 1970, 14:239-242.
- (397) Woolfitt JM, Watt L. Chlamydial infection of the urogenital tract in promiscuous and non-promiscuous women. *British Journal of Venereal Diseases*, 1977, 53:93-95.
- (398) Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV.[comment]. *British Medical Journal*, 1992, 304:809-813.
- (399) Akililu M, Messele T, Tsegaye A et al. Factors associated with HIV-1 infection among sex workers of Addis Ababa, Ethiopia. *AIDS*, 2001, 15:87-96.
- (400) Allen S, Seruflira A, Gruber V et al. Pregnancy and contraception use among urban Rwandan women after HIV testing and counseling. *American Journal of Public Health*, 1993, 83:705-710.
- (401) Baeten JM, Benki S, Chohan V et al. Hormonal contraceptive use, herpes simplex virus infection, and risk of HIV-1 acquisition among Kenyan women. *AIDS*, 2007, 21:1771-1777.
- (402) Chao A, Bulterys M, Musanganire F et al. Risk factors associated with prevalent HIV-1 infection among pregnant women in Rwanda. National University of Rwanda-Johns Hopkins University AIDS Research Team. *International Journal of Epidemiology*, 1994, 23:371-380.
- (403) Cohen CR, Duerr A, Pruthithada N et al. Bacterial vaginosis and HIV seroprevalence among female commercial sex workers in Chiang Mai, Thailand. *AIDS*, 1995, 9:1093-1097.
- (404) Criniti A, Mwachari CW, Meier AS et al. Association of hormonal contraception and HIV-seroprevalence in Nairobi, Kenya. *AIDS*, 2003, 17:2667-2669.
- (405) de Vincenzi I. A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV.[comment]. *New England Journal of Medicine*, 1994, 331:341-346.
- (406) Ellerbrock TV, Lieb S, Harrington PE et al. Heterosexually transmitted human immunodeficiency virus infection among pregnant women in a rural Florida community.[comment]. *New England Journal of Medicine*, 1992, 327:1704-1709.
- (407) Gray JA, Dore GJ, Li Y et al. HIV-1 infection among female commercial sex workers in rural Thailand. *AIDS*, 1997, 11:89-94.
- (408) Guimaraes MD, Munoz A, Boschi-Pinto C et al. HIV infection among female partners of seropositive men in Brazil. Rio de Janeiro Heterosexual Study Group. *American Journal of Epidemiology*, 1995, 142:538-547.
- (409) Hira SK, Kamanga J, Macuacua R et al. Oral contraceptive use and HIV infection. *International Journal of STD & AIDS*, 1990, 1:447-448.
- (410) Kapiga SH, Shao JF, Lwihula GK et al. Risk factors for HIV infection among women in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994, 7:301-309.
- (411) Kapiga SH, Lyamuya EF, Lwihula GK et al. The incidence of HIV infection among women using family planning methods in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS*, 1998, 12:75-84.
- (412) Kilmarx PH, Limpakarnjanarat K, Mastro TD et al. HIV-1 seroconversion in a prospective study of female sex workers in northern Thailand: continued high incidence among brothel-based women. *AIDS*, 1998, 12:1889-1898.
- (413) Kunanusont C, Foy HM, Kreiss JK et al. HIV-1 subtypes and male-to-female transmission in Thailand. *Lancet*, 1995, 345:1078-1083.
- (414) Laga M, Manoka A, Kivuvu M et al. Non-ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV-1 transmission in women: results from a cohort study.[comment]. *AIDS*, 1993, 7:95-102.
- (415) Lavreys L, Baeten JM, Martin HL, Jr. et al. Hormonal contraception and risk of HIV-1 acquisition: results of a 10-year prospective study. *AIDS*, 2004, 18:695-697.
- (416) Limpakarnjanarat K, Mastro TD, Saisorn S et al. HIV-1 and other sexually transmitted infections in a cohort of female sex workers in Chiang Rai, Thailand. *Sexually Transmitted Infections*, 1999, 75:30-35.
- (417) Martin HL, Jr., Nyange PM, Richardson BA et al. Hormonal contraception, sexually transmitted diseases, and risk of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 1998, 178:1053-1059.
- (418) Mati JK, Hunter DJ, Maggwa BN et al. Contraceptive use and the risk of HIV infection in Nairobi, Kenya. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1995, 48:61-67.
- (419) Morrison CS, Richardson BA, Mmro F et al. Hormonal contraception and the risk of HIV acquisition. *AIDS*, 2007, 21:85-95.
- (420) Moss GB, Clemetson D, D'Costa L et al. Association of cervical ectopy with heterosexual transmission of human immunodeficiency virus: results of a study of couples in Nairobi, Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 1991, 164:588-591.

- (421) Myer L, Denny L, Wright TC et al. Prospective study of hormonal contraception and women's risk of HIV infection in South Africa. *International Journal of Epidemiology*, 2007, 36:166-174.
- (422) Nagachinta T, Duerr A, Suriyanon V et al. Risk factors for HIV-1 transmission from HIV-seropositive male blood donors to their regular female partners in northern Thailand. *AIDS*, 1997, 11:1765-1772.
- (423) Nicolosi A, Correa Leite ML, Musicco M et al. The efficiency of male-to-female and female-to-male sexual transmission of the human immunodeficiency virus: a study of 730 stable couples. Italian Study Group on HIV Heterosexual Transmission.[comment]. *Epidemiology*, 1994, 5:570-575.
- (424) Nzila N, Laga M, Thiam MA et al. HIV and other sexually transmitted diseases among female prostitutes in Kinshasa. *AIDS*, 1991, 5:715-721.
- (425) Pineda JA, Aguado I, Rivero A et al. HIV-1 infection among non-intravenous drug user female prostitutes in Spain. No evidence of evolution to pattern II. *AIDS*, 1992, 6:1365-1369.
- (426) Plourde PJ, Plummer FA, Pepin J et al. Human immunodeficiency virus type 1 infection in women attending a sexually transmitted diseases clinic in Kenya.[comment]. *Journal of Infectious Diseases*, 1992, 166:86-92.
- (427) Plummer FA, Simonsen JN, Cameron DW et al. Cofactors in male-female sexual transmission of human immunodeficiency virus type 1.[comment]. *Journal of Infectious Diseases*, 1991, 163:233-239.
- (428) Rehle T, Brinkmann UK, Siraprasiri T et al. Risk factors of HIV-1 infection among female prostitutes in Khon Kaen, Northeast Thailand. *Infection*, 1992, 20:328-331.
- (429) Saracco A, Musicco M, Nicolosi A et al. Man-to-woman sexual transmission of HIV: longitudinal study of 343 steady partners of infected men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1993, 6:497-502.
- (430) Simonsen JN, Plummer FA, Ngugi EN et al. HIV infection among lower socioeconomic strata prostitutes in Nairobi. *AIDS*, 1990, 4:139-144.
- (431) Sinei SK, Fortney JA, Kigondo CS et al. Contraceptive use and HIV infection in Kenyan family planning clinic attenders. *International Journal of STD & AIDS*, 1996, 7:65-70.
- (432) Siraprasiri T, Thanprasertuk S, Rodklay A et al. Risk factors for HIV among prostitutes in Chiangmai, Thailand. *AIDS*, 1991, 5:579-582.
- (433) Spence MR, Robbins SM, Polansky M et al. Seroprevalence of human immunodeficiency virus type I (HIV-1) antibodies in a family-planning population. *Sexually Transmitted Diseases*, 1991, 18:143-145.
- (434) Taneepanichskul S, Phuapradit W, Chaturachinda K. Association of contraceptives and HIV-1 infection in Thai female commercial sex workers. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1997, 37:86-88.
- (435) Temmerman M, Chomba EN, Ndinya-Achola J et al. Maternal human immunodeficiency virus-1 infection and pregnancy outcome. *Obstetrics & Gynecology*, 1994, 83:495-501.
- (436) Ungchusak K, Rehle T, Thammapornpilap P et al. Determinants of HIV infection among female commercial sex workers in northeastern Thailand: results from a longitudinal study.[erratum appears in *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology* 1998,18:192]. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology*, 1996, 12:500-507.
- (437) Allen S, Stephenson R, Weiss H et al. Pregnancy, hormonal contraceptive use, and HIV-related death in Rwanda. *Journal of Women's Health (Larchmont)*, 2007, 16:1017-1027.
- (438) Cejtin HE, Jacobson L, Springer G et al. Effect of hormonal contraceptive use on plasma HIV-1-RNA levels among HIV-infected women. *AIDS*, 2003, 17:1702-1704.
- (439) Clark RA, Kissinger P, Williams T. Contraceptive and sexually transmitted diseases protection among adult and adolescent women infected with human immunodeficiency virus. *International Journal of STD & AIDS*, 1996, 7:439-442.
- (440) Clark RA, Thrall KP, Amedee AM et al. Lack of association between genital tract HIV-1 RNA shedding and hormonal contraceptive use in a cohort of Louisiana women. *Sexually Transmitted Diseases*, 2007, 34:870-872.
- (441) Clemetson DB, Moss GB, Willerford DM et al. Detection of HIV DNA in cervical and vaginal secretions. Prevalence and correlates among women in Nairobi, Kenya. *Journal of American Medical Association*, 1993, 269:2860-2864.
- (442) European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. *British Medical Journal*, 1992, 304:809-813.
- (443) Kaul R, Kimani J, Nagelkerke NJ et al. Risk factors for genital ulcerations in Kenyan sex workers. The role of human immunodeficiency virus type 1 infection. *Sexually Transmitted Diseases*, 1997, 24:387-392.
- (444) Kilmarx PH, Limpakarnjanarat K, Kaewkungwal J et al. Disease progression and survival with human immunodeficiency virus type 1 subtype E infection among female sex workers in Thailand. *Journal of Infectious Diseases*, 2000, 181:1598-1606.
- (445) Kovacs A, Wasserman SS, Burns D et al. Determinants of HIV-1 shedding in the genital tract of women. *Lancet*, 2001, 358:1593-1601.
- (446) Kreiss J, Willerford DM, Hensel M et al. Association between cervical inflammation and cervical shedding of human immunodeficiency virus DNA. *Journal of Infectious Diseases*, 1994, 170:1597-1601.
- (447) Lavreys L, Chohan V, Overbaugh J et al. Hormonal contraception and risk of cervical infections among HIV-1-seropositive Kenyan women. *AIDS*, 2004, 18:2179-2184.
- (448) Mostad SB, Overbaugh J, DeVange DM et al. Hormonal contraception, vitamin A deficiency, and other risk factors for shedding of HIV-1 infected cells from the cervix and vagina. *Lancet*, 1997, 350:922-927.
- (449) Richardson BA, Otieno PA, Mbori-Ngacha D et al. Hormonal contraception and HIV-1 disease progression among post-partum Kenyan women. *AIDS*, 2007, 21:749-753.
- (450) Seck K, Samb N, Tempesta S et al. Prevalence and risk factors of cervicovaginal HIV shedding among HIV-1 and HIV-2 infected women in Dakar, Senegal. *Sexually Transmitted Infections*, 2001, 77:190-193.
- (451) Stringer EM, Kaseba C, Levy J et al. A randomized trial of the intrauterine contraceptive device vs. hormonal contraception in women who are infected with the human immunodeficiency virus. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2007, 197:144-148.
- (452) Taneepanichskul S, Intaraprasert S, Phuapradit W et al. Use of Norplant implants in asymptomatic HIV-1 infected women. *Contraception*, 1997, 55:205-207.
- (453) Taneepanichskul S, Tanprasertkul C. Use of Norplant implants in the immediate postpartum period among asymptomatic HIV-1-positive mothers. *Contraception*, 2001, 64:39-41.
- (454) Wang CC, McClelland RS, Overbaugh J et al. The effect of hormonal contraception on genital tract shedding of HIV-1. *AIDS*, 2004, 18:205-209.
- (455) el Raghy I, et al. Contraceptive steroid concentrations in women with early active schistosomiasis: lack of effect of antischistosomal drugs. *Contraception*, 1986, 33:373-377.
- (456) Gad-el-Mawla N, Abdallah A. Liver function in bilharzial females receiving contraceptive pills. *Acta Hepato-Spleno-logica*, 1969, 16:308-310.
- (457) Gad-el-Mawla N, et al. Plasma lipids and lipoproteins in bilharzial females during oral contraceptive therapy. *Journal of Egyptian Medical Association*, 1972, 55:137-147.

- (458) Shaaban MM, et al. Effects of oral contraception on liver function tests and serum proteins in women with active schistosomiasis. *Contraception*, 1982, 26:75-82.
- (459) Shaaban MM, et al. Effective of oral contraception on serum bile acid. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1984, 22:111-115.
- (460) Sy FS, et al. Effect of oral contraceptive on liver function tests of women with schistosomiasis in the Philippines. *Contraception*, 1986, 34:283-294.
- (461) Tagy AH, et al. The effect of low-dose combined oral contraceptive pills versus injectable contraceptive (Depo Provera) on liver function tests of women with compensated bilharzial liver fibrosis. *Contraception*, 2001, 64:173-176.
- (462) Beck P, Wells SA. Comparison of the mechanisms underlying carbohydrate intolerance in subclinical diabetic women during pregnancy and during post-partum oral contraceptive steroid treatment. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 1969, 29:807-818.
- (463) Kjos SL, Peters RK, Xiang A et al. Contraception and the risk of type 2 diabetes mellitus in Latina women with prior gestational diabetes mellitus. *Journal of American Medical Association*, 1998, 280:533-538.
- (464) Kung AW, Ma JT, Wong VC et al. Glucose and lipid metabolism with triphasic oral contraceptives in women with history of gestational diabetes. *Contraception*, 1987, 35:257269.
- (465) Radberg T, Gustafson A, Skryten A et al. Metabolic studies in gestational diabetic women during contraceptive treatment: effects on glucose tolerance and fatty acid composition of serum lipids. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 1982, 13:17-29.
- (466) Skouby SO, Molsted-Pedersen L, Kuhl C. Low dosage oral contraception in women with previous gestational diabetes. *Obstetrics & Gynecology*, 1982, 59:325-328.
- (467) Skouby SO, Andersen O, Kuhl C. Oral contraceptives and insulin receptor binding in normal women and those with previous gestational diabetes. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1986, 155:802-807.
- (468) Skouby SO, Andersen O, Saurbrey N et al. Oral contraception and insulin sensitivity: in vivo assessment in normal women and women with previous gestational diabetes. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 1987, 64:519-523.
- (469) Xiang AH, Kawakubo M, Kjos SL et al. Long-acting injectable progestin contraception and risk of type 2 diabetes in Latino women with prior gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 2006, 29:613-617.
- (470) Kjos SL, Shoupe D, Douyan S et al. Effect of low-dose oral contraceptives on carbohydrate and lipid metabolism in women with recent gestational diabetes: results of a controlled, randomized, prospective study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1990, 163:1822-1827.
- (471) Radberg T, Gustafson A, Skryten A et al. Metabolic studies in women with previous gestational diabetes during contraceptive treatment: effects on serum lipids and high density lipoproteins. *Acta Endocrinologica (Copenhagen)*, 1982, 101:134-139.
- (472) Skouby SO, Kuhl C, Molsted-Pedersen L et al. Triphasic oral contraception: metabolic effects in normal women and those with previous gestational diabetes. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1985, 153:495-500.
- (473) Beck P, Arnett DM, Alsever RN et al. Effect of contraceptive steroids on arginine-stimulated glucagon and insulin secretion in women. II. Carbohydrate and lipid physiology in insulin-dependent diabetics. *Metabolism*, 1976, 25:23-31.
- (474) Diab KM, Zaki MM. Contraception in diabetic women: comparative metabolic study of norplant, depot medroxy-progesterone acetate, low dose oral contraceptive pill and CuT380A. *Journal of Obstetrics and Gynecological Research*, 2000, 26:17-26.
- (475) Garg SK, Chase P, Marshall G et al. Oral contraceptives and renal and retinal complications in young women with insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of American Medical Association*, 1994, 271:1099-1102.
- (476) Grigoryan OR, Grodnitskaya EE, Andreeva EN et al. Contraception in perimenopausal women with diabetes mellitus. *Gynecological Endocrinology*, 2006, 22:198-206.
- (477) Margolis KL, Adami H-O, Luo J et al. A prospective study of oral contraceptive use and risk of myocardial infarction among Swedish women. *Fertility & Sterility*, 2007, 88:310316.
- (478) Petersen KR, Skouby SO, Sidelmann J et al. Assessment of endothelial function during oral contraception on women with insulin-dependent diabetes mellitus. *Metabolism*, 1994, 43:1379-1383.
- (479) Petersen KR, Skouby SO, Jespersen J. Balance of coagulation activity with fibrinolysis during use of oral contraceptives in women with insulin-dependent diabetes mellitus. *International Journal of Fertility*, 1995, 40:105-111.
- (480) Radberg T, Gustafson A, Skryten A et al. Oral contraception in diabetic women. A cross-over study on serum and high density lipoprotein (HDL) lipids and diabetes control during progestogen and combined estrogen/progestogen contraception. *Hormone Metabolism Research*, 1982, 14:61-65.
- (481) Skouby SO, Jensen BM, Kuhl C et al. Hormonal contraception in diabetic women: acceptability and influence on diabetes control and ovarian function of a nonalkylated estrogen/progestogen compound. *Contraception*, 1985, 32:23-31.
- (482) Skouby SO, Molsted-Petersen L, Kuhl C et al. Oral contraceptives in diabetic women: metabolic effects of four compounds with different estrogen/progestogen profiles. *Fertility & Sterility*, 1986, 46:858-864.
- (483) Di Martino V, Lebray P, Myers RP et al. Progression of liver fibrosis in women infected with hepatitis C: Long-term benefit of estrogen exposure. *Hepatology*, 2004, 40:1426-1433.
- (484) Libbrecht L, Craninx M, Nevens F et al. Predictive value of liver cell dysplasia for development of hepatocellular carcinoma in patients with non-cirrhotic and cirrhotic chronic viral hepatitis. *Histopathology*, 2001, 39:66-73.
- (485) Eisalo A, Kontinen A, Hietala O. Oral contraceptives after liver disease. *British Medical Journal*, 1971, 3:561-562.
- (486) Peishan Wang, Zemin Lai, Jinlan Tang et al. Safety of hormonal steroid contraceptive use for hepatitis B virus carrier women. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 2000, 9:245-246.
- (487) Shaaban MM, Hammad WA, Fathalla MF et al. Effects of oral contraception on liver function tests and serum proteins in women with past viral hepatitis. *Contraception*, 1982, 26:65-74.
- (488) Schweitzer IL, Weiner JM, McPeak CM et al. Oral contraceptives in acute viral hepatitis. *Journal of American Medical Association*, 1975, 233:979-980.
- (489) Kapp N, Tilley IB, Curtis KM. The effects of hormonal contraceptive use among women with viral hepatitis or cirrhosis of the liver: a systematic review. *Contraception*, 2009; 80: 3812-386.
- (490) D'halluin V, Vilgrain V, Pelletier G et al. [Natural history of focal nodular hyperplasia. A retrospective study of 44 cases]. *Gastroenterology clinique etbiologique*, 2001, 25:10081010.
- (491) Mathieu D, Kobeiter H, Maison P et al. Oral contraceptive use and focal nodular hyperplasia of the liver. *Gastroenterology*, 2000, 118:560-564.
- (492) Kapp N, Curtis KM. Hormonal contraceptive use among women with liver tumors: a systematic review. *Contraception*, 2009; 80: 387-390.
- (493) Back DJ, Bates M, Bowden A et al. The interaction of Phenobarbital and other anticonvulsants with oral contraceptive steroid therapy. *Contraception*, 1980, 22:495-503.
- (494) Doose DR, Wang S, Padmanabhan M et al. Effects of topiramate or carbamazepine on the pharmacokinetics of an oral contraceptive containing norethindrone and ethinyl estradiol in healthy obese and nonobese female subjects. *Epilepsia*, 2003, 44:540-549.

- (495) Fattore C, Cipolla G, Gatti G et al. Induction of ethinylestradiol and levonorgestrel metabolism by oxcarbazepine in healthy women. *Epilepsia*, 1999, 40:783-787.
- (496) Rosenfeld WE, Doose DR, Walker SA et al. Effect of topiramate on the pharmacokinetics of an oral contraceptive containing norethindrone and ethinyl estradiol in patients with epilepsy. *Epilepsia*, 1997, 38:317-323.
- (497) Christensen J, Petreanaite V, Atterman J et al. Oral contraceptives induce lamotrigine metabolism: evidence from a double-blind, placebo-controlled trial. *Epilepsia*, 2007, 48:484-489.
- (498) Contin M, Albani F, Ambrosetto G et al. Variation in lamotrigine plasma concentrations with hormonal contraceptive monthly cycles in patients with epilepsy. *Epilepsia*, 2006, 47:1573-1575.
- (499) Reimers A, Helde G, Brodtkorb E. Ethinyl estradiol, not progestogens, reduces lamotrigine serum concentrations. *Epilepsia*, 2005, 46:1414-1417.
- (500) Sabers A, Buchholt JM, Uldall P et al. Lamotrigine plasma levels reduced by oral contraceptives. *Epilepsy Research*, 2001, 47:151-154.
- (501) Sabers A, Ohman I, Christensen J et al. Oral contraceptives reduce lamotrigine plasma levels. *Neurology*, 2003, 61:570571.
- (502) Back DJ, Breckenridge AM, MacIver M et al. The effects of ampicillin on oral contraceptive steroids in women. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1982, 14:43-48.
- (503) Back DJ, Grimmer SF, Orme ML et al. Evaluation of the Committee on Safety of Medicines yellow card reports on oral contraceptive-drug interactions with anticonvulsants and antibiotics. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1988, 25:527-532.
- (504) Back DJ, Tjia J, Martin C et al. The lack of interaction between temafloxacin and combined oral contraceptive steroids. *Contraception*, 1991, 43:317-323.
- (505) Bacon JF, Shenfield GM. Pregnancy attributable to interaction between tetracycline and oral contraceptives. *British Medical Journal*, 1980, 280:293.
- (506) Bainton R. Interaction between antibiotic therapy and contraceptive medication. *Oral Surgery, Oral Medicine, and Oral Pathology*, 1986, 61:453-455.
- (507) Bollen M. Use of antibiotics when taking the oral contraceptive pill. [comment]. *Australian Family Physician*, 1995, 24:928-929.
- (508) Bromham DR. Knowledge and use of secondary contraception among patients requesting termination of pregnancy. *British Medical Journal*, 1993, 306:556-557.
- (509) Cote J. Interaction of griseofulvin and oral contraceptives. [comment]. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 1990, 22:124-125.
- (510) Csemiczky G, Alvendal C, Landgren BM. Risk for ovulation in women taking a low-dose oral contraceptive (Microgynon) when receiving antibacterial treatment with a fluoroquinolone (ofloxacin). *Advances in Contraception*, 1996, 12:101109.
- (511) de Groot AC, Eshuis H, Stricker BH. [Inefficiency of oral contraception during use of minocycline]. [Dutch]. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1990, 134:1227-1229.
- (512) DeSano EA Jr, Hurley SC. Possible interactions of antihistamines and antibiotics with oral contraceptive effectiveness. *Fertility & Sterility*, 1982, 37:853-854.
- (513) Donley TG, Smith RF, Roy B. Reduced oral contraceptive effectiveness with concurrent antibiotic use: a protocol for prescribing antibiotics to women of childbearing age. *Compendium*, 1990, 11:392-396.
- (514) Friedman CI, Huneke AL, Kim MH et al. The effect of ampicillin on oral contraceptive effectiveness. *Obstetrics & Gynecology*, 1980, 55:33-37.
- (515) Grimmer SF, Allen WL, Back DJ et al. The effect of cotrimoxazole on oral contraceptive steroids in women. *Contraception*, 1983, 28:53-59.
- (516) Helms SE, Bredle DL, Zajic J et al. Oral contraceptive failure rates and oral antibiotics. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 1997, 36:705-710.
- (517) Hempel E, Bohm W, Carol W et al. [Enzyme induction by drugs and hormonal contraception]. [German]. *Zentralblatt fur Gynakologie*, 1973, 95:1451-1457.
- (518) Hempel E, Zorn C, Graf K. [Effect of chemotherapy agents and antibiotics on hormonal contraception]. [German]. *Zeitschrift fur Arztliche Fortbildung (Jena)*, 1978, 72:924926.
- (519) Hetenyi G. Possible interactions between antibiotics and oral contraceptives. *Therapia Hungarica (English edition)*, 1989, 37:86-89.
- (520) Hughes BR, Cunliffe WJ. Interactions between the oral contraceptive pill and antibiotics. [comment]. *British Journal of Dermatology*, 1990, 122:717-718.
- (521) Joshi JV, Joshi UM, Sankholi GM et al. A study of interaction of low-dose combination oral contraceptive with ampicillin and metronidazole. *Contraception*, 1980, 22:643-652.
- (522) Kakouris H, Kovacs GT. Pill failure and nonuse of secondary precautions. *British Journal of Family Planning*, 1992, 18:41-44.
- (523) Kakouris H, Kovacs GT. How common are predisposing factors to pill failure among pill users? *British Journal of Family Planning*, 1994, 20:33-35.
- (524) Kovacs GT, Riddoch G, Duncombe P et al. Inadvertent pregnancies in oral contraceptive users. *Medical Journal of Australia*, 1989, 150:549-551.
- (525) Lequeux A. [Pregnancy under oral contraceptives after treatment with tetracycline]. [French]. *Louvain Medical*, 1980, 99:413-414.
- (526) London BM, Lookingbill DP. Frequency of pregnancy in acne patients taking oral antibiotics and oral contraceptives. *Archives of Dermatology*, 1994, 130:392-393.
- (527) Maggiolo F, Puricelli G, Dottorini M et al. The effects of ciprofloxacin on oral contraceptive steroid treatments. *Drugs Under Experimental and Clinical Research*, 1991, 17:451454.
- (528) Murphy AA, Zacur HA, Charache P et al. The effect of tetracycline on levels of oral contraceptives. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1991, 164:28-33.
- (529) Neely JL, Abate M, Swinker M et al. The effect of doxycycline on serum levels of ethinyl estradiol, norethindrone, and endogenous progesterone. *Obstetrics & Gynecology*, 1991, 77:416-420.
- (530) Pillans PI, Sparrow MJ. Pregnancy associated with a combined oral contraceptive and itraconazole. [comment]. *New Zealand Medical Journal*, 1993, 106:436.
- (531) Scholten PC, Droppert RM, Zwinkels MG et al. No interaction between ciprofloxacin and an oral contraceptive. *Antimicrobial Agents & Chemotherapy*, 1998, 42:3266-3268.
- (532) Silber TJ. Apparent oral contraceptive failure associated with antibiotic administration. *Journal of Adolescent Health Care*, 1983, 4:287-289.
- (533) Sparrow MJ. Pill method failures. *New Zealand Medical Journal*, 1987, 100:102-105.
- (534) Sparrow MJ. Pregnancies in reliable pill takers. *New Zealand Medical Journal*, 1989, 102:575-577.
- (535) Sparrow MJ. Pill method failures in women seeking abortion - fourteen years experience. *New Zealand Medical Journal*, 1998, 111:386-388.
- (536) van Dijke CP, Weber JC. Interaction between oral contraceptives and griseofulvin. *British Medical Journal (Clinical research ed)*, 1984, 288:1125-1126.
- (537) Wermeling DP, Chandler MH, Sides GD et al. Dirithromycin increases ethinyl estradiol clearance without allowing ovulation. *Obstetrics & Gynecology*, 1995, 86:78-84.
- (538) Young LK, Farquhar CM, McCowan LM et al. The contraceptive practices of women seeking termination of pregnancy in an Auckland clinic. *New Zealand Medical Journal*, 1994, 107:189-192.



- (539) Abrams LS, Skee D, Natarajan J et al. Pharmacokinetic overview of Ortho Evra/Evra. *Fertility & Sterility*, 2002, 77:s3-s12.
- (540) Dogterom P, van den Heuvel MW, Thomsen T. Absence of pharmacokinetic interactions of the combined contraceptive vaginal ring NuvaRing with oral amoxicillin or doxycycline in two randomized trials. *Clinical Pharmacokinetics*, 2005, 44:429-438.
- (541) Devenport MH, Crook D, Wynn V et al. Metabolic effects of low-dose fluconazole in healthy female users and non-users of oral contraceptives. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1989, 27:851-859.
- (542) Hilbert J, Messig M, Kuye O. Evaluation of interaction between fluconazole and an oral contraceptive in healthy women. *Obstetrics & Gynecology*, 2001, 98:218-223.
- (543) Kovacs I, Somos P, Hamori M. Examination of the potential interaction between ketoconazole (Nizoral) and oral contraceptives with special regard to products of low hormone content (Rigevidon, anteovin). *Therapia Hungarica (English edition)*, 1986, 34:167-170.
- (544) Lunell NO, Pschera H, Zador G et al. Evaluation of the possible interaction of the antifungal triazole SCH 39304 with oral contraceptives in normal health women. *Gynecologic & Obstetric Investigation*, 1991, 32:91-97.
- (545) McDaniel PA, Cladroney RD. Oral contraceptives and griseofulvin interactions. *Drug Intelligence & Clinical Pharmacy*, 1986, 20:384.
- (546) Meyboom RH, van Puijenbroek EP, Vinks MH et al. Disturbance of withdrawal bleeding during concomitant use of itraconazole and oral contraceptives. *New Zealand Medical Journal*, 1997, 110:300.
- (547) Rieth H, Sauerbrey N. [Interaction studies with fluconazole, a new triazole antifungal drug]. [German]. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 1989, 139:370-374.
- (548) Sinofsky FE, Pasquale SA. The effect of fluconazole on circulating ethinyl estradiol levels in women taking oral contraceptives. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1998, 178:300-304.
- (549) van Puijenbroek EP, Feenstra J, Meyboom RH. [Pill cycle disturbance in simultaneous use of itraconazole and oral contraceptives]. [Dutch]. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1998, 142:146-149.
- (550) van Puijenbroek EP, Egberts AC, Meyboom RH et al. Signalling possible drug-drug interactions in a spontaneous reporting system: delay of withdrawal bleeding during concomitant use of oral contraceptives and itraconazole. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1999, 47:689-693.
- (551) Verhoeven CH, van den Heuvel MW, Mulders TM et al. The contraceptive vaginal ring, NuvaRing, and antimycotic co-medication. *Contraception*, 2004, 69:129-132.
- (552) Back DJ, Breckenridge AM, Grimmer SF et al. Pharmacokinetics of oral contraceptive steroids following the administration of the antimalarial drugs primaquine and chloroquine. *Contraception*, 1984, 30:289-295.
- (553) Croft AM, Herxheimer A. Adverse effects of the antimalaria drug, mefloquine: due to primary liver damage with secondary thyroid involvement? *BMC Public Health*, 2002, 2:6.
- (554) Karbwang J, Looareesuwan S, Back DJ et al. Effect of oral contraceptive steroids on the clinical course of malaria infection and on the pharmacokinetics of mefloquine in Thai women. *Bulletin of the World Health Organization*, 1988, 66:763-767.
- (555) McGready R, Stepniewska K, Seaton E et al. Pregnancy and use of oral contraceptives reduces the biotransformation of proguanil to cycloguanil. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 2003, 59:553-557.
- (556) Wanwimolruk S, Kaewwicht S, Tanthayaphinant O et al. Lack of effect of oral contraceptive use on the pharmacokinetics of quinine. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1991, 31:179-181.
- (557) Back DJ, Breckenridge AM, Crawford FE et al. The effect of rifampicin on norethisterone pharmacokinetics. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 1979, 15:193-197.
- (558) Back DJ, Breckenridge AM, Crawford FE et al. The effect of rifampicin on the pharmacokinetics of ethinylestradiol in women. *Contraception*, 1980, 21:135-143.
- (559) Barditch-Crovo P, Trapnell CB, Ette E et al. The effects of rifampicin and rifabutin on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of a combination oral contraceptive. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 1999, 65:428-438.
- (560) Bolt HM, Bolt M, Kappus H. Interaction of rifampicin treatment with pharmacokinetics and metabolism of ethinyl-estradiol in man. *Acta Endocrinologica (Copenhagen)*, 1977, 85:189-197.
- (561) Gupta KC, Ali MY. Failure of oral contraceptive with rifampicin. *Medical Journal of Zambia*, 1981, 15:23.
- (562) Hirsch A. [Letter: Sleeping pills]. [French]. *La Nouvelle presse medicale*, 1973, 2:2957.
- (563) Hirsch A, Tillement JP, Chretien J. Effets contraires de la rifampicine sur les contraceptifs oraux: a propos de trois grossesses non desirees chez trois malades. *Revue frangaise des maladies respiratoires*, 1975, 2:174-182.
- (564) Joshi JV, Joshi UM, Sankholi GM et al. A study of interaction of a low-dose combination oral contraceptive with anti-tubercular drugs. *Contraception*, 1980, 21:617-629.
- (565) Kropp R. [Rifampicin and oral contraceptives (author's transl)]. [German]. *Praxis der Pneumologie vereinigt mit Der Tuberkulosearzt*, 1974, 28:270-272.
- (566) LeBel M, Masson E, Guilbert E et al. Effects of rifabutin and rifampicin on the pharmacokinetics of ethinylestradiol and norethindrone. *Journal of Clinical Pharmacology*, 1998, 38:1042-1050.
- (567) Meyer B, Muller F, Wessels P et al. A model to detect interactions between roxithromycin and oral contraceptives. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 1990, 47:671-674.
- (568) Nocke-Finke L, Breuer H, Reimers D. [Effects of rifampicin on the menstrual cycle and on oestrogen excretion in patients taking oral contraceptives]. [German]. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1973, 98:1521-1523.
- (569) Piguet B, Muglioni JF, Chaline G. [Letter: Oral contraception and rifampicin]. [French]. *La Nouvelle presse medicale*, 1975, 4:115-116.
- (570) Reimers D, Jezek A. [the simultaneous use of rifampicin and other antitubercular agents with oral contraceptives]. [German]. *Praxis der Pneumologie vereinigt mit Der Tuberkulosearzt*, 1971, 25:255-262.
- (571) Skolnick JL, Stoler BS, Katz DB et al. Rifampicin, oral contraceptives, and pregnancy. *Journal of American Medical Association*, 1976, 236:1382.
- (572) Szoka PR, Edgren RA. Drug interactions with oral contraceptives: compilation and analysis of an adverse experience report database. *Fertility & Sterility*, 1988, 49:s31-s38.



## КОНТРАЦЕПТИВИ САМО СО ПРОГЕСТОГЕН (КСП; РОСs)

КСП не заштитуваат од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА			ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ
	3 = започнување, П = продолжување			
	ТСП	Д/НЕ	ЛНГ/ЕТГ	
<b>ТСП</b> = таблети само со прогестегон <b>ЛНГ/ЕТГ</b> = импланти со левоноргетрел и со етоногестрел <b>Д/НЕ</b> = депо медроксипрогестерон ацетат (ДМПА) / норетистерон енантат (НЕТ-ЕН)				
<b>ЛИЧНИ КАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНА ИСТОРИЈА</b>				
<b>БРЕМЕНОСТ</b>	NA	NA	NA	NA = нема податоци <b>Појаснување:</b> Употребата на ТСП не е неопходна. Не се познати штетни последици по здравјето на жената, текот на бременоста или фетусот доколку за време на бременоста случајно се искористи КСП. Но, сè уште е нејасна поврзаноста помеѓу користењето ДМПА во бременоста и влијанието врз фетусот.
<b>ВОЗРАСТ</b>				<b>Докази:</b> Повеќето испитувања покажуваат дека жените губат минерална густина на коските додека користат ДМПА, но повторно ја стекнуваат откако ќе прекинат да користат ДМПА. Не е познато дали употребата на ДМПА кај адолесцентите влијае врз горното ниво на коскена маса или дали возрасните жени што долго време користеле ДМПА може да ја повратат минералната густина на коските на основно ниво пред да влезат во менопауза. Не е утврдена поврзаност помеѓу промените на минералната густина на коските во репродуктивните години, поврзани со ДМПА, и ризиците за идни фрактури (1-41). Испитувањата немаат установено влијание или пак даваат несигурни резултати околу влијанието на сите КСП освен ДМПА и тоа врз минералната густина на коските (42-54).
а) Од менарха до < 18 год.	1	2	1	
б) 18 до 45 години	1	1	1	
в) > 45 години	1	2	1	
<b>ПАРИТЕТ</b>				
а) Жени кои не родиле	1	1	1	
б) Жени кои родиле	1	1	1	
<b>ДОЕЊЕ</b>				<b>Појаснување:</b> Постои загриженост дека за новороденчето може да постои ризик од изложеност на стероидни хормони за време на првите шест недели по породувањето. Но, во многу околности ризиците од морбидитет во бременоста и од морталитет се високи, а пристапот до услуги е ограничен. При такви услови, КСП можеби се еден од малкуте методи со широка достапност и пристапност за доилките по породувањето. <b>Докази:</b> Директните докази од клиничките испитувања не покажуваат дека КСП влијаат врз самото доење (55-90) и во принцип не покажуваат штетно влијание врз деца под шестнеделна возраст поради изложеност преку мајчино млеко; но овие испитувања беа несоодветно конципирани за да се утврди дали постои ризик од сериозни или суптилни долготрајни влијанија (55-59; 67; 69; 71; 73; 80; 83; 84). Анимални студии покажуваат дека прогестеронот има некакво влијание врз мозокот во развој; не е јасно дали кај луѓето се јавуваат слични влијанија поради изложеноста на прогестоген (91-95).
а) < 6 недели по породувањето	3	3	3	
б) ≥ 6 недели до < 6 месеца по породувањето (доење првенствено)	1	1	1	
в) ≥ 6 месеца по породувањето	1	1	1	

КСП не заштитуваат од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА 3 = започнување, П = продолжување			ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ
	ТСП	Д/НЕ	ЛНГ/ЕТГ	
<b>ТСП</b> = таблети само со прогестегон <b>ЛНГ/ЕТГ</b> = импланти со левоногетрел и со етоногестрел <b>Д/НЕ</b> = депо медроксипрогестерон ацетат (ДМПА) / норетистерон енантат (НЕТ-ЕН)				
<b>ПОСТПАРТУСЕН ПЕРИОД</b> (кај жени што не дојат)				
а) < 21 ден	1	1	1	
б) ≥ 21 ден	1	1	1	
<b>ПО АБОРТУС</b>				<b>Појаснување:</b> Со КСП може да се почне веднаш по абортусот. <b>Докази:</b> Според ограничените докази негативни нуспојави не се јавуваат ако се започне со употреба на Norplant или НЕТ-ЕН по абортус во првиот триместар (96-99).
а) Прв триместар	1	1	1	
б) Втор триместар	1	1	1	
в) Скорешен постсептичен абортус	1	1	1	
<b>ПРЕТХОДНА ЕКТОПИЧНА БРЕМЕНОСТ*</b>	2	1	1	
<b>ИСТОРИЈА НА ПЕЛВИЧНА ОПЕРАЦИЈА</b>	1	1	1	
<b>ПУШЕЊЕ</b>				
а) Возраст < 35 години	1	1	1	
б) Возраст ≥ 35 години				
(i) < 15 цигари/ден	1	1	1	
(ii) ≥ 15 цигари/ден	1	1	1	
<b>ДЕБЕЛИНА</b>				<b>Појаснување:</b> Пожелно е да се има мерења на крвниот притисок направени пред започнувањето со употреба на КСП. Но, во дадени околности такви мерења не се достапни. Во многу вакви околности постои висок ризик од морбидитет во бременоста и од морталитет, а КСП може да се едни од ретките методи со широка достапност. Во тие околности, на жените не треба да им се оневозможи употребата на КСП само затоа што не може да им се измери крвниот притисок.
а) ИТМ ≥ 30 kg/m <sup>2</sup>	1	1	1	
б) Од менарха до < 18 години и ИТМ ≥ 30 kg/m <sup>2</sup>	1	ДМПА=2 НЕТ-ЕН=1	1	
<b>НЕ СЕ ДОСТАПНИ МЕРЕЊА ЗА КРВНИОТ ПРИТИСОК</b>	NA	NA	NA	<b>Појаснување:</b> Пожелно е да се има мерења на крвниот притисок направени пред започнувањето со употреба на КСП. Но, во дадени околности такви мерења не се достапни. Во многу вакви околности постои висок ризик од морбидитет во бременоста и од морталитет, а КСП може да се едни од ретките методи со широка достапност. Во тие околности, на жените не треба да им се оневозможи употребата на КСП само затоа што не може да им се измери крвниот притисок.

КСП не заштитуваат од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА 3 = започнување, П = продолжување			ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ
	ТСП	Д/НЕ	ЛНГ/ЕТГ	
<p>ТСП = таблети само со прогестегон ЛНГ/ЕТГ = импланти со левоноргестрел и со етоногестрел  Д/НЕ = дело медроксипрогестерон ацетат (ДМПА) / норетистерон енантат (НЕТ-ЕН)</p>				
<b>КАРДИОВАСКУЛАРНО ЗАБОЛУВАЊЕ</b>				
<b>ПОВЕЌЕКРАТНИ ФАКТОРИ НА РИЗИК ОД АРТЕРИСКО КАРДИОВАСКУЛАРНО ЗАБОЛУВАЊЕ</b> (како на пр., постара возраст, пушење, дијабетес и хипертензија)	2	3	2	<b>Појаснување:</b> Кога постојат повеќекратни фактори на ризик, ризикот од кардиоваскуларно заболување може значително да се зголеми. Некои КСП може да го зголемат ризикот од тромбоза, иако ваквото зголемување е значително помало отколку кај КОК. Влијанијата на ДМПА и НЕТ-ЕН може да останат и по прекинување на употребата.
<b>ХИПЕРТЕНЗИЈА*</b> За сите категории на хипертензија, класификациите се засноваат на претпоставката дека не постојат други фактори на ризик од кардиоваскуларно заболување. Во присуство на повеќекратни фактори на ризик, ризикот од кардиоваскуларно заболување може значително да се зголеми. Едно мерење на крвниот притисок не е доволно за една жена да се карактеризира како хипертензивна.				
а) Историја на хипертензија, каде што крвниот притисок НЕ МОЖЕ да се евалуира (вклучувајќи хипертензија во бременоста)	2	2	2	<b>Појаснување:</b> Пожелно е да се има мерења на крвниот притисок направени пред започнувањето со употреба на КСП. Но, во дадени околности такви мерења не се достапни. Во многу вакви околности постои висок ризик од морбидитет во бременоста и од морталитет, а КСП може да се едни од ретките методи со широка достапност. Во тие околности, на жените не треба да им се оневозможи употребата на КСП само затоа што не може да им се измери крвниот притисок.
б) Адекватно контролирана хипертензија, каде што крвниот притисок МОЖЕ да се евалуира	1	2	1	<b>Појаснување:</b> Споредено со нетретираните жени, кај жените што се адекватно третирани за хипертензија има намален ризик од акутен миокарден инфаркт и мозочен удар. Иако не постојат податоци, кај корисниците на КСП со адекватно контролирана и следена хипертензија треба да има намален ризик од акутен миокарден инфаркт и мозочен удар, споредено со нетретираните хипертензивни корисници на КСП.
в) Покачен крвен притисок (соодветни мерења)				<b>Докази:</b> Ограничените докази покажуваат дека од жените со хипертензија, кај оние што користеа КСП или средство за инјектирање само со прогестегон постои малку зголемен ризик од кардиоваскуларно заболување споредено со жените што не го користеа овој метод (109).
(i) систолен 140-159 или дијастолен 90-99 mm Hg	1	2	1	
(ii) систолен $\geq 160$ или дијастолен $\geq 100$ mm Hg	2	3	2	
г) Васкуларно заболување	2	3	2	

КСП не заштитуваат од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА 3 = започнување, П = продолжување			ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ
	ТСП	Д/НЕ	ЛНГ/ЕТГ	
<b>ТСП = таблети само со прогестегон ЛНГ/ЕТГ = импланти со левоноргетрел и со етоногестрел Д/НЕ = депо медроксипрогестерон ацетат (ДМПА) / норетистерон енантат (НЕТ-ЕН)</b>				
<b>ИСТОРИЈА НА ВИСОК КРВЕН ПРИТИСОК ЗА ВРЕМЕ НА БРЕМЕНОСТА</b> (каде што актуелниот крвен притисок е мерлив и нормален)	1	1	1	
<b>ДЛАБОКА ВЕНСКА ТРОМБОЗА (ДВТ) / ПУЛМОНАЛНА ЕМБОЛИЈА (ПЕ)*</b>				<b>Појаснување:</b> Не постојат директни докази за употребата на КСП кај жени со ДВТ/ПЕ со антикоагулантна терапија. Иако доказите околу ризикот од длабока венска тромбоза поради употреба на КСП се непотврдени кај здрави жени, секое мало зголемување на ризикот е значително помало отколку кај употребата на КОК (109-111).  <b>Појаснување:</b> Не постојат директни докази за употребата на КСП кај жени со ДВТ/ПЕ со антикоагулантна терапија. Иако доказите околу ризикот од длабока венска тромбоза поради употреба на КСП се непотврдени кај здрави жени, секое мало зголемување на ризикот е значително помало отколку кај употребата на КОК (109-111). Ограничените докази покажуваат дека интрамускулното инјектирање ДМПА кај жени на хронична антикоагулантна терапија не претставува значителен ризик од хематоми на инјектираното место или не го зголемува ризикот од обилно нередовно вагинално крварење (112; 113)
а) Историја на ДВТ/ПЕ	2	2	2	
б) Акутна форма на ДВТ/ПЕ	3	3	3	
в) ДВТ/ПЕ и утврдена антикоагулантна терапија	2	2	2	
г) Семејна историја (роднини од прво колено)	1	1	1	
д) Поголем хируршки зафат				
(i) со пролонгирана имобилизација	2	2	2	
(ii) без пролонгирана имобилизација	1	1	1	
ѓ) Помал хируршки зафат без имобилизација	1	1	1	
<b>ПОЗНАТИ ТРОМБОГЕНИ МУТАЦИИ</b> (на пр., фактор V Leiden, протромбинска мутација; протеин S, протеин C, и недостатоци на антиромбин)	2	2	2	<b>Појаснување:</b> Рутинскиот скрининг не е најпогоден поради реткоста на болеста и високите трошоци за скринингот.
<b>ПОВРШНА ВЕНСКА ТРОМБОЗА</b>				
а) Варикозни вени	1	1	1	
б) Површински тромбофлебит	1	1	1	
<b>ТЕКОВНА И МИНАТА ИСХЕМИЧНА СРЦЕВА БОЛЕСТ</b>	I   C		I   C	
	2   3	3	2   3	
<b>МОЗОЧЕН УДАР*</b> (историја на цереброваскуларен инсулт)	I   C		I   C	
	2   3	3	2   3	

КСП не заштитуваат од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА 3 = започнување, П = продолжување						ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ
	ТСП		Д/НЕ		ЛНГ/ЕТГ		
<p><b>ТСП</b> = таблети само со прогестегон <b>ЛНГ/ЕТГ</b> = импланти со левоноргетрел и со етоногестрел  <b>Д/НЕ</b> = дело медроксипрогестерон ацетат (ДМПА) / норетистерон енантат (НЕТ-ЕН)</p>							
<b>ПОЗНАТИ ХИПЕРЛИПИДЕМИИ</b>	2	2	2	2	2	2	Рутинскиот скрининг не е најпогоден поради реткоста на болеста и високите трошоци за скринингот. Некои типови хиперлипидемии претставуваат фактори на ризик од васкуларно заболување.
<b>ВАЛВУЛАРНА СРЦЕВА БОЛЕСТ*</b>							
а) Некомплицирана	1	1	1	1	1	1	
б) Комплицирана (пулмонална хипертензија, ризик од атријална фибрилација, историја на субакутен бактериски ендокардит)	1	1	1	1	1	1	
<b>РЕВМАТИЧНИ ЗАБОЛУВАЊА</b>							
<b>СИСТЕМСКИ ЛУПУС ЕРИТОМАТОЗУС (СЛЕ)</b>							
<p>Кај луѓето со СЛЕ постои зголемен ризик од исхемична срцева болест, мозочен удар и од венска тромбоемболија. Категориите што се даваат за таквите состојби во <i>Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви</i> треба да се исти и за жените со СЛЕ кај коишто се јавуваат овие состојби. За сите категории на СЛЕ, класификацијата се заснова на претпоставката дека не постојат други фактори на ризик од кардиоваскуларно заболување; овие класификации мора да се изменат ако се појават такви фактори на ризик. Достапните докази посочуваат дека многу жени со СЛЕ може да се сметаат за добри кандидати за повеќето контрацептивни методи, вклучувајќи и хормонска контрацепција (114-132).</p>							
а) Позитивни (или непознати) антифосфолипидни антитела	3	3	3	3	3	3	<b>Докази:</b> Антифосфолипидните антитела се поврзуваат со поголем ризик од артериска и венска тромбоза (133-135).
б) Тешка тромбоцитопенија	2	3	2	2	2	2	
в) Имуносупресивна терапија	2	2	2	2	2	2	
г) Ниедно од горенаведените	2	2	2	2	2	2	
<b>НЕВРОЛОШКИ СОСТОЈБИ</b>							
<b>ГЛАВОБОЛКИ*</b>	<b>3</b>	<b>П</b>	<b>3</b>	<b>П</b>	<b>3</b>	<b>П</b>	<b>Појаснување:</b> Класификацијата зависи од точната дијагноза на тешките главоболки односно од тоа дали се мигренозни или не. Треба да се евалуира секоја нова главоболка или забележана промена. Класификацијата важи за жени без какви било други фактори на ризик од мозочен удар. Ризикот од мозочен удар расте поради возраста, хипертензија и пушење.
а) Немигренозна (блага или тешка)	1	1	1	1	1	1	
б) Мигрена							
(i) без аура							
<i>Возраст &lt; 35 години</i>	1	2	2	2	2	2	
<i>Возраст ≥ 35 години</i>	1	2	2	2	2	2	
(ii) со аура, на која било возраст	2	3	2	3	2	3	
<b>ЕПИЛЕПСИЈА</b>	1	1	1	1	1	1	<b>Појаснување:</b> Ако жената прима антиконвулзиви, погледнете го делот за интеракции на лекови. Одредени антиконвулзиви го намалуваат дејството на КСП.
<b>ДЕПРЕСИВНИ РАСТРОЈСТВА</b>							
<b>ДЕПРЕСИВНИ РАСТРОЈСТВА</b>	1	1	1	1	1	1	<b>Појаснување:</b> Појаснувањето се заснова на податоци за жени со селектирани депресивни растројства. Не беа достапни податоци за биполарно растројство или за постпартална депресија. Постои можност за интеракции на лекови помеѓу одредени антидепресиви и хормонски контрацептиви. <b>Докази:</b> Употребата на КОК не ги зголеми симптоми на оваа болест кај жени со депресија, споредено со лица со основни симптоми (136-139).

КСП не заштитуваат од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА 3 = започнување, П = продолжување			ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ
	ТСП	Д/НЕ	ЛНГ/ЕТГ	
<p><b>ТСП</b> = таблети само со прогестегон <b>ЛНГ/ЕТГ</b> = импланти со левоноргестрел и со етоногестрел  <b>Д/НЕ</b> = депо медроксипрогестерон ацетат (ДМПА) / норетистерон енантат (НЕТ-ЕН)</p>				
<b>ИНФЕКЦИИ И ЗАБОЛУВАЊА НА РЕПРОДУКТИВНИОТ ТРАКТ</b>				
<b>ВАГИНАЛНИ КРВАРЕЊА*</b>				
а) Ирегуларни необилни крварења	2	2	2	<b>Појаснување:</b> Невообичаено тешките крварења би требало да индицираат сериозна здравствена состојба.
б) Обилни или пролонгирани крварења (вклучително регуларни и ирегуларни)	2	2	2	
<b>НЕОБЈАСНЕТО ВАГИНАЛНО КРВАРЕЊЕ*</b> (индикативно за сериозна здравствена состојба)				
Пред евалуација	2	3	3	<b>Појаснување:</b> Ако постои сомнеж за бременост или патолошка состојба (нако пелвична малигност), потребна е евалуација, а потоа и приспособување на категоријата.
<b>ЕНДОМЕТРИОЗА</b>	1	1	1	
<b>БЕНИГНИ ТУМОРИ НА ЈАЈНИЦИТЕ</b> (вклучително и цисти)	1	1	1	
<b>ТЕШКА ДИСМЕНОРЕЈА</b>	1	1	1	
<b>ГЕСТАЦИСКА ТРОФОБЛАСТНА БОЛЕСТ</b>				
а) Опаѓачко или незабележливо ниво на $\beta$ -hCG	1	1	1	
б) Континуирано зголемени нивоа на $\beta$ -hCG или малигна болест	1	1	1	
<b>ЕКТРОПИЈА НА ЦЕРВИКС*</b>	1	1	1	
<b>ЦЕРВИКАЛНА ИНТРАЕПИТЕЛИЈАЛНА НЕОПЛАЗИЈА (ЦИН)</b>	1	2	2	<b>Докази:</b> Кај жените со постојана инфекција на хуман папилома-вирус (ХПВ), долготрајната употреба на ДМПА ( $\geq 5$ години) може да го зголеми ризикот од карцином ин ситу и инвазивен карцином (140).
<b>ЦЕРВИКАЛЕН КАРЦИНОМ*</b> (се чека лекување)	1	2	2	
<b>БОЛЕСТ НА ДОЈКИТЕ*</b>				
а) Недијагностицирана маса	2	2	2	<b>Појаснување:</b> Евалуација треба да се спроведе што е можно порано.
б) Бенигно заболување на дојките	1	1	1	
в) Семејна историја на карцином	1	1	1	
г) Карцином на дојката				
(i) тековен	4	4	4	
(ii) излекуван и без докази за заболување во период од 5 години	3	3	3	
<b>ЕНДОМЕТРИЈАЛЕН КАРЦИНОМ*</b>	1	1	1	
<b>КАРЦИНОМ НА ЈАЈНИЦИТЕ*</b>	1	1	1	
<b>ЛЕИОМИОМ НА УТЕРУСОТ*</b>				
а) Без искривувања на утерусната празнина	1	1	1	
б) Со искривувања на утерусната празнина	1	1	1	



КСП не заштитуваат од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА З = започнување, П = продолжување			ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ
	ТСП	Д/НЕ	ЛНГ/ЕТГ	
<b>ТСП = таблети само со прогестегон ЛНГ/ЕТГ = импланти со левоноргетрел и со етоногестрел</b> <b>Д/НЕ = дело медроксипрогестерон ацетат (ДМПА) / норетистерон енантат (НЕТ-ЕН)</b>				
<b>ПЕЛВИЧНА ИНФЛАМАТОРНА БОЛЕСТ (ПИБ)*</b> а) Мината ПИБ (под претпоставка дека нема тековни фактори на ризик од СПИ) (i) со последователна бременост (ii) без последователна бременост б) ПИБ - тековна	1 1 1	1 1 1	1 1 1	
<b>СПИ (STI<sub>s</sub>)</b> а) Пурулентен цервицит или инфекција со хламидија или гонореја б) Други СПИ (без ХИВ и хепатит) в) Вагинит (вклучувајќи вагинална трихомонијаза и бактериска вагиноза) г) Зголемен ризик од СПИ	1 1 1 1	1 1 1 1	1 1 1 1	<b>Докази:</b> Доказите покажуваат дека кај корисниците на ДМПА со висок ризик од СПИ, може да има зголемен ризик од хламидијален цервицит. За други СПИ, не постојат докази за поврзаност помеѓу употребата на ДМПА и заразата со СПИ или пак доказите се премногу ограничени за да се изведе некаков заклучок. Нема докази за други КСП (141-148).
<b>ХИВ/СИДА</b>				
<b>ВИСОК РИЗИК ОД ХИВ</b>	1	1	1	<b>Докази:</b> Доказите не укажуваат на поврзаност помеѓу употребата на ДМПА и заразата со ХИВ, иако испитувањата спроведени кај високоризични популации не дадоа сигурни заклучоци (149-173).
<b>ЗАРАЗЕНИ СО ХИВ</b>	1	1	1	<b>Докази:</b> Повеќето испитувања не укажуваат на зголемен ризик од напредување на заболувањето од ХИВ со употребата на хормонска контрацепција, измерено преку промените во бројот на клетките CD4, титарот или преживувањето на вирусот. Испитувањата во коишто се посочува дека кај жените со ХИВ што користат хормонска контрацепција постои зголемен ризик од зараза со СПИ, главно се доследни со согледувањата за незаразени жени. Едно директно испитување не утврди поврзаност помеѓу употребата на хормонска контрацепција и зголемен ризик од пренесување ХИВ на незаразените партнери; неколку индиректни испитувања изнесоа неусогласени резултати околу тоа дали постои врска помеѓу хормонската контрацепција и зголемениот ризик од гениталниот тракт да се ослободи HIV-1 DNA или RNA (174-191).
<b>СИДА</b>	1	1	1	<b>Појаснување:</b> Поради можноста за интеракции на лекови помеѓу хормонската контрацепција и антиретровирусната терапија, погледнете го делот за интеракции на лекови.

КСП не заштитуваат од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА З = започнување, П = продолжување			ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ
	ТСП	Д/НЕ	ЛНГ/ЕТГ	
<p><b>ТСП</b> = таблети само со прогестегон <b>ЛНГ/ЕТГ</b> = импланти со левоноргетрел и со етоногестрел  <b>Д/НЕ</b> = депо медроксипрогестерон ацетат (ДМПА) / норетистерон енантат (НЕТ-ЕН)</p>				
<b>ДРУГИ ИНФЕКЦИИ</b>				
<b>ШИСТОЗОМИЈАЗА</b>				
а) Некомплицирана	1	1	1	<b>Докази:</b> Ограничените докази покажаа дека кај жените со некомплицирана шистозомијаза, употребата на ДМПА немаше негативно влијание врз функцијата на црниот дроб (192).
б) Фиброза на црниот дроб (ако е тешка, види цироза)	1	1	1	
<b>ТУБЕРКУЛОЗА</b>				
а) Непелвична	1	1	1	<b>Појаснување:</b> Ако жената зема рифампицин, погледнете го делот за интеракции на лекови. Рифампициноот може да го намали дејството на некои ТСП.
б) Пелвична	1	1	1	
<b>МАЛАРИЈА</b>				
<b>ЕНДОКРИНИ СОСТОЈБИ</b>				
<b>ДИЈАБЕТЕС</b>				
а) Анамнеза за гестациски дијабет	1	1	1	<b>Докази:</b> Во две мали испитувања, ТСП немаше негативно влијање врз серумските липидни нивоа (193; 194). Ограничените докази не даваат сигурни наоди околу развојот на инсулин независен дијабетес кај корисниците на ТСП со историја на гестациски дијабетес (195-198).
б) Заболување без васкуларни промени				
(i) инсулин независен дијабетес	2	2	2	<b>Докази:</b> Ограничените докази за жените со инсулин зависен или независен дијабетес поврзани со употребата на методи само со прогестоген (ТСП, ДМПА, ЛНГ импланти) покажуваат дека овие методи имаат мало влијание врз краткорочната или долгорочната контрола на дијабетесот (на пр., нивото на HbA <sub>1c</sub> ), хемостатичните маркери или липидниот профил. (199-202)
(ii) инсулин зависен дијабетес	2	2	2	
в) Нефропатија / ретинопатија / невропатија	2	3	2	
г) Друго васкуларно заболување или дијабетес што трае > 20 години	2	3	2	
<b>ТИРОИДНИ ЗАБОЛУВАЊА</b>				
а) Гушавост	1	1	1	
б) Хипертироидизам	1	1	1	
в) Хипотироидизам	1	1	1	
<b>ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНИ ЗАБОЛУВАЊА</b>				
<b>ЗАБОЛУВАЊА НА ЖОЛЧНОТО КЕСЕ*</b>				
а) Симптоматско				
(i) лекувано со холецистектомија	2	2	2	
(ii) лекувано со лекаства	2	2	2	
(ii) тековно	2	2	2	
б) Асимптоматско	2	2	2	

КСП не заштитуваат од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА 3 = започнување, П = продолжување			ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ
	ТСП	Д/НЕ	ЛНГ/ЕТГ	
<b>ТСП = таблети само со прогестегон ЛНГ/ЕТГ = импланти со левоноргетрел и со етоногестрел Д/НЕ = дело медроксипрогестерон ацетат (ДМПА) / норетистерон енантат (НЕТ-ЕН)</b>				
<b>ИСТОРИЈА НА ХОЛЕСТАЗА*</b>				
а) Поврзана со бременост	1	1	1	
б) Поврзана со мината употреба на КОК	2	2	2	
<b>ВИРУСЕН ХЕПАТИТИС</b>				
а) Акутна состојба или состојба на максимум на болеста	1	1	1	
б) Носител	1	1	1	
в) Хроничен	1	1	1	
<b>ЦИРОЗА</b>				
а) Блага (компензирана)	1	1	1	
б) Тешка (декомпензирана)	3	3	3	
<b>ТУМОРИ НА ЦРНИОТ ДРОБ*</b>				
а) Бенигни				
(i) Фокална нодуларна хиперплазија	2	2	2	<b>Докази:</b> Постојат ограничени и директни докази дека употребата на хормонална контрацепција не влијае врз прогресијата или регресијата на хепаталните лезии кај жени со фокална нодуларна хиперплазија (203-205).
(ii) Хепатоцелуларен аденом	3	3	3	
б) Малигни (хепатоми)	3	3	3	
<b>АНЕМИИ</b>				
<b>ТАЛАСЕМИЈА</b>	1	1	1	
<b>СРПЕСТА АНЕМИЈА</b>	1	1	1	<b>Докази:</b> Кај жените со српеста анемија, употребата на ТСП немаше негативно влијание врз хематолошките параметри, а во некои проучувања се покажа како корисна во поглед на клиничките симптоми (206-213).
<b>АНЕМИЈА СО ДЕФИЦИТ НА ЖЕЛЕЗО*</b>	1	1	1	
<b>ИНТЕРАКЦИИ НА ЛЕКОВИ</b>				
<b>АНТИРЕТРОВИРУСНА ТЕРАПИЈА</b>				
а) Нуклеозидни инхибитори на реверзна транскриптаза (NRTI)	1	ДМПА=1 НЕТ-ЕН=1	1	<b>Појаснување:</b> Антиретровирусните лекови можат да ја намалат или да ја зголемат биодостапноста на стероидни хормони кај хормонските контрацептиви. Ограничените податоци (сумирани во Анекс 1) укажуваат на потенцијални интеракции на лекови помеѓу многу антиретровирусни лекови (особено некои NNRTI и протеазни инхибитори зајакнати со ритонавир) и хормонски контрацептиви. Ваквите интеракции може да ги намалат безбедноста и дејството на хормонската контрацепција и на антиретровирусниот лек. Оттука, ако една жена на антиретровирусна терапија реши да започне или да продолжи со употреба на хормонска контрацепција, се препорачува доследно користење кондоми. Ова е за да се спречи пренесување ХИВ и да се надомести за можното намалено дејство на хормонската контрацепција.
б) Ненуклеозидни инхибитори на реверзна транскриптаза (NNRTI)	2	ДМПА=1 НЕТ-ЕН=1	2	
в) Протеазни инхибитори зајакнати со ритонавир	3	ДМПА=1 НЕТ-ЕН=1	2	

КСП не заштитуваат од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА 3 = започнување, П = продолжување			ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ
	ТСП	Д/НЕ	ЛНГ/ЕТГ	
<p><b>ТСП</b> = таблети само со прогестегон <b>ЛНГ/ЕТГ</b> = импланти со левоноргетрел и со етоногестрел  <b>Д/НЕ</b> = депо медроксипрогестерон ацетат (ДМПА) / норетистерон енантат (НЕТ-ЕН)</p>				
<b>АНТИКОНВУЛЗИВНА ТЕРАПИЈА</b>				
а) Одредени антиконвулзиви (фенитоин, карбамазепин, барбитурати, примодон, топирамат, окскарбазепин)	3	ДМПА=1 НЕТ-ЕН=2	2	<b>Појаснување:</b> Иако интеракцијата на некои антиконвулзиви со ТСП, НЕТ-ЕН или ЛНГ/ЕТГ импланти не им штети на жените, истата може да ја намали ефективностата на ТСП, НЕТ-ЕН или ЛНГ/ЕТГ имплантите. Останува нејасно дали ова дејство се ублажува со зголемување на хормонската доза на ТСП. Употребата на контрацепција треба да се поттикнува кај жени што долго употребуваат некој од овие лекови. Употребата на ДМПА е под Категорија 1 бидејќи неговата ефективност не се намалува со употребата на дадени антиконвулзиви.
б) Ламотригин	1	1	1	<b>Докази:</b> Употребата на одредени антиконвулзиви може да ја намали ефективностата на КОК (214-216). <b>Докази:</b> Кај жени со епилепсија што земаат ламотригин и користат ТСП не се утврдени интеракции на лекови.
<b>АНТИМИКРОБНА ТЕРАПИЈА</b>				
а) Антибиотици со широк спектар	1	1	1	<b>Појаснување:</b> Иако за жените не е штетна интеракцијата од терапијата на рифампицин или рифабутин со ТСП, НЕТ-ЕН или ЛНГ/ЕТГ импланти, постои веројатност да ја намали ефективностата на ТСП, НЕТ-ЕН или ЛНГ/ЕТГ имплантите. Треба да се поттикнува употребата на други контрацептиви кај жени што долго време користат некој од овие лекови. Употребата на ДМПА е под Категорија 1 бидејќи неговата ефективност не се намалува со употребата на рифампицин или рифабутин. Останува нејасно дали ова дејство се ублажува со зголемување на хормонската доза на ТСП.
б) Антимикотици	1	1	1	
в) Антипаразитици	1	1	1	
д) Терапија со рифампицин или рифабутин	3	ДМПА=1 НЕТ-ЕН=2	2	

## ДОПОЛНИТЕЛНИ КОМЕНТАРИ

### ПРЕТХОДНА ЕКТОПИЧНА БРЕМЕНОСТ

ТСП имаат повисока апсолутна стапка на ектопична бременост споредено со други КСП, но сепак е помала отколку да не се користи никаков метод. Таблетата што содржи 75µg десогестрел ја инхибира овулацијата во повеќето циклуси, а тоа укажува на понизок ризик од ектопична бременост.

### ХИПЕРТЕНЗИЈА

**Васкуларно заболување:** постои загриженост околу хипоестрогенските ефекти и намаленото ниво на липопротеин со висока густина (HDL), особено кај корисници на ДМПА и НЕТ-ЕН. Но, постои мала загриженост околу овие ефекти во однос на ТСП и ЛНГ/ЕТГ имплантите. Дејството на ТСП и ЛНГ/ЕТГ може да потрае и по прекилот на употребата.

### ДЛАБОКА ВЕНСКА ТРОМБОЗА/ПУЛМОНАЛНА ЕМБОЛИЈА

На жените на антикоагулантна терапија со историја на хеморагични цисти на јајникот може да им користи употребата на ДМПА.

### ТЕКОВНА И МИНАТА ИСХЕМИЧНА СРЦЕВА БОЛЕСТ

Постои загриженост околу хипоестрогенските ефекти и намаленото ниво на HDL, особено кај корисници на ДМПА и НЕТ-ЕН. Но, постои мала загриженост околу овие ефекти во однос на ТСП и ЛНГ/ЕТГ имплантите. Дејството на ТСП и ЛНГ/ЕТГ може да потрае и по прекилот на употребата.

### МОЗОЧЕН УДАР

Постои загриженост околу хипоестрогенските ефекти и намаленото ниво на HDL, особено кај корисници на ДМПА и НЕТ-ЕН. Но, постои мала загриженост околу овие ефекти во однос на ТСП и ЛНГ/ЕТГ имплантите. Дејството на ТСП и ЛНГ/ЕТГ може да потрае и по прекилот на употребата.

### СИСТЕМСКИ ЛУПУС ЕРИМАТОЗУС (СЛЕ)

Тешката тромбоцитопенија го зголемува ризикот од крварење. ТСП може да се корисни во лекувањето на менорагија кај жени со тешка тромбоцитопенија. Но, со оглед на зголеменото или променливо крварење што може да се забележи при започнувањето со ДМПА и иреверзибилноста 11-13 недели по внесувањето, започнувањето на ваквиот метод кај жени со тешка тромбоцитопенија треба да се спроведува претпазливо.

### ГЛАВОБОЛКИ

Аурата претставува специфичен фокален невролошки симптом. За повеќе информации поврзани со овој и со други дијагностички критериуми, види: Headache Classification Subcommittee of International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd edition. *Cephalalgia*. 2004; 24(Suppl 1): 1-150. [http://ihs-classification.org/en/02\\_klassifikation](http://ihs-classification.org/en/02_klassifikation) (пристапено на 21 август 2009 г.).

Постои загриженост дека тешките главоболки може да се зголемат со употребата на НЕТ-ЕН, ДМПА и на импланти. Дејството на НЕТ-ЕН и ДМПА може да потрае и по прекилот на употребата.

### ВАГИНАЛНИ КРВАРЕЊА

Нередовните менструални крварења се вообичаени кај здравите жени. Употребата на КССП редовно поттикнува нередовно крварење. Употребата на импланти може да поттикнува нередовни крварења, особено во првите 3-6 месеца, но ваквиот образец може да потрае и подолго. Кај корисниците на ЕТГ постои поголема веројатност да развијат аменореја отколку кај корисниците на ЛНГ.

### НЕОБЈАСНЕТО ВАГИНАЛНО КРВАРЕЊЕ

ТСП може да предизвика нередовно крварење што може да прикрие симптоми на тековна патологија. Дејството на НЕТ-ЕН и ДМПА може да потрае и по прекилот на употребата.

### ЦЕРВИКАЛЕН КАРЦИНОМ (СЕ ЧЕКА ЛЕКУВАЊЕ)

Во теорија, постои загриженост дека употребата на КССП може да влијае врз прогнозата на постоечката болест. Додека се чека лекување, жените може да користат КССП. Во принцип, лекувањето на оваа состојба предизвикува стерилитет кај жената.

### БОЛЕСТ НА ДОЈКАТА

**Карцином на дојката:** карциномот на дојката е хормонски чувствителен тумор, а употребата на КССП може да ја влоши прогнозата кај жени со актуелен или неодамнешен карцином на дојката.

### ЕНДОМЕТРИЈАЛЕН КАРЦИНОМ

Додека се чека лекување, жените може да користат КССП. Во принцип, лекувањето на оваа состојба предизвикува стерилитет кај жената.

### КАРЦИНОМ НА ЈАЈНИЦИТЕ

Додека се чека лекување, жените може да користат КССП. Во принцип, лекувањето на оваа состојба предизвикува стерилитет кај жената.

### ЛЕИОМИОМ НА УТЕРУСОТ

Се чини дека КССП не предизвикуваат раст на леиомиом на утерусот.

### ПЕЛВИЧНА ИНФЛАМАТОРНА БОЛЕСТ (ПИБ)

Не се знае дали КССП, слично како и КОК, го намалуваат ризикот од ПИБ кај жени со СПИ, но тие не заштитуваат од ХИВ или СПИ во долниот генитален тракт.

### ДИЈАБЕТЕС

**Нефропатија/ретинопатија/невропатија:** Постои загриженост околу хипоестрогенските ефекти и намаленото ниво на HDL, особено кај корисници на ДМПА и НЕТ-ЕН. Дејството на ТСП и ЛНГ/ЕТГ може да потрае и по прекилот на употребата. Некои КССП може

да го зголемат ризикот од тромбоза, иако ваквото зголемување е значително помало отколку кај КОК.

**Други васкуларни заболувања или дијабетес што трае > 20 години:** Постои загриженост околу хипоестрогенските ефекти и намаленото ниво на HDL, особено кај корисници на ДМПА и НЕТ-ЕН. Дејството на ТСП и ЛНГ/ЕТГ може да потрае и по прекинот на употребата. Некои КССП може да го зголемат ризикот од тромбоза, иако ваквото зголемување е значително помало отколку кај КОК.

### **ИСТОРИЈА НА ХОЛЕСТАЗА**

Историјата на холестаза поврзана со КОК може да предвиди последователна холестаза со употребата на КССП. Но, ова сè уште не е документирано.

### **ТУМОРИ НА ЦРНИОТ ДРОБ**

Не постојат докази околу употребата на хормонска контрацепција кај жени со хепатоцелуларни аденоми. Со оглед на фактот што употребата на КОК кај здрави жени се поврзува со развој и раст на хепатоцелуларни аденоми, не се знае дали и други хормонски средства за контрацепција имаат слично дејство.

### **АНЕМИЈА СО ДЕФИЦИТ НА ЖЕЛЕЗО**

Промената на менструалните циклуси поврзана со употребата на КССП има мало влијание врз нивото на хемоглобин.

## КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

- (1) Albertazzi P, Bottazzi M, Steel SA. Bone mineral density and depot medroxyprogesterone acetate. *Contraception*, 2006, 73:577-583.
- (1) Banks E, Berrington A, Casabonne D. Overview of the relationship between use of progestogen-only contraceptives and bone mineral density. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2001, 108:1214-1221.
- (2) Bekinska ME, Smit JA, Kleinschmidt I, Farley TMM, Mbatha F. Bone mineral density in women aged 40-49 years using depot-medroxyprogesterone acetate, norethisterone enanthate or combined oral contraceptives for contraception. *Contraception*, 71, 170-175. 2005.
- (3) Bekinska ME, Kleinschmidt I, Smit JA et al. Bone mineral density in adolescents using norethisterone enanthate, depot-medroxyprogesterone acetate or combined oral contraceptives for contraception. *Contraception*, 2007, 75:438-443.
- (5) Berenson AB, Breitkopf CR, Grady JJ et al. Effects of hormonal contraception on bone mineral density after 24 months of use. *Obstetrics & Gynecology*, 2004, 103:899-906.
- (6) Busen NH, Britt RB, Rianon N. Bone mineral density in a cohort of adolescent women using depot medroxyprogesterone acetate for one to two years. *Journal of Adolescent Health*, 2003, 32:257-259.
- (7) Clark MK, Sowers M, Levy B et al. Bone mineral density loss and recovery during 48 months in first-time users of depot medroxyprogesterone acetate. *Fertility & Sterility*, 2006, 86:1466-1474.
- (8) Cromer BA, Blair JM, Mahan JD et al. A prospective comparison of bone density in adolescent girls receiving depot medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), levonorgestrel (Norplant), or oral contraceptives. *Journal of Pediatrics*, 1996, 129:671-676.
- (9) Cromer BA, Stager M, Bonny A et al. Depot medroxyprogesterone acetate, oral contraceptives and bone mineral density in a cohort of adolescent girls. *Journal of Adolescent Health*, 2004, 35:434-441.
- (10) Cromer BA, Lazebnik R, Rome E et al. Double-blinded randomized controlled trial of estrogen supplementation in adolescent girls who receive depot medroxyprogesterone acetate for contraception. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2005, 192:42-47.
- (11) Cromer BA, Bonny AE, Stager M et al. Bone mineral density in adolescent females using injectable or oral contraceptives: a 24-month prospective study. *Fertility & Sterility*, 2008, 90:2060-2067.
- (12) Cundy T, Cornish J, Evans MC et al. Recovery of bone density in women who stop using medroxyprogesterone acetate. *British Medical Journal*, 1994, 308:247-248.
- (13) Cundy T, Cornish J, Roberts H et al. Spinal bone density in women using depot medroxyprogesterone contraception. *Obstetrics & Gynecology*, 1998, 92:569-573.
- (14) Cundy T, Cornish J, Roberts H et al. Menopausal bone loss in long-term users of depot medroxyprogesterone acetate contraception. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002, 186:978-983.
- (15) Cundy T, Ames R, Horne A et al. A randomized controlled trial of estrogen replacement therapy in long-term users of depot medroxyprogesterone acetate. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2003, 88:78-81.
- (16) Gbolade B, Ellis S, Murby B et al. Bone density in long term users of depot medroxyprogesterone acetate. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1998, 105:790-794.
- (17) Kaunitz AM, Miller PD, Rice VM et al. Bone mineral density in women aged 25-35 years receiving depot medroxyprogesterone acetate: recovery following discontinuation. *Contraception*, 2006, 74:90-99.
- (18) Kaunitz AM, Arias R, McClung M. Bone density recovery after depot medroxyprogesterone acetate injectable contraception use. *Contraception*, 2008, 77:67-76.
- (19) Lappe JM, Stegman MR, Recker RR. The impact of lifestyle factors on stress fractures in female Army recruits. *Osteoporosis International*, 2001, 12:35-42.
- (20) Lara-Torre E, Edwards CP, Perlman S et al. Bone mineral density in adolescent females using depot medroxyprogesterone acetate. *Journal of Pediatrics & Adolescent Gynecology*, 2004, 17:17-21.
- (21) Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF et al. Steroidal contraceptives: effect on bone fractures in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, CD006033.
- (22) McGough P, Bigrigg A. Effect of depot medroxyprogesterone acetate on bone density in a Scottish industrial city. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2007, 12:253-259.
- (23) Merki-Feld GS, Neff M, Keller PJ. A 2-year prospective study on the effects of depot medroxyprogesterone acetate on bone mass-response to estrogen and calcium therapy in individual users. *Contraception*, 2003, 67:79-86.
- (24) Orr-Walker BJ, Evans MC, Ames RW et al. The effect of past use of the injectable contraceptive depot medroxyprogesterone acetate on bone mineral density in normal post-meno-pausal women. *Clinical Endocrinology*, 1998, 49:615-618.
- (25) Ott SM, Scholes D, LaCroix AZ et al. Effects of contraceptive use on bone biochemical markers in young women. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2001, 86:179-185.
- (26) Paiva LC, Pinto-Neto AM, Faundes A. Bone density among long-term users of medroxyprogesterone acetate as a contraceptive. *Contraception*, 1998, 58:351-355.
- (27) Perrotti M, Bahamondes L, Petta C et al. Forearm bone density in long-term users of oral combined contraceptives and depot medroxyprogesterone acetate. *Fertility & Sterility*, 2001, 76:469-473.
- (28) Petitti DB, Piaggio G, Mehta S et al. Steroid hormone contraception and bone mineral density: a cross-sectional study in an international population. The WHO Study of Hormonal Contraception and Bone Health. *Obstetrics & Gynecology*, 2000, 95:736-744.
- (29) Rosenberg L, Zhang Y, Constant D et al. Bone status after cessation of use of injectable progestin contraceptives. *Contraception*, 2007, 76:425-431.
- (30) Scholes D, LaCroix AZ, Ott SM et al. Bone mineral density in women using depot medroxyprogesterone acetate for contraception. *Obstetrics & Gynecology*, 1999, 93:233-238.
- (31) Scholes D, LaCroix AZ, Ichikawa LE et al. Injectable hormone contraception and bone density: results from a prospective study. *Epidemiology*, 2002, 13:581-587.
- (32) Scholes D, LaCroix AZ, Ichikawa LE et al. The association between depot medroxyprogesterone acetate contraception and bone mineral density in adolescent women. *Contraception*, 2004, 69:99-104.
- (33) Scholes D, LaCroix AZ, Ichikawa LE et al. Change in bone mineral density among adolescent women using and discontinuing depot medroxyprogesterone acetate contraception. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2005, 159:139-144.
- (34) Shaarawy M, El-Mallah SY, Seoudi S et al. Effects of the long-term use of depot medroxyprogesterone acetate as hormonal contraceptive on bone mineral density and biochemical markers of bone remodeling. *Contraception*, 2006, 74:297-302.
- (35) Tang OS, Tang G, Yip P et al. Long-term depot-medroxyprogesterone acetate and bone mineral density. *Contraception*, 1999, 59:25-29.
- (36) Tang OS, Tang G, Yip PS et al. Further evaluation on long-term depot-medroxyprogesterone acetate use and bone mineral density: a longitudinal cohort study. *Contraception*, 2000, 62:161-164.

- (37) Tharnprisarn W, Taneepanichskul S. Bone mineral density in adolescent and young Thai girls receiving oral contraceptives compared with depot medroxyprogesterone acetate: a cross-sectional study in young Thai women. *Contraception*, 2002, 66:101-103.
- (38) Virutamases P, Wangsuphachart S, Reinprayoon D et al. Trabecular bone in long-term depot-medroxyprogesterone acetate users. *Asia-Oceania Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1994, 20:269-274.
- (39) Walsh JS, Eastell R, Peel NF. Effects of depot medroxyprogesterone acetate on bone density and bone metabolism before and after peak bone mass: A case-control study. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2008, 93:1317-1323.
- (40) Wanichsetakul P, Kamudhamas A, Watanaruangkavit P et al. Bone mineral density at various anatomic bone sites in women receiving combined oral contraceptives and depot-medroxyprogesterone acetate for contraception. *Contraception*, 2002, 65:407-410.
- (41) Wetmore CM, Ichikawa L, LaCroix AZ et al. Association between caffeine intake and bone mass among young women: potential effect modification by depot medroxyprogesterone acetate use. *Osteoporosis International*, 2008, 19:519-527.
- (42) Bahamondes L, Perrotti M, Castro S et al. Forearm bone density in users of Depo-Provera as a contraceptive method. *Fertility & Sterility*, 1999, 71:849-852.
- (43) Bahamondes L, Monteiro-Dantas C, Espejo-Arce X et al. A prospective study of the forearm bone density of users of etonorgestrel- and levonorgestrel-releasing contraceptive implants. *Human Reproduction*, 2006, 21:466-470.
- (44) Bahamondes L, Espejo-Arce X, Hidalgo MM et al. A cross-sectional study of the forearm bone density of long-term users of levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Human Reproduction*, 2006, 21:1316-1319.
- (45) Beerthuizen R, van Beek A, Massai R et al. Bone mineral density during long-term use of the progestagen contraceptive implant Implanon compared to a non-hormonal method of contraception. *Human Reproduction*, 2000, 15:118-122.
- (46) Caird LE, Reid-Thomas V, Hannan WJ et al. Oral pro-gestogen-only contraception may protect against loss of bone mass in breastfeeding women. *Clinical Endocrinology (Oxford)*, 1994, 41:739-745.
- (47) Di X, Li Y, Zhang C et al. Effects of levonorgestrel-releasing subdermal contraceptive implants on bone density and bone metabolism. *Contraception*, 1999, 60:161-166.
- (48) Diaz S, Reyes MV, Zepeda A et al. Norplant(R) implants and progesterone vaginal rings do not affect maternal bone turnover and density during lactation and after weaning. *Human Reproduction*, 1999, 14:2499-2505.
- (49) Intaraprasert S, Taneepanichskul S, Theppisai U et al. Bone density in women receiving Norplant implants for contraception. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 1997, 80:738-741.
- (50) Monteiro-Dantas C, Espejo-Arce X, Lui-Filho JF et al. A three-year longitudinal evaluation of the forearm bone density of users of etonogestrel- and levonorgestrel-releasing contraceptive implants. *Reproductive Health*, 2007, 4:11.
- (51) Naessen T, Olsson SE, Gudmundson J. Differential effects on bone density of progestogen-only methods for contraception in premenopausal women. *Contraception*, 1995, 52:35-39.
- (52) Taneepanichskul S, Intaraprasert S, Theppisai U et al. Bone mineral density during long-term treatment with Norplant implants and depot medroxyprogesterone acetate. A cross-sectional study of Thai women. *Contraception*, 1997, 56:153-155.
- (53) Taneepanichskul S, Intaraprasert S, Theppisai U et al. Bone mineral density in long-term depot medroxyprogesterone acetate acceptors. *Contraception*, 1997, 56:1-3.
- (54) Vanderjagt DJ, Sagay AS, Imade GE et al. Effect of Norplant contraceptive on the bones of Nigerian women as assessed by quantitative ultrasound and serum markers of bone turnover. *Contraception*, 2005, 72:212-216.
- (55) Abdulla KA, Elwan SI, Salem HS et al. Effect of early postpartum use of the contraceptive implants, NORPLANT, on the serum levels of immunoglobulins of the mothers and their breastfed infants. *Contraception*, 1985, 32:261-266.
- (56) bdel-Aleem H, bol-Oyoun e, Shaaban MM et al. The use of nomegestrol acetate subdermal contraceptive implant, uniplant, during lactation. *Contraception*, 1996, 54:281-286.
- (57) Bjarnadottir RI, Gottfredsdottir H, Sigurdardottir K et al. Comparative study of the effects of a progestogen-only pill containing desogestrel and an intrauterine contraceptive device in lactating women. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2001, 108:1174-1180.
- (58) Croxatto HB, Diaz S, Peralta O et al. Fertility regulation in nursing women. II. Comparative performance of progesterone implants versus placebo and copper T. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1982, 144:201-208.
- (59) Diaz S, Peralta O, Juez G et al. Fertility regulation in nursing women. VI. Contraceptive effectiveness of a subdermal progesterone implant. *Contraception*, 1984, 30:311-325.
- (60) Diaz S, Herreros C, Juez G et al. Fertility regulation in nursing women: VII. Influence of NORPLANT levonorgestrel implants upon lactation and infant growth. *Contraception*, 1985, 32:53-74.
- (61) Diaz S, Zepeda A, Maturana X et al. Fertility regulation in nursing women : IX. Contraceptive performance, duration of lactation, infant growth, and bleeding patterns during use of progesterone vaginal rings, progestin-only pills, Norplant(R) implants, and Copper T 380-A intrauterine devices. *Contraception*, 1997, 56:223-232.
- (62) Giner VJ, Cortes G, V, Sotelo LA et al. [Effect of daily oral administration of 0.350 mg of norethindrone on lactation and on the composition of milk]. *Ginecologia Obstetrica de Mexico*, 1976, 40:31-39.
- (63) Guiloff E, Ibarra A, Zanartu J et al. Effect of contraception on lactation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1974, 118:42-45.
- (64) Halderman LD, Nelson AL. Impact of early postpartum administration of progestin-only hormonal contraceptives compared with nonhormonal contraceptives on short-term breastfeeding patterns. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002, 186:1250-1256.
- (65) Hannon PR, Duggan AK, Serwint JR et al. The influence of medroxyprogesterone on the duration of breast-feeding in mothers in an urban community. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1997, 151:490-496.
- (66) Heikkila M, Luukkainen T. Duration of breast-feeding and development of children after insertion of a levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive device. *Contraception*, 1982, 25:279-292.
- (67) Jimenez J, Ochoa M, Soler MP et al. Long-term follow-up of children breast-fed by mothers receiving depot-medroxyprogesterone acetate. *Contraception*, 1984, 30:523-533.
- (68) Kamal I, Hefnawi F, Ghoneim M et al. Clinical, biochemical, and experimental studies on lactation. V. Clinical effects of steroids on the initiation of lactation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1970, 108:655-658.
- (69) Karim M, Ammar R, El-mahgoub S et al. Injected pro-gestogen and lactation. *British Medical Journal*, 1971, 1:200-203.
- (70) Massai MR, Diaz S, Quinteros E et al. Contraceptive efficacy and clinical performance of Nestorone implants in postpartum women. *Contraception*, 2001, 64:369-376.
- (71) Massai R, Miranda P, Valdes P et al. Preregistration study on the safety and contraceptive efficacy of a progesterone-releasing vaginal ring in Chilean nursing women. *Contraception*, 1999, 60:9-14.
- (72) Massai R, Quinteros E, Reyes MV et al. Extended use of a progesterone-releasing vaginal ring in nursing women: a phase II clinical trial. *Contraception*, 2005, 72:352-357.



- (73) McCann MF, Moggia AV, Higgins JE et al. The effects of a progestin-only oral contraceptive (levonorgestrel 0.03 mg) on breast-feeding. *Contraception*, 1989, 40:635-648.
- (74) McEwan JA, Joyce DN, Tohill AU et al. Early experience in contraception with a new progestogen. *Contraception*, 1977, 16:339-350.
- (75) Melis GB, Strigini F, Fruzzetti F et al. Norethisterone enanthate as an injectable contraceptive in puerperal and non-puerperal women. *Contraception*, 1981, 23:77-88.
- (76) Narducci U, Piatti N. [Use of Depo Provera as a contraceptive in the puerperium]. *Minerva Ginecologica*, 1973, 25:107111.
- (77) Reinprayoon D, Taneepanichskul S, Bunyavejchevin S et al. Effects of the etonogestrel-releasing contraceptive implant (Implanon(R)) on parameters of breastfeeding compared to those of an intrauterine device. *Contraception*, 2000, 62:239-246.
- (78) Schiappacasse V, Diaz S, Zepeda A et al. Health and growth of infants breastfed by Norplant contraceptive implants users: a six-year follow-up study. *Contraception*, 2002, 66:57-65.
- (79) Seth U, Yadava HS, Agarwal N et al. Effect of a subdermal silastic implant containing norethindrone acetate on human lactation. *Contraception*, 1977, 16:383-398.
- (80) Shaaban MM, Salem HT, Abdullah KA. Influence of levonorg-estrel contraceptive implants, NORPLANT, initiated early postpartum upon lactation and infant growth. *Contraception*, 1985, 32:623-635.
- (81) Shaaban MM. Contraception with progestogens and progesterone during lactation. *Journal of Steroid Biochemistry & Molecular Biology*, 1991, 40:705-710.
- (82) Shaamash AH, Sayed GH, Hussien MM et al. A comparative study of the levonorgestrel-releasing intrauterine system Mirena(R) versus the Copper T380A intrauterine device during lactation: breast-feeding performance, infant growth and infant development. *Contraception*, 2005, 72:346-351.
- (83) Shikary ZK, Betrabet SS, Toddywala WS et al. Pharmacodynamic effects of levonorgestrel (LNG) administered either orally or subdermally to early postpartum lactating mothers on the urinary levels of follicle stimulating hormone (FSH), luteinizing hormone (LH) and testosterone (T) in their breastfed male infants. *Contraception*, 1986, 34:403-412.
- (84) Sivin I, Diaz S, Croxatto HB et al. Contraceptives for lactating women: a comparative trial of a progesterone-releasing vaginal ring and the copper T 380A IUD. *Contraception*, 1997, 55:225-232.
- (85) Taneepanichskul S, Reinprayoon D, Thaithumyanon P et al. Effects of the etonogestrel-releasing implant Implanon and a nonmedicated intrauterine device on the growth of breastfed infants. *Contraception*, 2006, 73:368-371.
- (86) West CP. The acceptability of a progestagen-only contraceptive during breast-feeding. *Contraception*, 1983, 27:563569.
- (87) WHO Special Programme of Research Development and Research Training in Human Reproduction. Effects of Hormonal Contraceptives on Milk Volume and Infant Growth. *Contraception*, 1984, 30:505-522.
- (88) WHO Special Programme of Research Development and Research Training in Human Reproduction. Progestogen-only contraceptives during lactation: II. Infant development. World Health Organization, Task Force for Epidemiological Research on Reproductive Health; Special Programme of Research, Development, and Research Training in Human Reproduction. *Contraception*, 1994, 50:55-68.
- (89) Zacharias S, Aguilera E, Assenzo JR et al. Effects of hormonal and nonhormonal contraceptives on lactation and incidence of pregnancy. *Contraception*, 1986, 33:203-213.
- (90) Zanartu J, Aguilera E, Munoz-Pinto G. Maintenance of lactation by means of continuous low-dose progestogen given post-partum as a contraceptive. *Contraception*, 1976, 13:313-318.
- (91) Hull EM, Franz JR, Snyder AM et al. Perinatal progesterone and learning, social and reproductive behavior in rats. *Physiology & Behavior*, 1980, 24:251-256.
- (92) Hull EM. Effects of neonatal exposure to progesterone in sexual behavior of male and female rats. *Physiology & Behavior*, 1981, 26:401-405.
- (93) Lonstein JS, Quadroons PS, Wagner CK. Effects of neonatal RU486 on adult sexual, parental, and fearful behaviors in rats. *Behavioral Neuroscience*, 2001, 115:58-70.
- (94) Snyder AM, Hull EM. Perinatal progesterone affects learning in rats. *Psychoneuroendocrinology*, 1980, 5:113-119.
- (95) van der SP, Baumgarten R. Effects of treatment of male and female rats in infancy with mifepristone on reproductive function in adulthood. *Journal of Reproduction & Fertility*, 1990, 90:255-266.
- (96) Kurunmaki H. Contraception with levonorgestrel-releasing subdermal capsules, Norplant, after pregnancy termination. *Contraception*, 1983, 27:473-482.
- (97) Kurunmaki H, et al. Immediate postabortal contraception with Norplant: levonorgestrel, gonadotropin, estradiol, and progesterone levels over two postabortal months and return of fertility after removal of Norplant capsules. *Contraception*, 1984, 30:431-442.
- (98) Lahteenmake P, Toivonen J, Lahteenmaki PL. Postabortal contraception with norethisterone enanthate injections. *Contraception*, 1983, 27:553-562.
- (99) Ortayli N, et al. Immediate postabortal contraception with the levonorgestrel intrauterine device, Norplant, and traditional methods. *Contraception*, 2001, 63:309-314.
- (100) Bonny AE, Ziegler J, Harvey R et al. Weight gain in obese and nonobese adolescent girls initiating depot medroxy-progesterone, oral contraceptive pills, or no hormonal contraceptive method. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2006, 160:40-45.
- (101) Clark MK, Dillon JS, Sowers M et al. Weight, fat mass, and central distribution of fat increase when women use depot-medroxyprogesterone acetate for contraception. *International Journal of Obesity*, 2005, 29:1252-1258.
- (102) Jain J, Jakimiuk AJ, Bode FR et al. Contraceptive efficacy and safety of DMPA-SC. *Contraception*, 2004, 70:269-275.
- (103) Kozlowski KJ, Rickert VI, Hendon A et al. Adolescents and Norplant: preliminary findings of side effects. *Journal of Adolescent Health*, 1995, 16:373-378.
- (104) Leiman G. Depo-medroxyprogesterone acetate as a contraceptive agent: its effect on weight and blood pressure. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1972, 114:97-102.
- (105) Mangan SA, Larsen PG, Hudson S. Overweight teens at increased risk for weight gain while using depot medroxyprogesterone acetate. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 2002, 15:79-82.
- (106) Risser WL, Geffer LR, Barratt MS et al. Weight change in adolescents who used hormonal contraception. *Journal of Adolescent Health*, 1999, 24:433-436.
- (107) Westhoff C, Jain JK, Milsom I et al. Changes in weight with depot medroxyprogesterone acetate subcutaneous injection 104 mg/0.65 mL. *Contraception*, 2007, 75:261-267.
- (108) Curtis KM, Ravi A, Gaffield ME. Progestogen-only contraceptive use in obese women. *Contraception*, 2009; 80:346-354.
- (109) World Health Organization. Cardiovascular disease and use of oral and injectable progestogen-only contraceptives and combined injectable contraceptives. Results of an international, multicenter, case-control study. *Contraception*, 1998, 57:315-324.
- (110) Heinemann LA, Assmann A, DoMinh T et al. Oral pro-gestogen-only contraceptives and cardiovascular risk: results from the Transnational Study on Oral Contraceptives and the health of Young Women. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 1999, 4:67-73.
- (111) Vasilakis C, Jick H, Mar Melero-Montes M. Risk of idiopathic venous thromboembolism in users of progestogens alone. *Lancet*, 1999, 354:1610-1611.

- (112) Sonmez M, Atabekoglu C, Cengiz B et al. Depot-medroxyprogesterone acetate in anticoagulated patients with previous hemorrhagic corpus luteum. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 2005, 10:9-14.
- (113) Culwell KR, Curtis KM. Use of contraceptive methods by women with current venous thrombosis on anticoagulant therapy: a systematic review. *Contraception*, 2009; 80:337345.
- (114) Bernatsky S, Ramsey-Goldman R, Gordon C et al. Factors associated with abnormal Pap results in systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*, 2004, 43:1386-1389.
- (115) Bernatsky S, Clarke A, Ramsey-Goldman R et al. Hormonal exposures and breast cancer in a sample of women with systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*, 2004, 43:1178-1181.
- (116) Chopra N, Koren S, Greer WL et al. Factor V Leiden, prothrombin gene mutation, and thrombosis risk in patients with antiphospholipid antibodies. *Journal of Rheumatology*, 2002, 29:1683-1688.
- (117) Esdaile JM, Abrahamowicz M, Grodzicky T et al. Traditional Framingham risk factors fail to fully account for accelerated atherosclerosis in systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 2001, 44:2331-2337.
- (118) Julkunen HA. Oral contraceptives in systemic lupus erythematosus: side-effects and influence on the activity of SLE. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 1991, 20:427433.
- (119) Julkunen HA, Kaaja R, Friman C. Contraceptive practice in women with systemic lupus erythematosus. *British Journal of Rheumatology*, 1993, 32:227-230.
- (120) Jungers P, Dougados M, Pelissier C et al. Influence of oral contraceptive therapy on the activity of systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 1982, 25:618-623.
- (121) Manzi S, Meilahn EN, Rairie JE et al. Age-specific incidence rates of myocardial infarction and angina in women with systemic lupus erythematosus: comparison with the Framingham Study. *American Journal of Epidemiology*, 1997, 145:408-415.
- (122) McAlindon T, Giannotta L, Taub N et al. Environmental factors predicting nephritis in systemic lupus erythematosus. *Annals of Rheumatic Diseases*, 1993, 52:720-724.
- (123) McDonald J, Stewart J, Urowitz MB et al. Peripheral vascular disease in patients with systemic lupus erythematosus. *Annals of Rheumatic Diseases*, 1992, 51:56-60.
- (124) Mintz G, Gutierrez G, Deleze M et al. Contraception with progestogens in systemic lupus erythematosus. *Contraception*, 1984, 30:29-38.
- (125) Petri M. Musculoskeletal complications of systemic lupus erythematosus in the Hopkins Lupus Cohort: an update. *Arthritis Care and Research*, 1995, 8:137-145.
- (126) Petri M, Kim MY, Kalunian KC et al. Combined oral contraceptives in women with systemic lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353:2550-2558.
- (127) Petri M. Lupus in Baltimore: evidence-based 'clinical pearls' from the Hopkins Lupus Cohort. *Lupus*, 2005, 14:970-973.
- (128) Sanchez-Guerrero J, Uribe AG, Jimenez-Santana L et al. A trial of contraceptive methods in women with systemic lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353:2539-2549.
- (129) Sarabi ZS, Chang E, Bobba R et al. Incidence rates of arterial and venous thrombosis after diagnosis of systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 2005, 53:609612.
- (130) Schaedel ZE, Dolan G, Powell MC. The use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in the management of menorrhagia in women with hemostatic disorders. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2005, 193:1361-1363.
- (131) Somers E, Magder LS, Petri M. Antiphospholipid antibodies and incidence of venous thrombosis in a cohort of patients with systemic lupus erythematosus. *Journal of Rheumatology*, 2002, 29:2531-2536.
- (132) Urowitz MB, Bookman AA, Koehler BE et al. The bimodal mortality pattern of systemic lupus erythematosus. *American Journal of Medicine*, 1976, 60:221-225.
- (133) Choojitarom K, Verasertniyom O, Totemchokchyakarn K et al. Lupus nephritis and Raynaud's phenomenon are significant risk factors for vascular thrombosis in SLE patients with positive antiphospholipid antibodies. *Clinical Rheumatology*, 2008, 27:345-351.
- (134) Wahl DG, Guillemin F, de Maistre E et al. Risk for venous thrombosis related to antiphospholipid antibodies in systemic lupus erythematosus -- a meta-analysis. *Lupus*, 1997, 6:467-473.
- (135) Culwell KR, Curtis KM, del Carmen Cravioto M. Safety of contraceptive method use among women with systemic lupus erythematosus: A systematic review. *Obstetrics and Gynecology* 2009, 114(2 Pt 1):341-53.
- (136) Cromer BA, Smith RD, Blair JM et al. A prospective study of adolescents who choose among levonorgestrel implant (Norplant), medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), or the combined oral contraceptive pill as contraception. *Pediatrics*, 1994, 94 :687-694.
- (137) Gupta N, O'Brien R, Jacobsen LJ et al. Mood changes in adolescents using depo-medroxyprogesterone acetate for contraception: a prospective study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2001, 14:71-76.
- (138) Westoff C, Truman C. Depressive symptoms and Depo-Provera. *Contraception*, 1998, 57:237-240.
- (139) Westoff C, Truman C, Kalmuss D et al. Depressive symptoms and Norplant contraceptive implants. *Contraception*, 1998, 57:241-245.
- (140) Smith JS. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet*, 2003, 361:1159-1167.
- (141) Baeten JM, Nyange PM, Richardson BA et al. Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: results from a prospective study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2001, 185:380-385.
- (142) Giuliano AR, Papenfuss M, Abrahamsen M et al. Human papillomavirus infection at the United States-Mexico border: implications for cervical cancer prevention and control. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 2001, 10:1129-1136.
- (143) Jacobson DL, Peralta L, Farmer M et al. Relationship of hormonal contraception and cervical ectopy as measured by computerized planimetry to chlamydial infection in adolescents. *Sexually Transmitted Diseases*, 2000, 27:313-319.
- (144) Lavreys L, Chohan B, Ashley R et al. Human herpesvirus 8: seroprevalence and correlates in prostitutes in Mombasa, Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 187:359-363.
- (145) Morrison CS, Bright P, Wong EL et al. Hormonal contraceptive use, cervical ectopy, and the acquisition of cervical infections. *Sexually Transmitted Diseases*, 2004, 31:561567.
- (146) Moscicki AB, Hills N, Shiboski S et al. Risks for incident human papillomavirus infection and low-grade squamous intraepithelial lesion development in young females. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 285:2995-3002.
- (147) Nsofor BI, Bello CS, Ekwempu CC. Sexually transmitted disease among women attending a family planning clinic in Zaria, Nigeria. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1989, 28:365-367.
- (148) Ruijs GJ, Kauer FM, van Gijssel PM et al. Direct immunofluorescence for Chlamydia trachomatis on urogenital smears for epidemiological purposes. *European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology*, 1988, 27:289-297.
- (149) Aklilu M, Messele T, Tsegaye A et al. Factors associated with HIV-1 infection among sex workers of Addis Ababa, Ethiopia. *AIDS*, 2001, 15:87-96.
- (150) Allen S, Seruflira A, Gruber V et al. Pregnancy and contra-

- ception use among urban Rwandan women after HIV testing and counseling. *American Journal of Public Health*, 1993, 83:705-710.
- (151) Baeten JM, Benki S, Chohan V et al. Hormonal contraceptive use, herpes simplex virus infection, and risk of HIV-1 acquisition among Kenyan women. *AIDS*, 2007, 21:1771-1777.
- (152) Bulterys M, Chao A, Habimana P et al. Incident HIV-1 infection in a cohort of young women in Butare, Rwanda. *AIDS*, 1994, 8:1585-1591.
- (153) Carael M, Van de Perre PH, Lepage PH et al. Human immunodeficiency virus transmission among heterosexual couples in Central Africa. *AIDS*, 1988, 2:201-205.
- (154) Cohen CR, Duerr A, Pruthithada N et al. Bacterial vaginosis and HIV seroprevalence among female commercial sex workers in Chiang Mai, Thailand. *AIDS*, 1995, 9:1093-1097.
- (155) Criniti A, Mwachari CW, Meier AS et al. Association of hormonal contraception and HIV-seroprevalence in Nairobi, Kenya. *AIDS*, 2003, 17:2667-2669.
- (156) Kapiga SH, Shao JF, Lwihula GK et al. Risk factors for HIV infection among women in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994, 7:301-309.
- (157) Kapiga SH, Lyamuya EF, Lwihula GK et al. The incidence of HIV infection among women using family planning methods in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS*, 1998, 12:75-84.
- (158) Kiddugavu M, Makumbi F, Wawer MJ et al. Hormonal contraceptive use and HIV-1 infection in a population-based cohort in Rakai, Uganda. *AIDS*, 2003, 17:233-240.
- (159) Kilmarx PH, Limpakarnjanarat K, Mastro TD et al. HIV-1 seroconversion in a prospective study of female sex workers in northern Thailand: continued high incidence among brothel-based women. *AIDS*, 1998, 12:1889-1898.
- (160) Kleinschmidt I, Rees H, Delany S et al. Injectable progestin contraceptive use and risk of HIV infection in a South African family planning cohort. *Contraception*, 2007, 75:461-467.
- (161) Lavreys L, Baeten JM, Martin HL, Jr. et al. Hormonal contraception and risk of HIV-1 acquisition: results of a 10-year prospective study. *AIDS*, 2004, 18:695-697.
- (162) Limpakarnjanarat K, Mastro TD, Saisorn S et al. HIV-1 and other sexually transmitted infections in a cohort of female sex workers in Chiang Rai, Thailand. *Sexually Transmitted Infections*, 1999, 75:30-35.
- (163) Martin HL, Jr., Nyange PM, Richardson BA et al. Hormonal contraception, sexually transmitted diseases, and risk of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 1998, 178:1053-1059.
- (164) Mati JK, Hunter DJ, Maggwa BN et al. Contraceptive use and the risk of HIV infection in Nairobi, Kenya. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1995, 48:61-67.
- (165) Morrison CS, Richardson BA, Mmiro F et al. Hormonal contraception and the risk of HIV acquisition. *AIDS*, 2007, 21:85-95.
- (166) Myer L, Denny L, Wright TC et al. Prospective study of hormonal contraception and women's risk of HIV infection in South Africa. *International Journal of Epidemiology*, 2007, 36:166-174.
- (167) Nagachinta T, Duerr A, Suriyanon V et al. Risk factors for HIV-1 transmission from HIV-seropositive male blood donors to their regular female partners in northern Thailand. *AIDS*, 1997, 11:1765-1772.
- (168) Nzila N, Laga M, Thiam MA et al. HIV and other sexually transmitted diseases among female prostitutes in Kinshasa. *AIDS*, 1991, 5:715-721.
- (169) Plourde PJ, Plummer FA, Pepin J et al. Human immunodeficiency virus type 1 infection in women attending a sexually transmitted diseases clinic in Kenya. [comment]. *Journal of Infectious Diseases*, 1992, 166:86-92.
- (170) Rehle T, Brinkmann UK, Siraprapasiri T et al. Risk factors of HIV-1 infection among female prostitutes in Khon Kaen, Northeast Thailand. *Infection*, 1992, 20:328-331.
- (171) Siraprapasiri T, Thanprasertsuk S, Rodklay A et al. Risk factors for HIV among prostitutes in Chiangmai, Thailand. *AIDS*, 1991, 5:579-582.
- (172) Taneepanichkul S, Phuapradit W, Chaturachinda K. Association of contraceptives and HIV-1 infection in Thai female commercial sex workers. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1997, 37:86-88.
- (173) Ungchusak K, Rehle T, Thammapornpilap P et al. Determinants of HIV infection among female commercial sex workers in northeastern Thailand: results from a longitudinal study. [erratum appears in J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol 1998 Jun 1;18(2):192]. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology*, 1996, 12:500-507.
- (174) Allen S, Stephenson R, Weiss H et al. Pregnancy, hormonal contraceptive use, and HIV-related death in Rwanda. *Journal of Women's Health (Larchmont)*, 2007, 16:1017-1027.
- (175) Cejtin HE, Jacobson L, Springer G et al. Effect of hormonal contraceptive use on plasma HIV-1-RNA levels among HIV-infected women. *AIDS*, 2003, 17:1702-1704.
- (176) Clark RA, Kissinger P, Williams T. Contraceptive and sexually transmitted diseases protection among adult and adolescent women infected with human immunodeficiency virus. *International Journal of STD & AIDS*, 1996, 7:439-442.
- (177) Clark RA, Theall KP, Amedee AM et al. Lack of association between genital tract HIV-1 RNA shedding and hormonal contraceptive use in a cohort of Louisiana women. *Sexually Transmitted Diseases*, 2007, 34:870-872.
- (178) Clemetson DB, Moss GB, Willerford DM et al. Detection of HIV DNA in cervical and vaginal secretions. Prevalence and correlates among women in Nairobi, Kenya. *Journal of the American Medical Association*, 1993, 269:2860-2864.
- (179) European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. *British Medical Journal*, 1992, 304:809-813.
- (180) Kaul R, Kimani J, Nagelkerke NJ et al. Risk factors for genital ulcerations in Kenyan sex workers. The role of human immunodeficiency virus type 1 infection. *Sexually Transmitted Diseases*, 1997, 24:387-392.
- (181) Kilmarx PH, Limpakarnjanarat K, Kaewkungwal J et al. Disease progression and survival with human immunodeficiency virus type 1 subtype E infection among female sex workers in Thailand. *Journal of Infectious Diseases*, 2000, 181:1598-1606.
- (182) Kovacs A, Wasserman SS, Burns D et al. Determinants of HIV-1 shedding in the genital tract of women. *Lancet*, 2001, 358:1593-1601.
- (183) Kreiss J, Willerford DM, Hensel M et al. Association between cervical inflammation and cervical shedding of human immunodeficiency virus DNA. *Journal of Infectious Diseases*, 1994, 170:1597-1601.
- (184) Lavreys L, Chohan V, Overbaugh J et al. Hormonal contraception and risk of cervical infections among HIV-1-seropositive Kenyan women. *AIDS*, 2004, 18:2179-2184.
- (185) Mostad SB, Overbaugh J, DeVange DM et al. Hormonal contraception, vitamin A deficiency, and other risk factors for shedding of HIV-1 infected cells from the cervix and vagina. *Lancet*, 1997, 350:922-927.
- (186) Richardson BA, Otieno PA, Mbori-Ngacha D et al. Hormonal contraception and HIV-1 disease progression among post-partum Kenyan women. *AIDS*, 2007, 21:749-753.
- (187) Seck K, Samb N, Tempesta S et al. Prevalence and risk factors of cervicovaginal HIV shedding among HIV-1 and HIV-2 infected women in Dakar, Senegal. *Sexually Transmitted Infections*, 2001, 77:190-193.
- (188) Stringer EM, Kaseba C, Levy J et al. A randomized trial of the intrauterine contraceptive device vs hormonal contraception in women who are infected with the human immunodeficiency virus.

- American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2007, 197:144-148.
- (189) Taneepanichskul S, Intaraprasert S, Phuapradit W et al. Use of Norplant implants in asymptomatic HIV-1 infected women. *Contraception*, 1997, 55:205-207.
- (190) Taneepanichskul S, Tanprasertkul C. Use of Norplant implants in the immediate postpartum period among asymptomatic HIV-1-positive mothers. *Contraception*, 2001, 64:39-41.
- (191) Wang CC, McClelland RS, Overbaugh J et al. The effect of hormonal contraception on genital tract shedding of HIV-1. *AIDS*, 2004, 18:205-209.
- (192) Tagy AH, et al. The effect of low-dose combined oral contraceptive pills versus injectable contraceptive (Depot Provera) on liver function tests of women with compensated bilharzial liver fibrosis. *Contraception*, 2001, 64:173-176.
- (193) Pyorala T, Vahapassi J, Huhtala M. The effect of lynestrenol and norethindrone on the carbohydrate and lipid metabolism in subjects with gestational diabetes. *Annales Chirurgiae Gynaecologiae*, 1979, 68:69-74.
- (194) Radberg T, Gustafson A, Skryten A et al. Metabolic studies in women with previous gestational diabetes during contraceptive treatment: effects on serum lipids and high density lipoproteins. *Acta Endocrinologica*, 1982, 101:134-139.
- (195) Kjos SL, Peters RK, Xiang A et al. Contraception and the risk of type 2 diabetes mellitus in Latina women with prior gestational diabetes mellitus. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280:533-538.
- (196) Nelson AL, Le MH, Musherraf Z et al. Intermediate-term glucose tolerance in women with a history of gestational diabetes: natural history and potential associations with breastfeeding and contraception. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2008, 198:699.e1-699.e8.
- (197) Xiang AH, Kawakubo M, Kjos SL et al. Long-acting injectable progestin contraception and risk of type 2 diabetes in Latino women with prior gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 2006, 29:613-617.
- (198) Xiang AH, Kawakubo M, Buchanan TA et al. A longitudinal study of lipids and blood pressure in relation to method of contraception in Latino women with prior gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 2007, 30:1952-1958.
- (199) Diab KM, Zaki MM. Contraception in diabetic women: comparative metabolic study of norplant, depot medroxy-progesterone acetate, low dose oral contraceptive pill and CuT380A. *Journal of Obstetrics and Gynecological Research*, 2000, 26:17-26.
- (200) Lunt H, Brown LJ. Self-reported changes in capillary glucose and insulin requirements during the menstrual cycle. *Diabetic Medicine*, 1995, 13:525-530.
- (201) Radberg T, Gustafson A, Skryten A et al. Oral contraception in diabetic women. A cross-over study on serum and high density lipoprotein (HDL) lipids and diabetes control during progestogen and combined estrogen/progestogen contraception. *Hormone Metabolism Research*, 1982, 14:61-65.
- (202) Skouby SO, Molsted-Petersen L, Kuhl C et al. Oral contraceptives in diabetic women: metabolic effects of four compounds with different estrogen/progestogen profiles. *Fertility & Sterility*, 1986, 46:858-864.
- (203) D'halluin V, Vilgrain V, Pelletier G et al. [Natural history of focal nodular hyperplasia. A retrospective study of 44 cases]. *Gastroenterology Clinical Biology*, 2001, 25:1008-1010.
- (204) Mathieu D, Kobeiter H, Maison P et al. Oral contraceptive use and focal nodular hyperplasia of the liver. *Gastroenterology*, 2000, 118:560-564.
- (205) Kapp N, Curtis KM. Hormonal contraceptive use among women with liver tumors: a systematic review. *Contraception*, 2009; 80: 387-390.
- (206) Adadevoh BK, Isaacs WA. The effect of megestrol acetate on suckling. *American Journal of Medical Sciences*, 1973, 265:367-370.
- (207) Barbosa IC, et al. Carbohydrate metabolism in sickle cell patients using subdermal implant containing norgestrel acetate (Uniplant). *Contraception*, 2001, 63:263-265.
- (208) de Abood M, et al. Effects of Depo-Provera or Microgynon on the painful crises of sickle cell anemia patients. *Contraception*, 1997, 56:313-316.
- (209) De Ceulaer K, et al. Medroxyprogesterone acetate and homozygous sickle-cell disease. *Lancet*, 1982, 2:229-231.
- (210) Howard RJ, Lillis C, Tuck SM. Contraceptives, counseling, and pregnancy in women with sickle cell disease. *British Medical Journal*, 1993, 306:1735-1737.
- (211) Ladipo OA, et al. Norplant use by women with sickle cell disease. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1993, 41:85-87.
- (212) Nascimento ML, Ladipo OA, Coutinho E. Norgestrel acetate contraceptive implant use by women with sickle cell disease. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 1998, 64:433-438.
- (213) Yoong WC, Tuck SM, Yardumian A. Red cell deformability in oral contraceptive pill users with sickle cell anaemia. *British Journal of Haematology*, 1999, 104:868-870.
- (214) Odland V, Olsson S-E. Enhanced metabolism of levonorgestrel during phenytoin treatment in a woman with Norplant implants. *Contraception*, 1986, 33:257-261.
- (215) Schindlbeck C, Janni W, Friese K. Failure of Implanon contraception in a patient taking carbamazepine for epilepsy. *Archives of Gynecology & Obstetrics*, 2006, 273:255-256.
- (216) Shane-McWhorter L, Cerven JD, MacFarlane LL et al. Enhanced metabolism of levonorgestrel during phenobarbital treatment and resultant pregnancy. *Pharmacotherapy*, 1998, 18:1360-1364.
- (217) Reimers A, Helde G, Brodtkorb E. Ethinyl estradiol, not progestogens, reduces lamotrigine serum concentrations. *Epilepsia*, 2005, 46:1414-1417.

## УРГЕНТНИ ПОСТКОИТАЛНИ ТАБЛЕТИ (УПТ; ЕСПs)

(вклучително и контрацептивни таблети со левонгестрел и комбинирани орални таблети за контрацепција)

УПТ не заштитуваат од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА	КАТЕГОРИЈА	ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ
<b>БРЕМЕНОСТ</b>	NA	NA = нема податоци <b>Појаснување:</b> Иако овој метод не е посочен за жена со утврдена или суспектна бременост, нема позната штета по нејзиното здравје, текот на бременоста или за фетусот, доколку случајно се земат УПТ.
<b>ДОЕЊЕ</b>	1	
<b>ПРЕТХОДНА ЕКТОПИЧНА БРЕМЕНОСТ</b>	1	
<b>ИСТОРИЈА НА СЕРИОЗНИ КАРДИОВАСКУЛАРНИ КОМПЛИКАЦИИ*</b> (исхемична срцева болест, цереброваскуларен напад или други тромбоемболични состојби)	2	
<b>АНГИНА ПЕКТОРИС*</b>	2	
<b>МИГРЕНА*</b>	2	
<b>ТЕШКО ЗАБОЛУВАЊЕ НА ЦРНИОТ ДРОБ*</b> (вклучително и жолтица)	2	
<b>ПОВТОРЕНА УПОТРЕБА НА УПТ</b>	1	<b>Појаснување:</b> Повторната употреба на УПТ е индикација дека на жената ѝ е потребно дополнително советување околу други контрацептивни алтернативи. Зачестената употреба на УПТ може да биде штетна за жените со состојба класифицирана под 2, 3 или 4 поврзани со употреба КХКС или КССП.
<b>СИЛУВАЊЕ*</b>	1	

### ДОПОЛНИТЕЛНИ КОМЕНТАРИ

#### ИСТОРИЈА НА СЕРИОЗНИ КАРДИОВАСКУЛАРНИ КОМПЛИКАЦИИ

Времето на употреба на УПТ е помало од тоа за КОК и ТСП, и според тоа се очекува помало клиничко влијание.

#### АНГИНА ПЕКТОРИС

Времето на употреба на УПТ е помало од тоа за КОК и ТСП, и според тоа се очекува помало клиничко влијание.

#### МИГРЕНА

Времето на употреба на УПТ е помало од тоа за КОК и ТСП, и според тоа се очекува помало клиничко влијание.

#### ТЕШКО ЗАБОЛУВАЊЕ НА ЦРНИОТ ДРОБ (ВКЛУЧИТЕЛНО И ЖОЛТИЦА)

Времето на употреба на УПТ е помало од тоа за КОК и ТСП, и според тоа се очекува помало клиничко влијание.

#### СИЛУВАЊЕ

Нема ограничувања на употребата на УПТ во случаи на силување.



## ИНТРАУТЕРИНИ ВЛОШКИ (ИУВ)

ИУВ не заштитуваат од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА З = започнување, П = продолжување		ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ
	ИУВБ	ЛНГ-ИУВ	
<b>ИУВБ = ИУВ со бакар    ЛНГ-ИУВ = левоноргестрел-ослободувачки ИУВ (24 µg/24 часа)</b>			
<b>ЛИЧНИ КАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНА ИСТОРИЈА</b>			
<b>БРЕМЕНОСТ</b>	4	4	<b>Појаснување:</b> ИУВ не се посочува за време на бременост и не треба да се користи поради ризикот од сериозна пелвична инфекција и септички спонтан абортус.
<b>ВОЗРАСТ*</b> а) Од менарха до < 18 год. б) ≥ 20 години	2 1	2 1	
<b>ПАРИТЕТ</b> а) Жени кои не родиле б) Жени кои родиле	2 1	2 1	<b>Докази:</b> Постојат спротивставени податоци околу тоа дали употребата на ИУВ е поврзана со неплодност кај жените кои не родиле, иако добро спроведените испитувања не укажуваат на зголемен ризик (1-9).
<b>ПОСПАРТУСЕН ПЕРИОД*</b> (жени што дојат или жени што не дојат, вклучително и царски рез) а) < 48 часа заедно со инсерција веднаш по исфрлувањето на плацентата (i) (ii) б) ≥ 48 часа до < 4 недели в) ≥ 4 недели г) Пуерперална сепса	со доење без доење 3 1 4	3 1 3 1 4	<b>Докази:</b> Вметнувањето бакарна ИУВ веднаш по породувањето, кога инсерцијата е веднаш по исфрлувањето на плацентата, се поврзува со пониска стапка на исфрлање на ИУВ отколку при подоцнежна постпартална инсерција. Згора на тоа, за постплаценталното вметнување при царски рез се јавуваат пониски стапки на исфрлање отколку кај постплаценталните вагинални инсерции. Компликациите од инсерција како перфорација и инфекција не се зголемуваат како резултат на вметнување ИУВ кога било во постпарталниот период (10-24).
<b>ПО АБОРТУС*</b> а) Прв триместар б) Втор триместар в) Скорешен постсептичен абортус	1 2 4	1 2 4	<b>Појаснување:</b> ИУВ може да се вметне веднаш по абортус во првиот триместар, по спонтан или индуциран абортус. <b>Докази:</b> Не постоеше разлика во ризикот од компликации за брза или одложена инсерција на ИУВ по абортус. Исфрлувањето беше поголемо при инсерција на ИУВ по абортус во вториот триместар, наспроти инсерција по абортус во првиот триместар. Во поглед на безбедноста и исфрлувањето, не постојеа разлики за постабортусна инсерција на ЛНГ-ИУВ споредно со ИУВБ (25-37).
<b>ПРЕТХОДНА ЕКТОПИЧНА БРЕМЕНОСТ*</b>	1	1	
<b>ИСТОРИЈА НА ПЕЛВИЧНА ОПЕРАЦИЈА</b> (види постпартусен период вклучително и царски рез)	1	1	
<b>ПУШЕЊЕ</b> а) Возраст < 35 години б) Возраст ≥ 35 години (i) < 15 цигари/ден (ii) ≥ 15 цигари/ден	1 1 1 1	1 1 1 1	

ИУВ не заштитуваат од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА З = започнување, П = продолжување		ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ
	ИУВБ	ЛНГ-ИУВ	
<b>ИУВБ = ИУВ со бакар    ЛНГ-ИУВ = левоноргестрел-ослободувачки ИУВ (24 µg/24 часа)</b>			
<b>ДЕБЕЛИНА</b>			
а) ИТМ ≥ 30 kg/m <sup>2</sup>	1	1	
б) Од менарха до < 18 години и ИТМ ≥ 30 kg/m <sup>2</sup>	1	1	
<b>НЕ СЕ ДОСТАПНИ МЕРЕЊА ЗА КРВНИОТ ПРИТИСОК</b>	NA	NA	<b>Појаснување:</b> Иако мерењето на крвниот притисок може да зборува за добра и превентивна здравствена грижа, тоа нема материјална поврзаност со безбедна и ефективна употреба на ИУВ. На жените не треба да им се ускрати употребата на ИУВ само затоа што не може да им се измери крвниот притисок.
<b>КАРДИОВАСКУЛАРНО ЗАБОЛУВАЊЕ</b>			
<b>ПОВЕЌЕКРАТНИ ФАКТОРИ НА РИЗИК ОД АРТЕРИСКО КАРДИОВАСКУЛАРНО ЗАБОЛУВАЊЕ</b> (како на пр., постара возраст, пушење, дијабетес и хипертензија)	1	2	
<b>ХИПЕРТЕНЗИЈА*</b>			
За сите категории на хипертензија, класификациите се засноваат на претпоставката дека не постојат други фактори на ризик од кардиоваскуларно заболување. Во присуство на повеќекратни фактори на ризик, ризикот од кардиоваскуларно заболување може значително да се зголеми. Едно мерење на крвниот притисок не е доволно за една жена да се карактеризира како хипертензивна.			
а) Историја на хипертензија, каде што крвниот притисок НЕ МОЖЕ да се евалуира (вклучувајќи хипертензија во бременоста)	1	2	
б) Адекватно контролирана хипертензија, каде што крвниот притисок МОЖЕ да се евалуира	1	1	
в) Покачен крвен притисок (соодветни мерења)			
(i) систолен 140-159 или дијастолен 90-99 mm Hg	1	1	
(ii) систолен ≥ 160 или дијастолен ≥ 100 mm Hg	1	2	
в) Васкуларно заболување	1	2	
<b>ИСТОРИЈА НА ВИСОК КРВЕН ПРИТИСОК ЗА ВРЕМЕ НА БРЕМЕНОСТА</b> (каде што актуелниот крвен притисок е мерлив и нормален)	1	1	



ИУВ не заштитуваат од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА З = започнување, П = продолжување		ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ
	ИУВБ	ЛНГ-ИУВ	
<b>ИУВБ = ИУВ со бакар    ЛНГ-ИУВ = левоноргестрел-ослободувачки ИУВ (24 µg/24 часа)</b>			
<b>ДЛАБОКА ВЕНСКА ТРОМБОЗА (ДВТ) / ПУЛМОНАЛНА ЕМБОЛИЈА (ПЕ)*</b>			
а) Историја на ДВТ/ПЕ	1	2	<b>Докази:</b> Иако доказите околу ризикот од длабока венска тромбоза поради употреба на КСП се непотврдени кај здрави жени, секое мало зголемување на ризикот е значително помало отколку кај употребата на КОК (38-40).  <b>Докази:</b> Иако доказите околу ризикот од длабока венска тромбоза поради употреба на КСП се непотврдени кај здрави жени, секое мало зголемување на ризикот е значително помало отколку кај употребата на КОК (38-40). Ограничените докази покажуваат дека инсерцијата на ЛНГ-ИУВ не претставува поголем ризик од крварење кај жени на хронична антикоагулантна терапија (41-43).
б) Акутна форма на ДВТ/ПЕ	1	3	
в) ДВТ/ПЕ и утврдена на антикоагулантна терапија	1	2	
г) Семејна историја (роднини од прво колено)	1	1	
д) Поголем хируршки зафат			
(i) со пролонгирана имобилизација	1	2	
(ii) без пролонгирана имобилизација	1	1	
ѓ) Помал хируршки зафат без имобилизација	1	1	
<b>ПОЗНАТИ ТРОМБОГЕНИ МУТАЦИИ</b> (на пр., фактор V Leiden, протромбинска мутација; протеин S, протеин C, и недостатоци на антитромбин)	1	2	<b>Појаснување:</b> Рутинскиот скрининг не е најпогоден поради ретноста на болеста и високите трошоци за скринингот.
<b>ПОВРШНА ВЕНСКА ТРОМБОЗА</b>			
а) Варикозни вени	1	1	
б) Површеи тромбофлебит	1	1	
<b>ТЕКОВНА И МИНАТА ИСКЕМИЧНА СРЦЕВА БОЛЕСТ</b>	1	3    П 2    3	
<b>МОЗОЧЕН УДАР*</b> (историја на цереброваскуларна незгода)	1	2	
<b>ПОЗНАТИ ХИПЕРЛИПИДЕМИИ</b>	1	2	<b>Појаснување:</b> Рутинскиот скрининг не е најпогоден поради ретноста на болеста и високите трошоци за скринингот.
<b>ВАЛВУЛАРНА СРЦЕВА БОЛЕСТ*</b>			
а) Некомплицирана	1	1	<b>Појаснување:</b> За инсерција се препорачуваат профилактички антибиотици заради спречување ендокардит.
б) Комплицирана (пулмонална хипертензија, ризик од атријална фибрилација, историја на субакутен бактериски ендокардит)	2	2	

ИУВ не заштитуваат од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА З = започнување, П = продолжување		ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ
	ИУВБ	ЛНГ-ИУВ	
<b>ИУВБ = ИУВ со бакар    ЛНГ-ИУВ = левоноргестрел-ослободувачки ИУВ (24 µg/24 часа)</b>			

## РЕВМАТИЧНИ ЗАБОЛУВАЊА

### СИСТЕМСКИ ЛУПУС ЕРИТОМАТОЗУС (СЛЕ)

Кај луѓето со СЛЕ постои зголемен ризик од исхемична срцева болест, мозочен удар и од венска тромбоемболија. Категориите што се даваат за таквите состојби во Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви треба да се исти и за жените со СЛЕ кај коишто се јавуваат овие состојби. За сите категории на СЛЕ, класификацијата се заснова на претпоставката дека не постојат други фактори на ризик од кардиоваскуларно заболување; овие класификации мора да се изменат ако се појават такви фактори на ризик. Достапните докази посочуваат дека многу жени со СЛЕ може да се сметаат за добри кандидати за повеќето контрацептивни методи, вклучувајќи и хормонска контрацепција (44-62).

	З	П		
а) Позитивни (или непознати) антифосфолипидни антитела	1	1	3	<b>Докази:</b> Антифосфолипидните антитела се поврзуваат со поголем ризик од артериска и венска тромбоза (63; 64).
б) Тешка тромбоцитопенија	3	2	2	<b>Појаснување:</b> Тешката тромбоцитопенија го зголемува ризикот од крварење. Категоријата треба да се оценува според сериозноста на цитопенијата и нејзините клинички манифестации. За жените со тешка цитопенија кај коишто постои ризик од спонтано крварење, може да се јави потреба од советување и одредени подготвителни третмани.
в) Имуносупресивна терапија	2	1	2	<b>Докази:</b> ЛНГ-ИУВ може да бидат корисен начин на лекување менорагија кај жени со тешка тромбоцитопенија (43).
г) Ниедно од горенаведените	1	1	2	

## НЕВРОЛОШКИ СОСТОЈБИ

### ГЛАВОБОЛКИ\*

		З	П	
а) Немигренозна (блага или тешка)	1	1	1	<b>Појаснување:</b> Треба да се евалуира секоја нова главоболка или забележлива промена кај неа.
б) Мигрена				
(i) без аура				
<i>Возраст &lt; 35 години</i>	1	2	2	
<i>Возраст ≥ 35 години</i>	1	2	2	
(ii) со аура, на која било возраст	1	2	3	

### ЕПИЛЕПСИЈА

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

## ДЕПРЕСИВНИ РАСТРОЈСТВА

### ДЕПРЕСИВНИ РАСТРОЈСТВА

	1	1	<b>Појаснување:</b> Појаснувањето се заснова на податоци за жени со селектирани депресивни растројства. Не беа достапни податоци за биполарно растројство или за постпартална депресија. Постои можност за интеракции на лекови помеѓу одредени антидепресиви и хормонски контрацептиви.
--	---	---	--

## ИНФЕКЦИИ И ЗАБОЛУВАЊА НА РЕПРОДУКТИВНИОТ ТРАКТ

### ВАГИНАЛНИ КРВАРЕЊА\*

		З	П	
а) Ирегуларни необилни крварења	1	1	1	<b>Појаснување:</b> Невообичаено тешките крварења би требало да индицираат сериозна здравствена состојба. <b>Докази:</b> Доказите од испитувања што го разгледуваат дејството на лекување со ЛНГ-ИУВ кај жени со тешко или пролонгирано крварење не укажаа на зголемени негативни влијанија и покажаа дека ЛНГ-ИУВ е корисна при лекувањето менорагија (65-72)
б) Обилни или пролонгирани крварења (вклучително регуларни и ирегуларни)	2	1	2	

ИУВ не заштитуваат од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА З = започнување, П = продолжување		ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ		
	ИУВБ	ЛНГ-ИУВ			
<b>ИУВБ = ИУВ со бакар    ЛНГ-ИУВ = левоноргестрел-ослободувачки ИУВ (24 µg/24 часа)</b>					
<b>НЕОБЈАСНЕТО ВАГИНАЛНО КРВАРЕЊЕ</b> (индикативно за сериозна здравствена состојба) Пред евалуација	3	П	3	П	<b>Појаснување:</b> Ако постои сомнеж за бременост или патолошка состојба (како пелвична малигност), потребна е евалуација, а потоа и приспособување на категоријата. Нема потреба да се отстрани ИУВ пред евалуацијата.
	4	2	4	2	
<b>ЕНДОМЕТРИОЗА</b>	2		1		<b>Докази:</b> Употребата на ЛНГ-ИУВ кај жени со ендометриоза ја намалија дисменорејата, пелвичната болка и диспареунијата (73-77).
<b>БЕНИГНИ ТУМОРИ НА ЈАЈНИЦИТЕ</b> (вклучително и цисти)	1		1		
<b>ТЕШКА ДИСМЕНОРЕЈА*</b>	2		1		
<b>ГЕСТАЦИСКА ТРОФОБЛАСТНА БОЛЕСТ</b> а) Опаѓачко или незабележливо ниво на β-hCG б) Континуирано зголемени нивоа на β-hCG или малигна болест	3		3		<b>Докази:</b> Ограничените докази покажуваат дека кај жените што користат ИУВ по евакуацијата на моларна бременост не постои зголемен ризик да развијат постмоларна трофобластна болест, споредено со жени што употребуваат други контрацептивни методи (78-81).
	4		4		
<b>ЕКТРОПИЈА НА ЦЕРВИКС*</b>	1		1		
<b>ЦЕРВИКАЛНА ИНТРАЕПИТЕЛИЈАЛНА НЕОПЛАЗИЈА (ЦИН)*</b>	1		2		
<b>ЦЕРВИКАЛЕН КАРЦИНОМ*</b> (се чека лекување)	3	П	3	П	
	4	2	4	2	
<b>БОЛЕСТ НА ДОЖКИТЕ*</b> а) Недијагностицирана маса б) Бенигно заболување на дојките в) Семејна историја на карцином г) Карцином на дојката (i) тековен (ii) излекуван и без докази за заболување во период од 5 години	1		2		
	1		1		
	1		1		
	1		4		
	1		3		
<b>ЕНДОМЕТРИЈАЛЕН КАРЦИНОМ*</b>	3	П	3	П	
	4	2	4	2	
<b>КАРЦИНОМ НА ЈАЈНИЦИТЕ*</b>	3		2		
<b>ЛЕИОМИОМ НА УТЕРУСОТ*</b> а) Без искривувања на утерусната празнина б) Со искривувања на утерусната празнина	1		1		<b>Докази:</b> Кај жените со леиомиом не се јавија негативни влијанија поради употребата на ЛНГ-ИУВ, а кај некои жени имаше и намалување на симптомите и големината на леиомиомот (82-88).
	4		4		

ИУВ не заштитуваат од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА 3 = започнување, П = продолжување				ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ
	ИУВБ		ЛНГ-ИУВ		
ИУВБ = ИУВ со бакар    ЛНГ-ИУВ = левоноргестрел-ослободувачки ИУВ (24 µg/24 часа)					
<b>АНАТОМСКИ АБНОРМАЛНОСТИ*</b>					
а) Искривена утерусната празнина (секоја конгенитална или стекната утерусна абнормалност што ја искривува утерусната празнина на начин на којшто не дозволува инсерција на ИУВ)	4		4		
б) Други абнормалности (вклучително и цервикална стеноза или цервикални лацерации) што не ја искривуваат утерусната празнина или не спречуваат инсерција на ИУВ	2		2		
<b>ПЕЛВИЧНА ИНФЛАМАТОРНА БОЛЕСТ (ПИБ)*</b>					
а) Мината ПИБ (под претпоставка дека нема тековни фактори на ризик од СПИ)	3	П	3	П	<b>Појаснување за продолжување со употреба:</b> ПИБ лекувајте ја со помош на соодветни антибиотици. Обично нема потреба од отстранување на ИУВ доколку клиентот сака да продолжи со нејзина употреба (Види <i>Избрани практични препораки за употреба на контрацептиви</i> , СЗО: Женева, 2005 г.). Понатамошната употреба на ИУВ зависи од изборот на жената врз основа на информираност и актуелните ризици од СПИ и ПИБ. <b>Докази:</b> Кај корисниците на ИУВ лекувани од ПИБ немаше разлика во клиничкиот исход кога ИУВ беше отстранета или оставена (89-91).
(i) со последователна бременост	1	1	1	1	
(ii) без последователна бременост	2	2	2	2	
б) ПИБ - тековна	4	2	4	2	
<b>СПИ</b>	3	П	3	П	
а) Пурулентен цервицит или инфекција со хламидија или гонореја	4	2	4	2	<b>Појаснување за продолжување со употреба:</b> ПИБ лекувајте ја со помош на соодветни антибиотици. Обично нема потреба од отстранување на ИУВ доколку клиентот сака да продолжи со нејзина употреба. <b>Докази:</b> Не постојат докази за тоа дали инсерцијата на ИУВ кај жени со СПИ го зголемува ризикот од ПИБ, споредено со случаи каде што нема инсерција на ИУВ. Меѓу жените што имаат ставено ИУВ, апсолутниот ризик од последователна ПИБ беше низок кај жени со СПИ за време на инсерцијата, но поголем отколку кај жени без СПИ при инсерцијата на ИУВ (92-98).
б) Други СПИ (без ХИВ и хепатит)	2	2	2	2	
в) Вагинит (вклучувајќи вагинална трихомонијаза и бактериска вагиноза)	2	2	2	2	
г) Зголемен ризик од СПИ	2/3	2	2/3	2	<b>Докази:</b> Со помош на алгоритам за утврдување на статусот за ризик од СПИ кај корисници на ИУВ, едно испитување посочи дека 11% од жените со висок ризик од СПИ имале компликации поврзани со ИУВ, споредено со петте проценти на оние што не се класифицирани како високоризични (99).
<b>ХИВ/СИДА</b>					
<b>ВИСОК РИЗИК ОД ХИВ</b>					
	3	П	3	П	<b>Докази:</b> Кај жените со ризик од ХИВ, употребата на ИУВ со бакар не го зголеми ризикот од зараза со ХИВ (100-110).
	2	2	2	2	

ИУВ не заштитуваат од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА З = започнување, П = продолжување		ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ		
	ИУВБ	ЛНГ-ИУВ			
ИУВБ = ИУВ со бакар    ЛНГ-ИУВ = левоноргестрел-ослободувачки ИУВ (24 µg/24 часа)					
<b>ЗАРАЗЕНИ СО ХИВ</b>	3 2	П 2	3 2	П 2	<b>Докази:</b> Постојат ограничени докази при споредбата на жени инфицирани и неинфицирани со ХИВ кои се кориснички на ИУВ, и тие не покажуваат зголемен ризик од севкупни компликации или компликации поврзани со зараза. Употребата на ИУВ немаше негативни ефекти во прогресијата на ХИВ со употребата на хормонска контрацепција кај жени заразени со ХИВ. Понатаму, употребата на ИУВ од страна на жени инфицирани со ХИВ не се поврзуваше со зголемен ризик од пренесување на сексуалните партнери (111-119).
<b>СИДА</b> Во добра клиничка состојба на АРВ-терапија.	3 2	2 2	3 2	2 2	<b>Појаснување за продолжување со употреба:</b> Состојбата на корисниците на ИУВ со СИДА треба внимателно да се следи поради пелвична инфекција.
<b>ДРУГИ ИНФЕКЦИИ</b>					
<b>ШИСТОЗОМИЈАЗА</b>					
а) Некомплицирана		1		1	
б) Фиброза на црниот дроб (ако е тешка, види цироза)		1		1	
<b>ТУБЕРКУЛОЗА*</b>	3	П	3	П	
а) Непелвична	1	1	1	1	
б) Пелвична	4	3	4	3	
<b>МАЛАРИЈА</b>		1		1	
<b>ЕНДОКРИНИ СОСТОЈБИ</b>					
<b>ДИЈАБЕТЕС*</b>					
а) Анамнеза за гестациски дијабетес		1		1	
б) Заболување без васкуларни промени					<b>Докази:</b> Ограничените докази за жените со инсулински зависен или независен дијабетес поврзани со употребата на ЛНГ-ИУВ покажуваат дека овие методи имаат мало влијание врз краткорочната или долгорочната контрола на дијабетесот (на пр., нивото на HbA <sub>1c</sub> ), хемостатичните маркери или липидниот профил (120; 121).
(i) инсулин независен дијабетес		1		2	
(ii) инсулин зависен дијабетес		1		2	
в) Нефропатија / ретинопатија / невропатија		1		2	
г) Друго васкуларно заболување или дијабетес што трае > 20 години		1		2	
<b>ТИРОИДНИ ЗАБОЛУВАЊА</b>					
а) Гушавост		1		1	
б) Хипертироидизам		1		1	
в) Хипотироидизам		1		1	
<b>ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНИ ЗАБОЛУВАЊА</b>					
<b>ЗАБОЛУВАЊЕ НА ЖОЛЧНОТО КЕСЕ</b>					
а) Симптоматско					
(i) лекувано со холецистектомија		1		2	
(ii) лекувано со лекарства		1		2	
(iii) тековно		1		2	
б) Асимптоматско		1		2	

ИУВ не заштитуваат од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА З = започнување, П = продолжување		ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ		
	ИУВБ	ЛНГ-ИУВ			
<b>ИУВБ = ИУВ со бакар    ЛНГ-ИУВ = левоноргестрел-ослободувачки ИУВ (24 µg/24 часа)</b>					
<b>ИСТОРИЈА НА ХОЛЕСТАЗА*</b>					
а) Поврзана со бременост	1	1			
б) Поврзана со мината употреба на КОК	1	2			
<b>ВИРУСЕН ХЕПАТИТИС</b>					
а) Акутна состојба или состојба на максимум на болеста	1	1			
б) Носител	1	1			
в) Хроничен	1	1			
<b>ЦИРОЗА</b>					
а) Блага (компензирана)	1	1			
б) Тешка (декомпензирана)	1	3			
<b>ТУМОРИ НА ЦРНИОТ ДРОБ*</b>					
а) Бенигни					
(i) Фокална нодуларна хиперплазија	1	2			
(ii) Хепатоцелуларен аденом	1	3			
б) Малигни (хепатоми)	1	3			
<b>АНЕМИИ</b>					
<b>ТАЛАСЕМИЈА*</b>	2	1			
<b>СРПЕСТА АНЕМИЈА*</b>	2	1			
<b>АНЕМИЈА СО ДЕФИЦИТ НА ЖЕЛЕЗО*</b>	2	1			
<b>ИНТЕРАКЦИИ НА ЛЕКОВИ</b>					
<b>АНТИРЕТРОВИРУСНА ТЕРАПИЈА</b>	3	П	3	П	<b>Појаснување:</b> Не се знае за интеракција помеѓу антиретровирусна терапија и употреба на ИУВ. Но, СИДА како состојба се класифицира под Категорија 3 за инсерција и под Категорија 2 за продолжување на употреба, освен ако жената е во добра клиничка состојба, при што инсерцијата и продолжувањето се класифицираат под Категорија 2 (види состојба на ХИВ/СИДА).
а) Нуклеозидни инхибитори на реверзна транскриптаза (NRTI)	2/3	2	2/3	2	
б) Ненуклеозидни инхибитори на реверзна транскриптаза (NNRTI)	2/3	2	2/3	2	
в) Протеазни инхибитори зајакнати со ритонавир	2/3	2	2/3	2	
<b>АНТИКОНВУЛЗИВНА ТЕРАПИЈА</b>					
а) Одредени антиконвулзиви (фенитоин, карбамазепин, барбитурати, примодон, топирамат, окскарбазепин)	1		1		<b>Докази:</b> Ограничените докази укажуваат дека употребата на одредени антиконвулзиви не го попречува контрацептивното дејство на ЛНГ-ИУВ (122).
б) Ламотригин	1		1		<b>Докази:</b> Не се истакнати никакви интеракции на лекови кај жени со епилепсија што примаат ламотригин и користат ЛНГ-ИУВ (123).
<b>АНТИМИКРОБНА ТЕРАПИЈА</b>					
а) Антибиотици со широк спектар	1		1		<b>Докази:</b> Рифампицин или рифабутин: Една студија на преваленца утврди дека рифабутинот не влијае врз ефективността на ЛНГ-ИУВ (122).
б) Антимикотици	1		1		
в) Антипаразитици	1		1		
г) Терапија со рифампицин или рифабутин	1		1		

## ДОПОЛНИТЕЛНИ КОМЕНТАРИ

### ВОЗРАСТ

**Од менарха до < 20 години:** постои загриженост околу ризикот од исфрлување поради тоа што жената не родила и ризикот од СПИ поради сексуалното однесување кај помладите старосни групи.

### ПОСТПАРТУСЕН ПЕРИОД

**< 48 часа, ≥ 48 часа до < 4 недели:** постои загриженост дека кај новороденчето може да постои ризик поради изложеност на стероидни хормони преку употреба на ЛНГ-ИУВ за време на првите 4 недели.

### ПУЕРПЕРАЛНА СЕПСА

Инсерцијата на ИУВ може значително да ја влоши состојбата.

### ПО АБОРТУС

Скорешен постсептичен абортус: инсерцијата на ИУВ може значително да ја влоши состојбата.

### ПРЕТХОДНА ЕКТОПИЧНА БРЕМЕНОСТ

Апсолутниот ризик од ектопична бременост е екстремно низок поради високата ефективност на ИУВ. Но, кога жената ќе забремени при употреба на ИУВ релативната веројатност за ектопична бременост расте значително.

### ХИПЕРТЕНЗИЈА

Во теорија, постои загриженост за ефектот на ЛНГ врз липидите. Не се ограничува употребата на ИУВБ.

### ДЛАБОКА ВЕНСКА ТРОМБОЗА/ПУЛМОНАЛНА ЕМБОЛИЈА

ЛНГ-ИУВ може да биде корисен третман за менорагија кај жени на хронична антикоагулантна терапија.

### ТЕКОВНА И МИНАТА ИСХЕМИЧНА СРЦЕВА БОЛЕСТ

Во теорија, постои загриженост за ефектот на ЛНГ врз липидите. Не се ограничува употребата на ИУВБ.

### МОЗОЧЕН УДАР

Во теорија, постои загриженост за ефектот на ЛНГ врз липидите. Не се ограничува употребата на ИУВБ.

### ГЛАВОБОЛКИ

Аурата претставува специфичен фокален невролошки симптом. За повеќе информации поврзани со овој и со други дијагностички критериуми, види: Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd edition. *Cephalalgia*. 2004; 24 (Suppl 1): 1-150. [http://ihs-classification.org/en/02\\_klassifikacion](http://ihs-classification.org/en/02_klassifikacion) (пристапено на 21 август 2009 г.).

### ТЕШКА ДИСМЕНОРЕЈА

Дисменорејата може да се интензивира со употребата на ИУВБ. Употребата на ЛНГ-ИУВ се поврзува со намалување на дисменорејата.

### ЦЕРВИКАЛНА ИНТРАЕПИТЕЛИЈАЛНА НЕОПЛАЗИЈА (ЦИН)

Во теорија, постои загриженост дека употребата на ЛНГ-ИУВ може да ја зголеми прогресијата на ЦИН.

### ЦЕРВИКАЛЕН КАРЦИНОМ (СЕ ЧЕКА ЛЕКУВАЊЕ)

Постои загриженост околу зголемениот ризик од инфекција и крварење при инсерција. ИУВ веројатно ќе мора да се отстрани за време на лекувањето, но дотогаш, кај жената постои ризик од бременост.

### БОЛЕСТ НА ДОЈКАТА

Карцином на дојката: карциномот на дојката е хормонски чувствителен тумор. ЛНГ-ИУВ причинува помала загриженост околу напредувањето на болеста отколку КОК или КССП во повисоки дози.

### ЕНДОМЕТРИЈАЛЕН КАРЦИНОМ

Постои загриженост околу зголемениот ризик од инфекција, перфорација и крварење при инсерција. ИУВ веројатно ќе мора да се отстрани за време на лекувањето, но дотогаш, кај жената постои ризик од бременост.

### КАРЦИНОМ НА ЈАЈНИЦИТЕ

ИУВ веројатно ќе мора да се отстрани за време на лекувањето, но дотогаш, кај жената постои ризик од бременост.

### ЛЕИОМИОМ НА УТЕРУСОТ

**Без искривување на утерусната празнина:** на жените со тешко или пролонгирано крварење треба да им се назначи категоријата за дадената состојба.

**Со искривување на утерусната празнина:** леиомиомите на утерусот што постојат од претходно и коишто ја искривуваат утерусната празнина може да попречуваат инсерција и соодветно вметнување на ИУВ.

### АНАТОМСКИ АБНОРМАЛНОСТИ

**Искривена утерусна празнина:** во присуство на анатомска абнормалност што ја искривува утерусната празнина, невозможно е соодветно вметнување ИУВ.

### ПЕЛВИЧНА ИНФЛАМАТОРНА БОЛЕСТ (ПИБ)

ИУВ не заштитуваат од СПИ/ХИВ/ПИБ. Кај жените со низок ризик од СПИ, инсерцијата на ИУВ претставува низок ризик од ПИБ. Актуелниот ризик од СПИ и желбата за идна бременост се битни аспекти.

### ТУБЕРКУЛОЗА

Пелвична: инсерцијата на ИУВ може значително да ја влоши состојбата.

### АНАМНЕЗА ЗА ХОЛЕСТАЗА

Постои загриженост дека холестаза поврзана со КХКС во анамнезата може да предвиди последователна холестаза со употребата на ЛНГ. Сепак, не е јасно дали постои каков било ризик со употребата на ЛНГ-ИУВ.

### ТУМОРИ НА ЦРНИОТ ДРОБ

Не постојат докази околу употребата на хормонска контрацепција кај жени со хепатоцелуларни аденоми. Со оглед на тоа што употребата на КОК кај здрави жени се поврзува со развој и раст на хепатоцелуларни аденоми, не се знае дали други хормонски контрацептиви имаат слично дејство.

**ТАЛАСЕМИЈА**

Постои загриженост околу зголемениот ризик од губење крв со ИУВБ.

**СРПЕСТА АНЕМИЈА**

Постои загриженост околу зголемениот ризик од губење крв со ИУВБ.

**АНЕМИЈА СО ДЕФИЦИТ НА ЖЕЛЕЗО**

Постои загриженост околу зголемениот ризик од губење крв со ИУВБ.



## КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

- (1) Cramer DW, et al. Tubal infertility and the intrauterine device. *New England Journal of Medicine*, 1985, 312:941-947.
- (2) Daling JR, et al. Primary tubal infertility in relation to the use of an intrauterine device. *New England Journal of Medicine*, 1985, 312:937-941.
- (3) Daling JR, et al. The intrauterine device and primary tubal infertility. *New England Journal of Medicine*, 1992, 326:203-204.
- (4) Delborge W, et al. Return to fertility in nulliparous and parous women after removal of the GyneFix intrauterine contraceptive system. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2002, 7:24-30.
- (5) Doll H, Vessey M, Painter R. Return of fertility in nulliparous women after discontinuation of the intrauterine device: comparison with women discontinuing other methods of contraception. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001, 108:304-314.
- (6) Hubacher D, et al. Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. *New England Journal of Medicine*, 2001, 345:561-567.
- (7) Skjeldestad FE, Bratt H. Return of fertility after use of IUDs (Nova-T, MLCu250 and MLCu375). *Advances in Contraception*, 1987, 3:139-145.
- (8) Urbach DR, et al. Association of perforation of the appendix with female tubal infertility. *American Journal of Epidemiology*, 2001, 153:566-571.
- (9) Wilson JC. A prospective New Zealand study of fertility after removal of copper intrauterine contraceptive devices for conception and because of complications: a four-year study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1989, 160:391-396.
- (10) Bonilla Rosales F., Aguilar Zamudio ME., Cazares Montero Mde L. et al. Factors for expulsion of intrauterine device Tcu380A applied immediately postpartum and after a delayed period. *Revista Médica del Instituto del Seguro Social*, 2005, 43:5-10.
- (11) Brenner PF. A Clinical-trial of the Delta-T intrauterine-device - immediate postpartum insertion. *Contraception*, 1983, 28:135-147.
- (12) Celen S, Moroy P, Sucak A et al. Clinical outcomes of early postplacental insertion of intrauterine contraceptive devices. *Contraception*, 2004, 69:279-282.
- (13) Chi IC, Wilkens L, Rogers S. Expulsions in immediate postpartum insertions of Lippes Loop D and Copper T IUDs and their counterpart Delta devices – an epidemiological analysis. *Contraception*, 1985, 32:119-134.
- (14) El-Shafei MM, Mashali A, Hassan EO et al. Postpartum and postabortion intrauterine device insertion unmet needs of safe reproductive health: three years experience of a Mansoura University Hospital. *Egyptian Society of Obstetrics & Gynecology*, 2000, 26:253-262.
- (15) Eroglu K, Akkuzu G, Vural G et al. Comparison of efficacy and complications of IUD insertion in immediate postplacental/ early postpartum period with interval period: 1 year follow-up. *Contraception*, 2006, 74:376-381.
- (16) Lara R, Sanchez RA, Aznar R. [Application of intrauterine device through the incision of the cesarean section]. *Ginecología y Obstetricia de Mexico*, 1989, 57:23-27.
- (17) Mishell DR, Jr., Roy S. Copper intrauterine contraceptive device event rates following insertion 4 to 8 weeks post partum. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1982, 143:29-35.
- (18) Morrison C, Waszak C, Katz K et al. Clinical outcomes of two early postpartum IUD insertion programs in Africa. *Contraception*, 1996, 53:17-21.
- (19) Muller ALL, Ramos JGL, Martins-Costa SH et al. Transvaginal ultrasonographic assessment of the expulsion rate of intrauterine devices inserted in the immediate postpartum period: a pilot study. *Contraception*, 2005, 72:192-195.
- (20) Thiery M, Vanderpas H, Delbeke L et al. Comparative Performance of 2 Copper-Wired IUDs (ML-Cu-250 and T-Cu-200) - Immediate Postpartum and Interval Insertion. *Contraceptive Delivery Systems*, 1980, 1:27-35.
- (21) Thiery M, Van Kets H, Van der PH et al. The ML Cu250; clinical experience in Belgium and The Netherlands. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1982, 89:51-53.
- (22) Welkovic S, Costa LO, Faundes A et al. Post-partum bleeding and infection after post-placental IUD insertion. *Contraception*, 2001, 63:155-158.
- (23) Zhou SW, Chi IC. Immediate postpartum IUD insertions in a Chinese hospital—a two year follow-up. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1991, 35:157-164.
- (24) Kapp N, Curtis KM. Intrauterine device insertion during the postpartum period: a systematic review. *Contraception*, 2009, 80:327-336.
- (25) El Tagy A, et al. Safety and acceptability of post-abortual IUD insertion and the importance of counseling. *Contraception*, 2003, 67:229-234.
- (26) Gillett PG, et al. A comparison of the efficacy and acceptability of the Copper-7 intrauterine device following immediate or delayed insertion after first-trimester therapeutic abortion. *Fertility & Sterility*, 1980, 34:121-124.
- (27) Grimes D, Schulz K, Stanwood N. Immediate postabortion insertion of intrauterine devices. [update of Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD001777; PMID:10796820]. [Review] [28 refs]. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2002, CD001777.
- (28) Gupta I, Devi PK. Studies on immediate post-abortion copper 'T' device. *Indian Journal of Medical Research*, 1975, 63:736-739.
- (29) Moussa A. Evaluation of postabortion IUD insertion in Egyptian women. *Contraception*, 2001, 63:315-317.
- (30) Pakarinen P, Toivonen J, Luukkainen T. Randomized comparison of levonorgestrel- and copper-releasing intrauterine systems immediately after abortion, with 5 years' follow-up. *Contraception*, 2003, 68:31-34.
- (31) Stanwood NL, Grimes DA, Schulz KF. Insertion of an intrauterine contraceptive device after induced or spontaneous abortion: a review of the evidence. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001, 108:1168-1173.
- (32) Suvisaari J, Lahteenmaki P. Detailed analysis of menstrual bleeding patterns after postmenstrual and postabortion insertion of a copper IUD or a levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Contraception*, 1996, 54:201-208.
- (33) The World Health Organization's Special Programme of Research, Development, and Research Training in Human Reproduction. IUD insertion following spontaneous abortion: a clinical trial of the TCu 220C, Lippes loop D, and copper 7. *Studies in Family Planning*, 1983, 14:109-114.
- (34) The World Health Organization's Special Programme of Research, Development, and Research Training in Human Reproduction. IUD insertion following termination of pregnancy: a clinical trial of the TCu 220C, Lippes loop D, and copper 7. *Studies in Family Planning*, 1983, 14:99-108.
- (35) The World Health Organization's Special Programme of Research, Development, and Research Training in Human Reproduction. The Alza T IPCS 52, a longer acting progesterone IUD: safety and efficacy compared to the TCu220C and multiloop 250 in two randomized multicentre trials. *Clinical Reproduction & Fertility*, 1983, 2:113-128.
- (36) Timonen H, Luukkainen T. Immediate postabortion insertion of the copper-T (TCu-200) with eighteen months follow-up. *Contraception*, 1974, 9:153-160.
- (37) Zhang PZ. Five years experience with the copper T 200 in Shanghai - 856 cases. *Contraception*, 1980, 22:561-571.
- (38) Heinemann LA, Assmann A, DoMinh T et al. Oral progestogen-only contraceptives and cardiovascular risk: results from the Transnational Study on Oral Contraceptives and the health of Young Women. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 1999, 4:67-73.
- (39) Vasilakis C, Jick H, Mar Melero-Montes M. Risk of idiopathic venous thromboembolism in users of progestogens alone. *Lancet*, 1999, 354:1610-1611.

- (40) World Health Organization. Cardiovascular disease and use of oral and injectable progestogen-only contraceptives and combined injectable contraceptives. Results of an international, multicenter, case-control study. *Contraception*, 1998, 57:315-324.
- (41) Kingman CE, Kadir RA, Lee CA et al. The use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system for treatment of menorrhagia in women with inherited bleeding disorders. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2004, 111:1425-1428.
- (42) Pisoni CN, Cuadrado MJ, Khamashta MA et al. Treatment of menorrhagia associated with oral anticoagulation: efficacy and safety of the levonorgestrel releasing intrauterine device (Mirena coil). *Lupus*, 2006, 15:877-880.
- (43) Schaedel ZE, Dolan G, Powell MC. The use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in the management of menorrhagia in women with hemostatic disorders. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2005, 193:1361-1363.
- (44) Bernatsky S, Ramsey-Goldman R, Gordon C et al. Factors associated with abnormal Pap results in systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*, 2004, 43:1386-1389.
- (45) Bernatsky S, Clarke A, Ramsey-Goldman R et al. Hormonal exposures and breast cancer in a sample of women with systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*, 2004, 43:1178-1181.
- (46) Chopra N, Koren S, Greer WL et al. Factor V Leiden, prothrombin gene mutation, and thrombosis risk in patients with antiphospholipid antibodies. *Journal of Rheumatology*, 2002, 29:1683-1688.
- (47) Esdaile JM, Abrahamowicz M, Grodzicky T et al. Traditional Framingham risk factors fail to fully account for accelerated atherosclerosis in systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 2001, 44:2331-2337.
- (48) Julkunen HA. Oral contraceptives in systemic lupus erythematosus: side-effects and influence on the activity of SLE. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 1991, 20:427-433.
- (49) Julkunen HA, Kaaja R, Friman C. Contraceptive practice in women with systemic lupus erythematosus. *British Journal of Rheumatology*, 1993, 32:227-230.
- (50) Jungers P, Dougados M, Pelissier C et al. Influence of oral contraceptive therapy on the activity of systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 1982, 25:618-623.
- (51) Manzi S, Meilahn EN, Rairie JE et al. Age-specific incidence rates of myocardial infarction and angina in women with systemic lupus erythematosus: comparison with the Framingham Study. *American Journal of Epidemiology*, 1997, 145:408-415.
- (52) McAlindon T, Giannotta L, Taub N et al. Environmental factors predicting nephritis in systemic lupus erythematosus. *Annals of Rheumatic Diseases*, 1993, 52:720-724.
- (53) McDonald J, Stewart J, Urowitz MB et al. Peripheral vascular disease in patients with systemic lupus erythematosus. *Annals of Rheumatic Diseases*, 1992, 51:56-60.
- (54) Mintz G, Gutierrez G, Deleze M et al. Contraception with progestogens in systemic lupus erythematosus. *Contraception*, 1984, 30:29-38.
- (55) Petri M. Musculoskeletal complications of systemic lupus erythematosus in the Hopkins Lupus Cohort: an update. *Arthritis Care and Research*, 1995, 8:137-145.
- (56) Petri M, Kim MY, Kalunian KC et al. Combined oral contraceptives in women with systemic lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353:2550-2558.
- (57) Petri M. Lupus in Baltimore: evidence-based 'clinical pearls' from the Hopkins Lupus Cohort. *Lupus*, 2005, 14:970-973.
- (58) Sanchez-Guerrero J, Uribe AG, Jimenez-Santana L et al. A trial of contraceptive methods in women with systemic lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353:2539-2549.
- (59) Sarabi ZS, Chang E, Bobba R et al. Incidence rates of arterial and venous thrombosis after diagnosis of systemic lupus erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*, 2005, 53:609-612.
- (60) Schaedel ZE, Dolan G, Powell MC. The use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in the management of menorrhagia in women with haemostatic disorders. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2005, 193:1361-1363.
- (61) Somers E, Magder LS, Petri M. Antiphospholipid antibodies and incidence of venous thrombosis in a cohort of patients with systemic lupus erythematosus. *Journal of Rheumatology*, 2002, 29:2531-2536.
- (62) Urowitz MB, Bookman AA, Koehler BE et al. The bimodal mortality pattern of systemic lupus erythematosus. *American Journal of Medicine*, 1976, 60:221-225.
- (63) Choojitarom K, Verasertniyom O, Totemchokchayakarn K et al. Lupus nephritis and Raynaud's phenomenon are significant risk factors for vascular thrombosis in SLE patients with positive antiphospholipid antibodies. *Clinical Rheumatology*, 2008, 27:345-351.
- (64) Wahl DG, Guillemin F, de Maistre E et al. Risk for venous thrombosis related to antiphospholipid antibodies in systemic lupus erythematosus – a meta-analysis. *Lupus*, 1997, 6:467-473.
- (65) Barrington JW, Arunkalaivanan AS, bdel-Fattah M. Comparison between the levonorgestrel intrauterine system (LNG-IUS) and thermal balloon ablation in the treatment of menorrhagia. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology*, 2003, 108:72-74.
- (66) Gupta B, Mittal S, Misra R et al. Levonorgestrel-releasing intrauterine system vs. transcervical endometrial resection for dysfunctional uterine bleeding. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 2006, 95:261-266.
- (67) Hurskainen R, Teperi J, Rissanen P et al. Quality of life and cost-effectiveness of levonorgestrel-releasing intrauterine system versus hysterectomy for treatment of menorrhagia: a randomized trial.[see comment]. *Lancet*, 2001, 357:273-277.
- (68) Istre O, Trolle B. Treatment of menorrhagia with the levonorgestrel intrauterine system versus endometrial resection. *Fertility & Sterility*, 2001, 76:304-309.
- (69) Koh SC, Singh K. The effect of levonorgestrel-releasing intrauterine system use on menstrual blood loss and the haemostatic, fibrinolytic/inhibitor systems in women with menorrhagia. *Journal of Thrombosis & Haemostasis*, 2007, 5:133-138.
- (70) Lethaby AE, Cooke I, Rees M. Progesterone/progestogen releasing intrauterine systems versus either placebo or any other medication for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2000, -CD002126.
- (71) Magalhaes J, Aldrighi JM, de Lima GR. Uterine volume and menstrual patterns in users of the levonorgestrel-releasing intrauterine system with idiopathic menorrhagia or menorrhagia due to leiomyomas. *Contraception*, 2007, 75:193-198.
- (72) Stewart A, Cummins C, Gold L et al. The effectiveness of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in menorrhagia: A systematic review. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001, 108:74-86.
- (73) Fedele L, Bianchi S, Zanconato G et al. Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of rectovaginal endometriosis. *Fertility & Sterility*, 2001, 75:485-488.
- (74) Lockhat FBE. The effect of a levonorgestrel intrauterine system (LNG-IUS) on symptomatic endometriosis. *Fertility & Sterility*, 2002, 77 Suppl 1:S24.
- (75) Petta CA, Ferriani RA, Abrao MS et al. Randomized clinical trial of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and a depot GnRH analogue for the treatment of chronic pelvic pain in women with endometriosis. *Human Reproduction*, 2005, 20:1993-1998.
- (76) Vercellini P, Aimi G, Panazza S et al. A levonorgestrel-releasing intrauterine system for the treatment of dysmenorrhea associated with endometriosis: a pilot study. *Fertility & Sterility*, 1999, 72:505-508.
- (77) Vercellini P, Frontino G, De GO et al. Comparison of a levonorgestrel-releasing intrauterine device versus expectant management after conservative surgery for symptomatic endometriosis: a pilot study. *Fertility & Sterility*, 2003, 80:305-309.
- (78) Adewole IF, Oladokun A, Fawole AO et al. Fertility regulatory methods and development of complications after evacuation of complete hydatidiform mole. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2000, 20:68-69.
- (79) Deicas RE, et al. The role of contraception in the development of postmolar trophoblastic tumour. *Obstetrics & Gynecology*, 1991, 78:221-226.

- (80) Ho Yuen B, Burch P. Relationship of oral contraceptives and the intrauterine contraceptive devices to the regression of concentration of the beta subunit of human chorionic gonadotropin and invasive complications after molar pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1983, 145:214-217.
- (81) Gaffield ME, Kapp K, Curtis KM. Combined oral contraceptive and intrauterine device use among women with gestational trophoblastic disease. *Contraception* 2009; 80:363-371.
- (82) Fedele L, et al. Treatment of adenomyosis-associated menorrhagia with a levonorgestrel-releasing intrauterine device. *Fertility & Sterility*, 1997, 68:426-429.
- (83) Grigorieva V, et al. Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine system to treat bleeding related to uterine leiomyomas. *Fertility & Sterility*, 2003, 79:1194-1198.
- (84) Mercoria F, et al. The effect of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of myoma-related menorrhagia. *Contraception*, 2003, 67:277-280.
- (85) Wildemeersch D, Schacht E, Wildemeersch P. Treatment of primary and secondary dysmenorrhea with a novel 'frameless' intrauterine levonorgestrel-releasing drug delivery system: a pilot study. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2001, 6:192-198.
- (86) Wildemeersch D, Schacht E. The effect on menstrual blood loss in women with uterine fibroids of a novel 'frameless' intrauterine levonorgestrel-releasing drug delivery system: a pilot study. *European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology*, 2002, 102:74-79.
- (87) Wildemeersch D, Schacht E, Wildemeersch P. Contraception and treatment in the perimenopause with a novel 'frameless' intrauterine levonorgestrel-releasing drug delivery system: an extended pilot study. *Contraception*, 2002, 66:93-99.
- (88) Wildemeersch D, Schacht E, Wildemeersch P. Performance and acceptability of intrauterine release of levonorgestrel with a miniature delivery system for hormonal substitution therapy, contraception and treatment in peri and postmenopausal women. *Maturitas*, 2003, 44:237-245.
- (89) 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.
- (90) Soderberg G, Lindgren S. Influence of an intrauterine device on the course of an acute pelvic inflammatory disease. *Contraception*, 1981, 24:137-143.
- (91) Teisala K. Removal of an intrauterine device and the treatment of acute pelvic inflammatory disease. *Annals of Medicine*, 1989, 21:63-65.
- (92) Faundes A, et al. The risk of inadvertent intrauterine device insertion in women carriers of endocervical Chlamydia trachomatis. *Contraception*, 1998, 58:105-109.
- (93) Ferraz do Lago R, et al. Follow-up of users of intrauterine device with and without bacterial vaginosis and other cervicovaginal infections. *Contraception*, 2003, 68:105-109.
- (94) Morrison CS, Sekadde-Kigondo C, Miller WC et al. Use of sexually transmitted disease risk assessment algorithms for selection of intrauterine device candidates. *Contraception*, 1999, 59:97-106.
- (95) Pap-Akeson M, et al. Genital tract infections associated with the intrauterine contraceptive device can be reduced by inserting the threads into the uterine cavity. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1992, 99:676-679.
- (96) Sinei SK, et al. Preventing IUDC-related pelvic infection: the efficacy of prophylactic doxycycline at insertion. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1990, 97:412-419.
- (97) Skjeldestad FE, et al. IUD users in Norway are at low risk of for genital C. trachomatis infection. *Contraception*, 1996, 54:209-212.
- (98) Walsh TL, et al. Effect of prophylactic antibiotics on morbidity associated with IUD insertion: results of a pilot randomized controlled trial. *Contraception*, 1994, 50:319-327.
- (99) Morrison CS, Sekadde-Kigondo C, Miller WC et al. Use of sexually transmitted disease risk assessment algorithms for selection of intrauterine device candidates. *Contraception*, 1999, 59:97-106.
- (100) Carael M, Van de Perre PH, Lepage PH et al. Human immunodeficiency virus transmission among heterosexual couples in Central Africa. *AIDS*, 1988, 2:201-205.
- (101) European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. *British Medical Journal*, 1992, 304:809-813.
- (102) Kapiga SH, Shao JF, Lwihula GK et al. Risk factors for HIV infection among women in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994, 7:301-309.
- (103) Kapiga SH, Lyamuya EF, Lwihula GK et al. The incidence of HIV infection among women using family planning methods in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS*, 1998, 12:75-84.
- (104) Mann JM, et al. HIV infection and associated risk factors in female prostitutes in Kinshasa, Zaire. *AIDS*, 1998, 2:249-254.
- (105) Martin HL, Jr., Nyange PM, Richardson BA et al. Hormonal contraception, sexually transmitted diseases, and risk of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 1998, 178:1053-1059.
- (106) Mati JK, Hunter DJ, Maggwa BN et al. Contraceptive use and the risk of HIV infection in Nairobi, Kenya. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1995, 48:61-67.
- (107) Nicolosi A, Correa Leite ML, Musicco M et al. The efficiency of male-to-female and female-to-male sexual transmission of the human immunodeficiency virus: a study of 730 stable couples. Italian Study Group on HIV Heterosexual Transmission.[comment]. *Epidemiology*, 1994, 5:570-575.
- (108) Plourde PJ, Plummer FA, Pepin J et al. Human immunodeficiency virus type 1 infection in women attending a sexually transmitted diseases clinic in Kenya.[comment]. *Journal of Infectious Diseases*, 1992, 166:86-92.
- (109) Sinei SK, Fortney JA, Kigondo CS et al. Contraceptive use and HIV infection in Kenyan family planning clinic attenders. *International Journal of STD & AIDS*, 1996, 7:65-70.
- (110) Spence MR, Robbins SM, Polansky M et al. Seroprevalence of human immunodeficiency virus type I (HIV-1) antibodies in a family-planning population. *Sexually Transmitted Diseases*, 1991, 18:143-145.
- (111) European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. *British Medical Journal*, 1992, 304:809-813.
- (112) Heikinheimo O, et al. The levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in HIV-infected women--effects on bleeding patterns, ovarian function and genital shedding of HIV. *Human Reproduction*, 2006, 21:2857-2861.
- (113) Kovacs A, et al. Determinants of HIV-1 shedding in the genital tract of women. *Lancet*, 2001, 358:1593-1601.
- (114) Lehtovirta P, Paavonen J, Heikinheimo O. Experience with the levonorgestrel-releasing intrauterine system among HIV-infected women. *Contraception*, 2007, 75:37-39.
- (115) Morrison CS, et al. Is the intrauterine device appropriate contraception for HIV-1 infected women? *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001, 108:784-790.
- (116) Mostad SB, et al. Hormonal contraception, vitamin A deficiency, and other risk factors for shedding of HIV-1 infected cells from the cervix and vagina. *Lancet*, 1997, 350:922-927.
- (117) Richardson BA, et al. Effect of intrauterine device use on cervical shedding of HIV-1 DNA. *AIDS*, 1999, 13:2091-2097.
- (118) Sinei SK, et al. Complications of use of intrauterine devices among HIV-1 infected women. *Lancet*, 1998, 351:1238-1241.
- (119) Stringer EM, et al. A randomized trial of the intrauterine contraceptive device vs. hormonal contraception in women who are infected with the human immunodeficiency virus. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2007, 197:144-148.
- (120) Grigoryan OR, Grodnitskaya EE, Andreeva EN et al. Contraception in perimenopausal women with diabetes mellitus. *Gynecological Endocrinology*, 2006, 22:198-206.
- (121) Rogovskaya S, Rivera R, Grimes DA et al. Effect of a levonorgestrel intrauterine system on women with type 1 diabetes: a randomized trial. *Obstetrics & Gynecology*, 2005, 105:811-815.

- (122) Bounds W, Guillebaud J. Observational series on women using the contraceptive Mirena concurrently with anti-epileptic and other enzyme-inducing drugs. *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2002, 28:78-80.
- (123) Reimers A, Helde G, Brodtkorb E. Ethinyl estradiol, not progestogens, reduces lamotrigine serum concentrations. *Epilepsia*, 2005, 46:1414-1417.

## ПОСТКОИТАЛНА КОНТРАЦЕПЦИЈА СО ИУВ СО БАКАР (П-ИУВ)

Овој метод е мошне ефективен за спречување бременост. ИУВ што ослободува бакар (ИУВБ) може да се искористи до пет дена од незаштитениот однос, како посткоитален контрацептив. Но, во случаи кога времето на овулација може да се процени, ИУВБ, ако е потребно, може да се вметне и по пет дена од односот, сè додека е во рокот од 5 дена по овулацијата.

**Критериумите за подобност за интервална инсерција на ИУВБ важат и за инсерција на ИУВБ како потскоитален контрацептив.**

ИУВ не заштитуваат од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА	ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ
<b>БРЕМЕНОСТ</b>	4	<b>Појаснување:</b> ИУВ не се посочува за време на бременост и не треба да се користи поради ризикот од сериозна пелвична инфекција и септички спонтан абортус.
<b>СИЛУВАЊЕ*</b>		
а) Висок ризик од СПИ	3	
б) Низок ризик од СПИ	1	

### ДОПОЛНИТЕЛНИ КОМЕНТАРИ

**Силување:** ИУВ не заштитуваат од СПИ/ХИВ/ПИБ. Кај жените со хламидијална инфекција или гонореја треба да се избегнува инсерција на ИУВ поради потенцијалниот ризик од ПИБ. Постои помала загриженост во врска со други СПИ.



## БАРИЕРНИ МЕТОДИ (БАР)

Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.				
СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА З = започнување, П = продолжување			ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ
	К	С	Д	
<b>К</b> = машки кондом од латекс, машки полиуретански кондоми, женски кондоми <b>С</b> = спермицид <b>Д</b> = дијафрагма (со спермицид), цервикална капа				
На жените со состојби поради кои бременоста претставува неприфатлив ризик треба да им се укаже дека бариерните методи за спречување бременост не се најсоодветни за лицата што не можат да ги користат доследно и правилно поради нивните релативно високи стапки на неуспешност при типична употреба.				
ЛИЧНИ КАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНА ИСТОРИЈА				
<b>БРЕМЕНОСТ</b>	NA	NA	NA	NA = нема податоци <b>Појаснување:</b> Ниеден од овие методи не е релевантен за контрацепција при утврдена бременост. Но, за жените што во текот на бременоста се изложени на ризик од СПИ/ХИВ, се препорачува правилна и доследна употреба на кондоми.
<b>ВОЗРАСТ</b>				
а) Од менарха до < 40 год.	1	1	1	
б) ≥ 40 години	1	1	1	
<b>ПАРИТЕТ</b>				
а) Жени кои не родиле	1	1	1	<b>Појаснување:</b> Кај жените кои родиле, за разлика од оние кои не родиле, постои поголем ризик од неуспешно дејство на цервикалната капа.
б) Жени кои родиле	1	1	2	
<b>ПОСТПАРТУСЕН ПЕРИОД</b>				
а) < 6 недели по породувањето	1	1	NA	<b>Појаснување:</b> Дијафрагмата и капата се непогодни сè додека не заврши инволуцијата на утерусот.
б) ≥ 6 недели по породувањето	1	1	1	
<b>ПО АБОРТУС</b>				
а) Прв триместар	1	1	1	<b>Појаснување:</b> Дијафрагмата и капата се непогодни сè до 6 месеца по абортусот во втор триместар.
б) Втор триместар	1	1	1	
в) Скорешен постсептичен абортус	1	1	1	
<b>ПРЕХОДНА ЕКТОПИЧНА БРЕМЕНОСТ</b>	1	1	1	
<b>ИСТОРИЈА НА ПЕЛВИЧНА ОПЕРАЦИЈА</b>	1	1	1	
<b>ПУШЕЊЕ</b>				
а) Возраст < 35 години	1	1	1	
б) Возраст ≥ 35 години				
(i) < 15 цигари/ден	1	1	1	
(ii) ≥ 15 цигари/ден	1	1	1	
<b>ДЕБЕЛИНА*</b>				
а) ИТМ ≥ 30 kg/m <sup>2</sup>	1	1	1	
б) Од менарха до < 18 години и ИТМ ≥ 30 kg/m <sup>2</sup>	1	1	1	

Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА З = започнување, П = продолжување			ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ
	К	С	Д	
<p><b>К</b> = машки кондом од латекс, машки полиуретански кондоми, женски кондоми  <b>С</b> = спермицид <b>Д</b> = дијафрагма (со спермицид), цервикална капа</p>				
<p>На жените со состојби поради кои бременоста претставува неприфатив ризик треба да им се укаже дека бариерните методи за спречување бременост не се најсоодветни за лицата што не можат да ги користат доследно и правилно поради нивните релативно високи стапки на неуспешност при типична употреба.</p>				
<b>НЕ СЕ ДОСТАПНИ МЕРЕЊА НА КРВНИОТ ПРИТИСОК</b>	NA	NA	NA	<b>Појаснување:</b> Иако мерењето на крвниот притисок зборува за добра превентивна здравствена грижа, тоа нема материјална поврзаност со безбедна и ефективна употреба на бариерниот метод. На жените не треба да им се ускрати употребата на бариерен метод само затоа што не може да им се измери крвниот притисок.
<b>КАРДИОВАСКУЛАРНО ЗАБОЛУВАЊЕ</b>				
<b>ПОВЌЕКРАТНИ ФАКТОРИ НА РИЗИК ОД АРТЕРИСКО КАРДИОВАСКУЛАРНО ЗАБОЛУВАЊЕ</b> (нако на пр., постара возраст, пушење, дијабетес и хипертензија)	1	1	1	
<b>ХИПЕРТЕНЗИЈА</b>				
а) Историја на хипертензија, каде што крвниот притисок НЕ МОЖЕ да се евалуира (вклучувајќи хипертензија во бременоста)	1	1	1	
б) Адекватно контролирана хипертензија, каде што крвниот притисок МОЖЕ да се евалуира	1	1	1	
в) Покачен крвен притисок (соодветни мерења)				
(i) систолен 140-159 или дијастолен 90-99 mm Hg	1	1	1	
(ii) систолен ≥ 160 или дијастолен ≥ 100 mm Hg	1	1	1	
г) Васкуларно заболување	1	1	1	
<b>ИСТОРИЈА НА ВИСОК КРВЕН ПРИТИСОК ЗА ВРЕМЕ НА БРЕМНОСТА</b> (каде што актуелниот крвен притисок е мерлив и нормален)	1	1	1	
<b>ДЛАБОКА ВЕНСКА ТРОМБОЗА (ДВТ) / ПУЛМОНАЛНА ЕМБОЛИЈА (ПЕ)</b>				
а) Историја на ДВТ/ПЕ	1	1	1	
б) Акутна форма на ДВТ/ПЕ	1	1	1	
в) ДВТ/ПЕ и утврдена антикоагулантна терапија	1	1	1	
г) Семејна историја (роднини од прво колено)	1	1	1	
д) Поголем хируршки зафат				
(i) со пролонгирана имобилизација	1	1	1	
(ii) без пролонгирана имобилизација	1	1	1	
ѓ) Помал хируршки зафат без имобилизација	1	1	1	



Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА З = започнување, П = продолжување			ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ
	К	С	Д	
<p><b>К</b> = машки кондом од латекс, машки полиуретански кондоми, женски кондоми  <b>С</b> = спермицид <b>Д</b> = дијафрагма (со спермицид), цервикална капа</p>				
<p>На жените со состојби поради кои бременоста претставува неприфатлив ризик треба да им се укаже дека бариерните методи за спречување бременост не се најсоодветни за лицата што не можат да ги користат доследно и правилно поради нивните релативно високи стапки на неуспешност при типична употреба.</p>				
<b>ПОЗНАТИ ТРОМБОГЕНИ МУТАЦИИ</b> (на пр., фактор V Leiden, протромбинска мутација; протеин S, протеин C, и недостатоци на антитромбин)	1	1	1	<b>Појаснување:</b> Рутинскиот скрининг не е најпогоден поради реткоста на болеста и високите трошоци за скринингот.
<b>ПОВРШНА ВЕНСКА ТРОМБОЗА</b>				
а) Варикозни вени	1	1	1	
б) Површен тромбофлебит	1	1	1	
<b>ТЕКОВНА И МИНАТА ИСХЕМИЧНА СРЦЕВА БОЛЕСТ</b>	1	1	1	
<b>МОЗОЧЕН УДАР</b> (историја на цереброваскуларен инсулт)	1	1	1	
<b>ПОЗНАТИ ХИПЕРЛИПИДЕМИИ</b>	1	1	1	<b>Појаснување:</b> Рутинскиот скрининг не е најпогоден поради реткоста на болеста и високите трошоци за скринингот.
<b>ВАЛВУЛАРНА СРЦЕВА БОЛЕСТ*</b>				
а) Некомплицирана	1	1	1	
б) Комплицирана (пулмонална хипертензија, ризик од атријална фибрилација, историја на субакутен бактериски ендокардит)	1	1	2	
<b>РЕВМАТИЧНИ ЗАБОЛУВАЊА</b>				
<b>СИСТЕМСКИ ЛУПУС ЕРИТОМАТОЗУС (СЛЕ)</b>				
а) Позитивни (или непознати) антифосфолипидни антитела	1	1	1	
б) Тешка тромбоцитопенија	1	1	1	
в) Имуносупресивна терапија	1	1	1	
г) Ниедно од горенаведените	1	1	1	
<b>НЕВРОЛОШКИ СОСТОЈБИ</b>				
<b>ГЛАВОБОЛКИ</b>				
а) Немигренозна (блага или тешка)	1	1	1	
б) Мигрена				
(i) без аура				
<i>Возраст &lt; 35 години</i>	1	1	1	
<i>Возраст ≥ 35 години</i>	1	1	1	
(ii) со аура, на која било возраст	1	1	1	
<b>ЕПИЛЕПСИЈА</b>	1	1	1	
<b>ДЕПРЕСИВНИ РАСТРОЈСТВА</b>				
<b>ДЕПРЕСИВНИ РАСТРОЈСТВА</b>	1	1	1	

Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА З = започнување, П = продолжување			ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ
	К	С	Д	
<p><b>К</b> = машки кондом од латекс, машки полиуретански кондоми, женски кондоми  <b>С</b> = спермицид <b>Д</b> = дијафрагма (со спермицид), цервикална капа</p>				
<p>На жените со состојби поради кои бременоста претставува неприфатлив ризик треба да им се укаже дека бариерните методи за спречување бременост не се најсоодветни за лицата што не можат да ги користат доследно и правилно поради нивните релативно високи стапки на неуспешност при типична употреба.</p>				
<b>ИНФЕКЦИИ И ЗАБОЛУВАЊА НА РЕПРОДУКТИВНИОТ ТРАКТ</b>				
<b>НЕОБЈАСНЕТО ВАГИНАЛНО КРВАРЕЊЕ</b> (индикативно за сериозна здравствена состојба) Пред евалуација	1	1	1	<b>Појаснување:</b> Рутинскиот скрининг не е најпогоден поради реткоста на болеста и високите трошоци за скринингот.
<b>ЕНДОМЕТРИОЗА</b>	1	1	1	
<b>БЕНИГНИ ТУМОРИ НА ЈАЈНИЦИТЕ</b> (вклучително и цисти)	1	1	1	
<b>ТЕШКА ДИСМЕНОРЕЈА</b>	1	1	1	
<b>ГЕСТАЦИСКА ТРОФОБЛАСТНА БОЛЕСТ</b>				
а) Опаѓачко или незабележливо ниво на $\beta$ -hCG	1	1	1	
б) Континуирано зголемени нивоа на $\beta$ -hCG или малигна болест	1	1	1	
<b>ЕКТРОПИЈА НА ЦЕРВИКС*</b>	1	1	1	
<b>ЦЕРВИКАЛНА ИНТРАЕПИТЕЛИЈАЛНА НЕОПЛАЗИЈА (ЦИН)</b>	1	1	1	<b>Појаснување:</b> Не треба да се користи цервикална капа. Нема ограничувања за употребата на дијафрагма.
<b>ЦЕРВИКАЛЕН КАРЦИНОМ*</b> (се чека лекување)	1	2	1	<b>Појаснување:</b> Не треба да се користи цервикална капа. Нема ограничувања за употребата на дијафрагма.
<b>BREAST DISEASE</b>				
а) Недијагностицирана маса	1	1	1	
б) Бенигно заболување на дојките	1	1	1	
в) Семејна историја на карцином	1	1	1	
г) Карцином на дојката				
(i) тековен	1	1	1	
(ii) излекуван и без докази за заболување во период од 5 години	1	1	1	
<b>ЕНДОМЕТРИЈАЛЕН КАРЦИНОМ</b>	1	1	1	
<b>КАРЦИНОМ НА ЈАЈНИЦИТЕ</b>	1	1	1	
<b>ЛЕИОМИОМ НА УТЕРУСОТ</b>				
а) Без искривувања на утерусната празнина	1	1	1	
б) Со искривувања на утерусната празнина	1	1	1	
<b>АНАТОМСКИ АБНОРМАЛНОСТИ</b>	1	1	NA	<b>Појаснување:</b> Во одредени случаи на пролапс, дијафрагма не може да се користи. Употребата на цервикална капа не е соодветна за клиент со видно искривена анатомија на цервиксот.

Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА З = започнување, П = продолжување			ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ
	К	С	Д	
<b>К</b> = машки кондом од латекс, машки полиуретански кондоми, женски кондоми <b>С</b> = спермицид <b>Д</b> = дијафрагма (со спермицид), цервикална капа				
На жените со состојби поради кои бременоста претставува неприфатлив ризик треба да им се укаже дека бариерните методи за спречување бременост не се најсоодветни за лицата што не можат да ги користат доследно и правилно поради нивните релативно високи стапки на неуспешност при типична употреба.				
<b>ПЕЛВИЧНА ИНФЛАМАТОРНА БОЛЕСТ (ПИБ)</b>				
а) Мината ПИБ (под претпоставка дека нема тековни фактори на ризик од СПИ)				
(i) со последователна бременост	1	1	1	
(ii) без последователна бременост	1	1	1	
б) ПИБ - тековна	1	1	1	
<b>СПИ</b>				
а) Пурулентен цервицит или инфекција со хламидија или гонореја	1	1	1	
б) Други СПИ (без ХИВ и хепатит)	1	1	1	
в) Вагинит (вклучувајќи вагинална трихомонијаза и бактериска вагиноза)	1	1	1	
г) Зголемен ризик од СПИ	1	1	1	
<b>ХИВ/СИДА</b>				
<b>ВИСОК РИЗИК ОД ХИВ*</b>	1	4	4	<b>Докази:</b> Повторената и високодозирана употреба на спермицидот ноноксинол-9 се поврзуваше со зголемен ризик од генитални лезии, коишто може да го зголемат ризикот од зараза со ХИВ (1).
<b>ЗАРАЗЕНИ СО ХИВ*</b>	1	3	3	
<b>СИДА*</b>	1	3	3	
<b>ДРУГИ ИНФЕКЦИИ</b>				
<b>ШИСТОЗОМИЈАЗА</b>				
а) Некомплицирана	1	1	1	
б) Фиброза на црниот дроб (ако е тешка, види цироза)	1	1	1	
<b>ТУБЕРКУЛОЗА</b>				
а) Непелвична	1	1	1	
б) Пелвична	1	1	1	
<b>МАЛАРИЈА</b>				
а) Непелвична	1	1	1	
б) Пелвична	1	1	1	
<b>ИСТОРИЈА НА СИНДРОМ НА ТОКСИЧЕН ШОК*</b>	1	1	3	
<b>ИНФЕКЦИЈА НА УРИНАРНИОТ ТРАКТ*</b>	1	1	2	

Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА З = започнување, П = продолжување			ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ
	К	С	Д	
<p><b>К</b> = машки кондом од латекс, машки полиуретански кондоми, женски кондоми  <b>С</b> = спермицид <b>Д</b> = дијафрагма (со спермицид), цервикална капа</p>				
<p>На жените со состојби поради кои бременоста претставува неприфатлив ризик треба да им се укаже дека бариерните методи за спречување бременост не се најсоодветни за лицата што не можат да ги користат доследно и правилно поради нивните релативно високи стапки на неуспешност при типична употреба.</p>				
<b>ЕНДОКРИНИ СОСТОЈБИ</b>				
<b>ДИЈАБЕТЕС</b>				
а) Анамнеза за гестациски дијабетес	1	1	1	
б) Заболување без васкуларни промени				
(i) инсулин независен дијабетес	1	1	1	
(ii) инсулин зависен дијабетес	1	1	1	
в) Нефропатија / ретинопатија / невропатија	1	1	1	
г) Друго васкуларно заболување или дијабетес што трае > 20 години	1	1	1	
<b>ТИРЕОДНИ ЗАБОЛУВАЊА</b>				
а) Гушавост	1	1	1	
б) Хипертироидизам	1	1	1	
в) Хипотироидизам	1	1	1	
<b>ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНИ ЗАБОЛУВАЊА</b>				
<b>ЗАБОЛУВАЊЕ НА ЖОЛЧНОТО КЕСЕ</b>				
а) Симптоматско				
(i) лекувано со холецистектомија	1	1	1	
(ii) лекувано со лекачества	1	1	1	
(iii) тековно	1	1	1	
б) Асимптоматско	1	1	1	
<b>ИСТОРИЈА НА ХОЛЕСТАЗА</b>				
а) Поврзана со бременост	1	1	1	
б) Поврзана со мината употреба на КОК	1	1	1	
<b>ВИРУСЕН ХЕПАТИТИС</b>				
а) Акутна состојба или состојба на максимум на болеста	1	1	1	
б) Носител	1	1	1	
в) Хроничен	1	1	1	
<b>ЦИРОЗА</b>				
а) Блага (компензирана)	1	1	1	
б) Тешка (декомпензирана)	1	1	1	
<b>ТУМОРИ НА ЦРНИОТ ДРОБ</b>				
а) Бенигни				
(i) Фокална нодуларна хиперплазија	1	1	1	
(ii) Хепатоцелуларен аденом	1	1	1	
б) Малигни (хепатоми)	1	1	1	

Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА 3 = започнување, П = продолжување			ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ
	К	С	Д	
<p><b>К</b> = машки кондом од латекс, машки полиуретански кондоми, женски кондоми  <b>С</b> = спермицид <b>Д</b> = дијафрагма (со спермицид), цервикална капа</p>				
<p>На жените со состојби поради кои бременоста претставува неприфатлив ризик треба да им се укаже дека бариерните методи за спречување бременост не се најсоодветни за лицата што не можат да ги користат доследно и правилно поради нивните релативно високи стапки на неуспешност при типична употреба.</p>				
<b>АНЕМИИ</b>				
<b>ТАЛАСЕМИЈА</b>	1	1	1	
<b>СРПЕСТА АНЕМИЈА</b>	1	1	1	
<b>АНЕМИЈА СО ДЕФИЦИТ НА ЖЕЛЕЗО</b>	1	1	1	
<b>ИНТЕРАКЦИИ НА ЛЕКОВИ</b>				
<b>АНТИРЕТРОВИРУСНА ТЕРАПИЈА</b>				
а) Нуклеозидни инхибитори на реверзна транскриптаза (NRTI)	1	3	3	<b>Појаснување:</b> Не се познати интеракции на лекови помеѓу АРВ-терапија и примената на бариерни методи. Но, зараза со ХИВ и СИДА како состојби, се класифицирани под Категорија 3 за спермициди и дијафрагми (види за ХИВ/СИДА погоре).
б) Ненуклеозидни инхибитори на реверзна транскриптаза (NNRTI)	1	3	3	
в) Протеазни инхибитори зајакнати со ритонавир	1	3	3	
<b>АНТИКОНВУЛЗИВНА ТЕРАПИЈА</b>				
а) Одредени антиконвулзиви (фенитоин, карбамазепин, барбитурати, примодон, топирамат, окскарбазепин)	1	1	1	
б) Ламотригин	1	1	1	
<b>АНТИМИКРОБНА ТЕРАПИЈА</b>				
а) Антибиотици со широк спектар	1	1	1	
б) Антимикотици	1	1	1	
в) Антипаразитици	1	1	1	
г) Терапија со рифампицин или рифабутин	1	1	1	
<b>АЛЕРГИЈА НА ЛАТЕКС</b>	3	1	3	<b>Појаснување:</b> Ова не се однесува на пластични кондоми/дијафрагми.

## ДОПОЛНИТЕЛНИ КОМЕНТАРИ

### ДЕБЕЛИНА

Преголемата телесна тежина може да го отежни поставувањето дијафрагма или цервикална капа.

### ВАЛВУЛАРНО ЗАБОЛУВАЊЕ НА СРЦЕТО

Кај клиентот со субакутен бактериски ендокардит може да порасне ризикот од инфекција на уринарниот тракт поради дијафрагмата.

### ЦЕРВИКАЛЕН КАРЦИНОМ (СЕ ЧЕКА ЛЕКУВАЊЕ)

Повторената употреба на ноноксинол-9 во високи дози може да предизвика вагинална или цервикална иритација или абрази.

### ВИСОК РИЗИК ОД ХИВ

Категорија 4 се назначува за употреба на дијафрагма поради негативните ефекти на спермицидот, а не од самата дијафрагма.

### ЗАРАЗЕНИ СО ХИВ

Употребата на спермициди и/или дијафрагми (со спермицид) може да ја наруши цервикалната слуз, а тоа може да предизвика ослободување на вирусот и пренесување ХИВ на незаразените сексуални партнери.

### ИСТОРИЈА НА СИНДРОМ НА ТОКСИЧЕН ШОК

За историјата на синдром на токсичен шок се изнесува поврзаноста со контрацептивниот сунѓер и употребата на дијафрагма.

### ИНФЕКЦИЈА НА УРИНАРНИОТ ТРАКТ

Со дијафрагмите и спермицидите постои можност за зголемена инфекција на уринарниот тракт.

## КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

- (1) Wilkinson D, et al. Nonoxynol-9 for preventing vaginal acquisition of HIV infection by women from men. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002; 4(CD003936).

## МЕТОД ЗА СЛЕДЕЊЕ НА ПЛОДНИТЕ ДЕНОВИ (СПД)

Методите за следење на плодните денови (СПД), поврзан со планирањето семејство, подразбира одредување на плодните денови од менструалниот циклус, без разлика дали е преку следење на знаците за плодност како што се цервикални секрети и базална телесна температура, или преку следење на деновите од циклусот. Методите СПД може да се применуваат во комбинација со апстиненција или бариерни методи за време на плодните денови. Доколку се применуваат бариерни методи, види го делот за бариерни методи (БАР). Ниедна здравствена состојба

не се влошува поради употребата на СПД методи. Во принцип, овие методи може да се понудат без да постои загриженост за нивното влијание по здравјето на луѓето што ги применуваат. Но, постојат бројни состојби поради коишто нивната употреба станува посложена. Постоенето на ваквите состојби укажува дека (1) употребата на овие методи треба да се одложи сè додека состојбата не се поправи или излечи, или дека (2) за нив неопходно ќе биде посебно советување, при што потребен е и подобро обучен давател на услуги заради правилна примена.

### Дефиниции

<b>СИМ</b>	Симптоматски методи	СПД-методи засновани на следење на знаците за плодност (на пр. цервикални секрети, базална телесна температура) како методот на цервикална слуз, симпототермалниот метод и дводневниот метод.
<b>КАЛ</b>	Календарски методи	СПД-методи засновани на календарско сметање како методот на ритам и методот на стандардни денови.
<b>ПР (А-Асепт)</b>	Прифати	Нема медицински причини на жената во случајот да ѝ се оневозможи конкретниот СПД-метод.
<b>В (С-Caution)</b>	Внимание	Методот обично се применува во секојдневни околности, но со дополнителни подготовки и претпазливост. За СПД-методите, ова обично значи дека неопходно би било и специјално советување за да се обезбеди правилна примена на методот од страна на жената во дадената ситуација.
<b>О (D-Delay)</b>	Одложи	Употребата на методот треба да се одложи сè додека состојбата не се оцени и поправи. Во меѓувреме треба да се понудат алтернативни методи на контрацепција.
<b>NA</b>	Нема податоци	

## МЕТОДИ ЗА СЛЕДЕЊЕ НА ПЛОДНИТЕ ДЕНОВИ (СПД)

Методите за следење на плодните денови не заштитуваат од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.			
СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА		ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ
	СИМ	КАЛ	
<b>ЛИЧНИ КАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНА ИСТОРИЈА</b>			
Жените со здравствени состојби со коишто бременоста претставува неприфатлив ризик треба да бидат посветувани дека методите за следење на плодните денови за спречување на бременоста можеби не се најпогодни за нив поради релативно високите стапки на неуспешност при типична употреба.			
<b>БРЕМНОСТ</b>	NA	NA	<b>Појаснување:</b> Методите за следење на плодните денови не се релевантни за време на бременоста.
<b>ЖИВОТЕН СТАДИУМ</b>			<b>Појаснување:</b> Менструалните нерегуларности се чести во постменархалниот и перименопаузниот стадиум, и може да ја усложнат примената на методот за следење на плодните денови.
а) По менарха	B	B	
б) Перименопауза	B	B	
<b>ДОЕЊЕ*</b>			
а) < 6 месеци по породувањето	O	O	
б) ≥ 6 недели	B	O	
в) По започнувањето на менструацијата	B	B	
<b>ПОСТПАРТУСЕН ПЕРИОД*</b> (кај жени што не дојат)			
а) < 4 недели	O	O	
б) ≥ 4 недели	P	O	
<b>ПО АБОРТУС*</b>	B	O	
<b>ИНФЕКЦИИ И ЗАБОЛУВАЊА НА РЕПРОДУКТИВНИОТ ТРАКТ</b>			
<b>НЕРЕДОВНО ВАГИНАЛНО КРВАРЕЊЕ*</b>	O	O	
<b>ВАГИНАЛЕН ИСЦЕДОК*</b>	O	P	
<b>ДРУГО</b>			
<b>УПОТРЕБА НА ЛЕКОВИ ШТО ВЛИЈААТ ВРЗ РЕДОВНОСТА НА ЦИКЛУСОТ, ХОРМОНИТЕ И/ИЛИ ЗНАЦИТЕ ЗА ПЛОДНОСТ*</b>	B/O	B/O	
<b>ЗАБОЛУВАЊА ШТО ЈА ПОКАЧУВААТ ТЕЛЕСНАТА ТЕМПЕРАТУРА*</b>			
а) Хронични заболувања	B	P	
б) Акутни заболувања	O	P	



## ДОПОЛНИТЕЛНИ КОМЕНТАРИ

### ДОЕЊЕ

Методите за следење на плодните денови за време на доењето може да бидат помалку ефективни отколку ако не се дои.

### ДОЕЊЕ

**< 6 недели по породувањето:** мала е веројатноста жените што дојат и што се аменореични да имаат соодветна функција на јајниците за да создадат видливи знаци на плодност и хормонски промени во првите 6 недели по породувањето. Но, веројатноста за враќање на плодноста расте за време на постпарталниот период и тоа преку замената на мајчиното млеко со друга храна.

**По започнувањето на менструацијата:** кога жената ќе забележи знаци на плодност (особено цервикални секрети), таа може да примени симптоматски метод. Првите постпартални менструални циклуси кај доилките значително се разликуваат во времетраење. Неопходни се неколку циклуси за враќање на редовноста. Откако ќе има најмалку три постпартални менструации кои ќе станат редовни, таа може да применува календарски метод. Откако ќе има најмалку четири постпартални менструации, а нејзиниот последен циклус траел од 26 до 32 дена, таа може да го примени методот на стандардни денови. Пред тоа, треба да се понуди бариерен метод доколку жената понатаму сака да применува метод за следење на плодните денови.

### ПОСПАРТУСЕН ПЕРИОД

**< 4 недели:** кај жените што не дојат имала помала веројатност за доволна функција на јајниците за да применуваат метод за следење на плодните денови, или пак да имаат видливи знаци на плодност или хормонски промени пред да изминат 4 недели од породувањето. Иако ризикот од забременување е низок, треба да се понуди метод што е соодветен за постпарталниот период.

**≥ 4 недели:** кај жените што не дојат поголема е веројатноста да имаат доволна функција на јајниците за да создадат во тоа време видливи знаци на плодност и/или хормонски промени; веројатноста рапидно расте за време на постпарталниот период. Жените може да применуваат календарски методи веднаш штом ќе завршат со најмалку три постпартални менструации и штом циклусите ќе станат редовни. Жената може да го применува методот на стандардни денови кога ќе има најмалку 4 постпартални менструации, а последниот циклус траел од 26 до 32 дена. Методите што се соодветни за постпарталниот период треба да се понудат пред тоа.

### ПО АБОРТУС

Кај жените по абортусот постои веројатност да имаат доволна функција на јајниците за да создадат видливи знаци на плодност и/или хормонски промени: веројатноста расте по абортусот. Жените може да почнат со примена на календарски метод откако ќе имаат најмалку една менструација по абортусот (на пр. жените чиешто циклуси пред оваа бременост во најголем дел траеле од 26 до 32 дена, можат да го применуваат методот на стандардни денови). Методите соодветни за периодот по абортусот треба да се понудат пред тоа.

### НЕРЕДОВНО ВАГИНАЛНО КРВАРЕЊЕ

Присуството на оваа состојба прави методот за следење на плодните денови да биде несигурен. Според тоа, треба да се препорачуваат бариерни методи сè додека циклусите не се во согласност со соодветната примена на дадениот метод.

### ВАГИНАЛЕН ИСЦЕДОК

Поради фактот што вагиналниот исцедок го отежнува препознавањето на вагиналните секрети, ако е потребно, состојбата треба да се оцени и лекува пред да се применуваат методи засновани на цервикалните секрети.

### УПОТРЕБА НА ЛЕКОВИ ШТО ВЛИЈААТ ВРЗ РЕДОВНОСТА НА ЦИКЛУСОТ, ХОРМОНИТЕ И/ИЛИ ЗНАЦИТЕ ЗА ПЛОДНОСТ

Употребата на одредени лекови што го менуваат расположението, како литиум, трициклични антидепресиви и терапии против анксиозност, како и одредени антибиотици и антиинфламаторни лекови, може да ја изменат редовноста на циклусите или да влијаат врз знаците за плодност. Состојбата внимателно треба да се оцени и да се понуди бариерен метод, сè додека не се утврди степенот на влијание или не се прекине користењето на лекот. Календарските методи се погодни само ако менструалните циклуси се редовни и предвидливи.

### ЗАБОЛУВАЊА ШТО ЈА ПОКАЧУВААТ ТЕЛЕСНАТА ТЕМПЕРАТУРА

Покачената телесна температура може да го отежни толкувањето на базалната телесна температура, но тоа не влијае врз цервикалните секрети. Со тоа, примената на метод што се потпира врз температура треба да се одложи сè додека не се ублажи акутното заболување. Методите засновани на телесната температура не се погодни за жени со хронично покачени температури. Покрај тоа, некои хронични заболувања ги попречуваат редовните циклуси, а со тоа се отежнува толкувањето на календарските методи.



## МЕТОД НА ЛАКТАЦИСКА АМНОРЕЈА (МЛА)

Методот на лактациска аменореја не заштитува од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

Жените со здравствени состојби во коишто бременоста претставува неприфатлив ризик треба да бидат посветувани дека поради релативно високите стапки на неуспешност при типична употреба, методите на лактациска аменореја можеби не се најпогодни за нив.

Консензусот од Белаџо ја постави научната основа за утврдување на условите под коишто може да се овозможи безбедно доење и ефективно планирање на редоследот на децата, при што се развија и програмски упатства за примената на лактациската аменореја за планирање на семејство. Овие насоки ги вклучуваат следните три критериуми коишто мора да се исполнат за да се обезбеди соодветна заштита од непланирана бременост: (1) аменореја; (2) исклучиво или речиси исклучиво доење; и (3) помалку од шест месеци по породувањето.

Потребата да се обезбеди идеална храна за доенчето и да се заштити од болест остануваат главните индикации. Не постојат медицински состојби во коишто примената на лактациска аменореја се забранува и не постојат документирани докази дека таа негативно се одразува на здравјето на мајката. Но, одредени состојби или препреки што влијаат врз доењето може да се одразат и на времетраењето на аменорејата, при што таа станува помалку корисна алтернатива за планирање семејство. Тука спаѓаат:

### ЗАРАЗА СО ХИВ

Во сите популации, и кај сите жени што се ХИВ-негативни или со непознат ХИВ-статус, доењето треба да се промовира, заштитува и поддржува. Но, жената заразена со ХИВ, преку доење може вирусот да го пренесе на доенчето. Сепак, доењето, и тоа раното и исклучиво доење, е еден од најкритичните фактори за да се подобри преживувањето на доенчето. Доењето опфаќа и многу други придобивки, покрај намалениот ризик од смрт.

Постојат силни докази дека давањето антиретровирусни лекови (АРВ) само на мајка заразена со ХИВ или само на доенче изложено на ХИВ, или пак и на двете, може значително да го намали ризикот од пренесување ХИВ преку доење (<http://www.who.int/hiv/topics/mtct>). Ова го преобразува просторот во којшто треба да се носат одлуки од страна на националните здравствени власти и на мајките поединечно. Во присуство на АРВ, без оглед на тоа дали се работи за доживотна антиретровирусна терапија за мајката или други АРВ-интервенции врз мајката или доенчето, доенчето може да ги стекне сите придобивки од доењето со мал ризик да се зарази со ХИВ. Во некои земји со солидни ресурси каде што има

ниски стапки на морталитет кај бебињата и децата, избегнувањето на доењето сепак ќе биде најсоодветен избор.

Мајките заразени со ХИВ треба да ги добиваат соодветните АРВ-интервенции и треба да применуваат исклучиво доење во првите 6 месеца, по што ќе воведуваат и придружни додатоци во исхраната и ќе продолжат да дојат до 12-месечна возраст. Треба да се прекине со доење откако ќе се обезбеди нутрициски соодветна и безбедна исхрана без мајчино млеко. Кога мајките ќе одлучат да го прекинат доењето, тие треба тоа да го прават постапно во текот на еден месец, а на бебињата треба да им се обезбеди безбедна и соодветна замена на храната со цел да се овозможи нормален раст и развој.

Мајките за коишто е утврдено дека се заразени со ХИВ, на своите бебиња што не се заразени со ХИВ или се со непознат ХИВ-статус, треба да им даваат само млечна формула како заменска храна, и тоа кога ќе се исполнат конкретни услови:

- а. во домаќинството и во заедницата да се обезбеди безбедна вода за пиење и санитарна заштита, **и**,
- б. мајката или друг давател на грижа да биде во можност да обезбеди сигурна млечна формула којашто ќе биде доволна за да се овозможи нормален раст и развој на доенчето, **и**,
- в. мајката или давателот на грижа да може формулата да ја подготвува на хигиенски начин и доволно често при што таа ќе биде безбедна и ќе носи мал ризик од дијареја или малнутриција, **и**,
- г. мајката или давателот на грижа во првите шест месеца да биде во можност да дава исклучиво млечна формула, **и**,
- д. семејството да ја поддржува ваквата практика, **и**,
- ѓ. мајката или давателот на грижа да има пристап до здравствена нега што ќе нуди сеопфатни здравствени услуги за деца.

Доколку се утврди дека бебињата и малите деца се заразени со ХИВ, мајките силно се поттикнуваат да применуваат исклучиво доење во првите 6 месеца и да

продолжат со доење во согласност со препораките за општата популација односно до двегодишна возраст или повеќе.

Жените со ХИВ треба да добиваат стручно советување за да им се помогне. Тие воедно треба да имаат и пристап до соодветна грижа и поддршка, вклучувајќи планирање семејство и нутрициска поддршка.

### **УПОТРЕБА НА ЛЕКОВИ ЗА ВРЕМЕ НА ДОЕЊЕТО**

Со цел да се заштити здравјето на доенчето, доењето не се препорачува за жени што ги користат следните лекови: антимаболити, бромокриптин, одредени антикоагуланти, кортикостероиди (високи дози), циклоспорин, ерготамин, литиум, лекови што го менуваат расположението, радиоактивни лекови и резерпин.

### **СОСТОЈБИ ШТО ВЛИЈААТ ВРЗ НОВОРОДЕНЧЕТО**

Конгениталните деформитети на устата, вилицата или непцето; новороденчиња мали за гестациската возраст или предвремено родени новороденчиња на коишто им е неопходна интензивна грижа; и одредени метаболни нарушувања на доенчето може да го отежнат доењето.

## ПРЕКИНАТ ОДНОС (ПО)

Прекинатиот однос не заштитува од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

Жените со здравствени состојби во коишто бременоста претставува неприфатлив ризик треба да бидат посветувани дека поради релативно високите стапки на неуспешност при типична употреба, прекинатиот однос можеби не е најпогоден за нив.

Прекинатиот однос (ПО), познат и како *coitus interruptus*, претставува традиционален метод за планирање семејство во којшто, пред ејакулацијата, мажот целосно го отстранува пенисот од вагината и од надворешните гениталии на женскиот партнер. ПО спречува влез на спермата во вагината, при што се спречува контакт помеѓу сперматозоидите и јајце-клетката.

Овој метод може да биде соодветен за парови:

- што се високо мотивирани и способни методот да го користат ефективно;
- што имаат религиозни или философски причини да не применуваат други методи на контрацепција;
- на коишто им е неопходна итна контрацепција и коишто стапиле во сексуален однос без да имаат други методи на располагање;

- на коишто неопходен им е привремен метод додека чекаат да започнат со друг метод;
- коишто немаат често односи.

Дел од придобивките на ПО се во тоа што, доколку се применува правилно, методот не влијае врз доењето и воедно секогаш е достапен за примарна употреба или како алтернативен метод. Покрај тоа, ПО не вклучува економски трошоци или употреба на хемикалии. Не постојат здравствени ризици директно поврзани со ПО. Мажите и жените за коишто постои висок ризик од СПИ/ХИВ треба да употребуваат кондом при секој сексуален однос.

ПО не дава втора шанса при неправилна примена, а ефективността на овој метод зависи од волјата и способноста на парот секој пат да применува прекинување на односот.



## ПРОЦЕДУРИ ЗА ХИРУРШКА СТЕРИЛИЗАЦИЈА (СТЕР)

Со оглед на тоа што стерилизацијата претставува хируршки зафат што има за цел да биде траен, посебно внимание треба да се обрне на тоа дали клиентот е доволно информиран и дали носи доброволна одлука. Особено внимание треба да се обрне кај млади луѓе, жени кои не родиле, мажи што сè уште не станале татковци, и клиенти со душевни проблеми, меѓу кои и депресија. Сите клиенти треба да бидат внимателно советувани за планираната трајност на стерилизацијата и за достапноста на алтернативни, долгорочни и делотворни методи. Ова е особено важно за младите луѓе. Во процесот на носење одлука, треба да се земат предвид националните закони и постоечките норми за спроведување зафати за стерилизација.

Овие препораки не ги опфаќаат трансцервикалните методи на стерилизација кај жената.

Не постои медицинска состојба поради којашто на едно лице не би можело да му се спроведе стерилизација, иако одредени услови и околности ќе наложуваат преземање мерки на претпазливост, вклучително и тие за коишто препораката ќе биде внимание (В), одложи (О) или специјален случај (С). За некои од овие услови

и околности, теоретските или докажани ризици може да натежнат пред придобивките од спроведување на стерилизацијата, особено кај жената. Онаму каде што ризиците од стерилизацијата се поголеми од придобивките, подобра алтернатива се долгорочните и делотворни методи на контрацепција. Во таа насока, потребно ќе биде да се донесат одлуки на индивидуална основа, при што предвид ќе се земат ризиците и придобивките од стерилизацијата наспроти ризиците од забременување, како и достапноста и прифатливоста на делотворни алтернативни методи.

Следното класифицирање на состојбите во четири различни категории се заснова на детален преглед на епидемиолошките и клиничките докази релевантни за медицинската подобност. Процедурите за стерилизација треба да се изведуваат исклучиво од страна на добро обучени лица во соодветни клинички услови и со употреба на соодветна опрема и материјали. Со цел да се постигне максимална безбедност за клиентот, треба да се следат соодветни насоки за давање услуги, меѓу кои и протоколите за спречување инфекции..

### Дефиниции

ПР	Прифати	Нема медицински причини на лицето во случајот да му се оневозможи стерилизација.
В	Внимание	Методот обично се применува во секојдневни околности, но со дополнителни подготовки и претпазливост.
О	Одложи	Употребата на методот треба да се одложи сè додека состојбата не се оцени и поправи. Во меѓувреме треба да се понудат алтернативни методи на контрацепција.
С	Специјален случај	Процедурата треба да се спроведе во услови со искусен хирург и персонал, со опрема неопходна за општа анестезија и други придружни медицински помагала. За оваа состојба, неопходен е и капацитет да се избере најсоодветната процедура и анестезија. Треба да се понудат и алтернативни методи на контрацепција, доколку е потребен упат или има некакво друго одложување.

## ХИРУРШКА СТЕРИЛИЗАЦИЈА КАЈ ЖЕНИ

Стерилизацијата не заштитува од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА П=прифати В=внимание О=одложи С=спец. случај	ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ
<b>ЛИЧНИ КАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНА ИСТОРИЈА</b>		
<b>БРЕМЕНОСТ</b>	О	
<b>МЛАДА ВОЗРАСТ</b>	В	<p><b>Појаснување:</b> Младите жени, како и сите жени, треба да бидат советувани околу трајноста на стерилизацијата и достапноста на алтернативни, долгорочни и делотворни методи.</p> <p><b>Докази:</b> Испитувањата покажуваат дека дури 20% од жените што се стерилизираат на млада возраст подоцна се каат за одлуката, а младата возраст е еден од најсилните показатели за каење (вклучително и барање информации за упатување и реверзија) коишто може да се одредат пред стерилизацијата (1-19).</p>
<b>ПАРИТЕТ*</b>		
а) Жени кои не родиле	П	
б) Жени кои родиле	П	
<b>ДОЕЊЕ</b>	П	
<b>ПОСТПАРТУСЕН ПЕРИОД*</b>		
а) < 7 дена	П	
7 до < 42 дена	О	
≥ 42 дена	П	
б) Прееклампсија / еклампсија		
(i) блага прееклампсија	П	
(ii) тешка прееклампсија / еклампсија	О	
в) Пролонгирана руптура на мембрани, за 24 часа или повеќе	О	
г) Пуерперална сепса, интрапартусна или пуерперална треска	О	
д) Тешко антепартусно или постпартусно крварење	О	
ѓ) Тешка траума на гениталниот тракт (цервикални или вагинални расцепи при породувањето)	О	
е) Руптура или перфорација на утерусот	С	<p><b>Појаснување:</b> Доколку се спроведе експлораторна операција или лапароскопија, а пациентот е стабилен и нема дополнителен ризик, решавањето на проблемот и тубалната стерилизација може да се спроведат истовремено.</p>
<b>ПО АБОРТУС*</b>		
а) Некомплицирано	П	
б) Постабортусна сепса или треска	О	
в) Тешко постабортусно крварење	О	
г) Тешка траума на гениталниот тракт (цервикални или вагинални расцепи при абортусот)	О	
д) Перфорација на утерусот	С	<p><b>Појаснување:</b> Доколку се спроведе експлораторна операција или лапароскопија, и нема дополнителен ризик, решавањето на проблемот и тубалната стерилизација може да се спроведат истовремено.</p>



Стерилизацијата не заштитува од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

<b>СОСТОЈБА</b> * дополнителни коментари на крајот од табелата	<b>КАТЕГОРИЈА</b> П=прифати В=внимание О=одложи С=спец. случај	<b>ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ</b>
ѓ) Акутна хематометра	О	
<b>ПРЕТХОДНА ЕКТОПИЧНА БРЕМНОСТ</b>	П	
<b>ПУШЕЊЕ</b> а) Возраст < 35 години б) Возраст ≥ 35 години (i) < 15 цигари/ден (ii) ≥ 15 цигари/ден	П  П П	
<b>ДЕБЕЛИНА</b> а) ИТМ ≥ 30 kg/m <sup>2</sup> б) Од менарха до < 18 години и ИТМ ≥ 30 kg/m <sup>2</sup>	В В	<b>Појаснување:</b> Можно е процедурата да биде потешка за изведување. Постои зголемен ризик од инфекција и дисрупција на раната. Кај жените со поголема телесна тежина респираторните функции може да бидат ограничени и голема е веројатноста дека ќе им треба општа анестезија. <b>Докази:</b> Кај жените со поголема телесна тежина поголема е веројатноста да се појават компликации во текот на стерилизацијата (20-23).
<b>КАРДИОВАСКУЛАРНО ЗАБОЛУВАЊЕ</b>		
<b>ПОВЕЌЕКРАТНИ ФАКТОРИ НА РИЗИК ОД АРТЕРИСКО КАРДИОВАСКУЛАРНО ЗАБОЛУВАЊЕ*</b> (како на пр., постара возраст, пушење, дијабетес и хипертензија)	С	
<b>ХИПЕРТЕНЗИЈА</b> За сите категории на хипертензија, класификациите се засноваат на претпоставката дека не постојат други фактори на ризик од кардиоваскуларно заболување. Во присуство на повеќекратни фактори на ризик, ризикот од кардиоваскуларно заболување може значително да се зголеми. Едно мерење на крвниот притисок не е доволно за една жена да се карактеризира како хипертензивна.		
а) Хипертензија: адекватно контролирана б) Покачен крвен притисок (соодветни мерења) (i) систолен 140-159 или дијастолен 90-99 mm Hg (ii) систолен ≥ 160 или дијастолен ≥ 100 mm Hg в) Васкуларно заболување	В  В С С	<b>Појаснување:</b> Покачениот крвен притисок треба да се контролира пред операцијата. Постојат зголемени ризици поврзани со анестезија, како и зголемен ризик од кардијална аритмија кај неконтролирана хипертензија. Во оваа ситуација особено е битно внимателно интраоперативно следење на крвниот притисок.
<b>ИСТОРИЈА НА ВИСОК КРВЕН ПРИТИСОК ЗА ВРЕМЕ НА БРЕМНОСТА</b> (каде што актуелниот крвен притисок е мерлив и нормален)	П	
<b>ДЛАБОКА ВЕНСКА ТРОМБОЗА (ДВТ) / ПУЛМОНАЛНА ЕМБОЛИЈА (ПЕ)</b>		
а) Историја на ДВТ/ПЕ б) Акутна форма на ДВТ/ПЕ в) ДВТ/ПЕ и утврдена на антикоагулантна терапија г) Семејна историја (роднини од прво колено) д) Поголем хируршки зафат (i) со пролонгирана имобилизација (ii) без пролонгирана имобилизација ѓ) Помал хируршки зафат без имобилизација	П О С П  О П П	<b>Појаснување:</b> За да се намали ризикот од ДВТ/ПЕ, се препорачува рано раздвижување.

Стерилизацијата не заштитува од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

<b>СОСТОЈБА</b> * дополнителни коментари на крајот од табелата	<b>КАТЕГОРИЈА</b> П=прифати В=внимание О=одложи С=спец. случај	<b>ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ</b>
<b>ПОЗНАТИ ТРОМБОГЕНИ МУТАЦИИ</b> (на пр., фактор V Leiden, протромбинска мутација; протеин S, протеин C, и недостатоци на анти тромбин)	П	<b>Појаснување:</b> Рутинскиот скрининг не е најпогоден поради реткоста на болеста и високите трошоци за скринингот.
<b>ПОВРШНА ВЕНСКА ТРОМБОЗА</b>  а) Варикозни вени б) Површен тромбофлебит	П П	
<b>ТЕКОВНА И МИНАТА ИСХЕМИЧНА СРЦЕВА БОЛЕСТ*</b>  а) Тековна исхемична срцева болест б) Мината исхемична срцева болест	О В	
<b>МОЗОЧЕН УДАР</b> (историја на цереброваскуларен инсулт)	В	
<b>ПОЗНАТИ ХИПЕРЛИПИДЕМИИ</b>	П	<b>Појаснување:</b> Рутинскиот скрининг не е најпогоден поради реткоста на болеста и високите трошоци за скринингот.
<b>ВАЛВУЛАРНА СРЦЕВА БОЛЕСТ</b>  а) Некомплицирана  б) Комплицирана (пулмонална хипертензија, ризик од атријална фибрилација, историја на субакутен бактериски ендокардит)	В С	<b>Појаснување:</b> На жената <input type="checkbox"/> се потребни профилактички антибиотици.  <b>Појаснување:</b> Кај жената постои висок ризик од компликации поврзани со анестезија и операција. Ако жената има атријална фибрилација што не е соодветно третирана или тековен субакутен бактериски ендокардит, процедурата треба да се одложи.
<b>РЕВМАТИЧНИ ЗАБОЛУВАЊА</b>		
<b>СИСТЕМСКИ ЛУПУС ЕРИТОМАТОЗУС (СЛЕ)</b> Кај луѓето со СЛЕ постои зголемен ризик од исхемична срцева болест, мозочен удар и од венска тромбоемболија. Категориите што се даваат за таквите состојби во МКП треба да се исти и за жените со СЛЕ кај коишто се јавуваат овие состојби. За сите категории на СЕЛ, класификацијата се заснова на претпоставката дека не постојат други фактори на ризик од кардиоваскуларно заболување; овие класификации мора да се изменат ако се појават такви фактори на ризик. Достапните докази посочуваат дека многу жени со СЕЛ може да се сметаат за добри кандидати за повеќето контрацептивни методи, вклучувајќи и хормонска контрацепција (112-130).		
а) Позитивни (или непознати) антифосфолипидни антитела б) Тешка тромбоцитопенија в) Имуносупресивна терапија г) Ниедно од горенаведените	С С С В	
<b>НЕВРОЛОШКИ СОСТОЈБИ</b>		
<b>ГЛАБОБОЛКИ</b>  а) Немигренозна (блага или тешка) б) Мигрена (i) без аура Возраст < 35 години Возраст ≥ 35 години (i) со аура, на која било возраст	П П П П	

Стерилизацијата не заштитува од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

<b>СОСТОЈБА</b> * дополнителни коментари на крајот од табелата	<b>КАТЕГОРИЈА</b> П=прифати В=внимание О=одложи С=спец. случај	<b>ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ</b>
<b>ЕПИЛЕПСИЈА</b>	С	
<b>ДЕПРЕСИВНИ РАСТРОЈСТВА</b>		
<b>ДЕПРЕСИВНИ РАСТРОЈСТВА</b>	В	
<b>ИНФЕКЦИИ И ЗАБОЛУВАЊА НА РЕПРОДУКТИВНИОТ ТРАКТ</b>		
<b>ВАГИНАЛНИ КРВАРЕЊА</b>		
а) Ирегуларни необилни крварења	П	
б) Обилни или пролонгирани крварења (вклучително регуларни и ирегуларни)	П	
<b>НЕОБЈАСНЕТО ВАГИНАЛНО КРВАРЕЊЕ</b> (индикативно за сериозна здравствена состојба) Пред евалуација	О	<b>Појаснување:</b> Состојбата мора да се оцени пред да се изведе процедурата.
<b>ЕНДОМЕТРИОЗА</b>	С	
<b>БЕНИГНИ ТУМОРИ НА ЈАЈНИЦИТЕ</b> (вклучително и цисти)	П	
<b>ТЕШКА ДИСМЕНОРЕЈА</b>	П	
<b>ГЕСТАЦИСКА ТРОФОБЛАСТНА БОЛЕСТ</b>		
а) Опаѓачко или незабележливо ниво на $\beta$ -hCG	П	
б) Континуирано зголемени нивоа на $\beta$ -hCG или малигна болест	О	
<b>ЕКТРОПИЈА НА ЦЕРВИКС</b>	П	
<b>ЦЕРВИКАЛНА ИНТРАЕПИТЕЛИЈАЛНА НЕОПЛАЗИЈА (ЦИН)</b>	П	
<b>ЦЕРВИКАЛЕН КАРЦИНОМ*</b> (се чека лекување)	О	
<b>БОЛЕСТ НА ДОЈКИТЕ</b>		
а) Недијагностицирана маса	П	
б) Бенигно заболување на дојките	П	
в) Семејна историја на карцином	П	
г) Карцином на дојката		
(i) тековен	В	
(ii) излекуван и без докази за заболување во период од 5 години	П	
<b>ЕНДОМЕТРИЈАЛЕН КАРЦИНОМ*</b>	О	
<b>КАРЦИНОМ НА ЈАЈНИЦИТЕ*</b>	О	
<b>ЛЕИОМИОМ НА УТЕРУСОТ*</b>		
а) Без искривувања на утерусната празнина	В	
б) Со искривувања на утерусната празнина	В	

Стерилизацијата не заштитува од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

<b>СОСТОЈБА</b> * дополнителни коментари на крајот од табелата	<b>КАТЕГОРИЈА</b> П=прифати В=внимание О=одложи С=спец. случај	<b>ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ</b>
<b>ПЕЛВИЧНА ИНФЛАМАТОРНА БОЛЕСТ (ПИБ)*</b>		
а) Мината ПИБ (под претпоставка дека нема тековни фактори на ризик од СПИ) (i) со последователна бременост (ii) без последователна бременост б) ПИБ - тековна	П В О	<b>Појаснување:</b> Треба да се изведе внимателен преглед на пелвисот за да се исклучи можност од рекурентна или постојана инфекција и да се утврди мобилноста на утерусот.
<b>СПИ*</b>		
а) Пурулентен цервицит или инфекција со хламидија или гонореја б) Други СПИ (без ХИВ и хепатит) в) Вагинит (вклучувајќи вагинална трихомонијаза и бактериска вагиноза) г) Зголемен ризик од СПИ	О П П П	<b>Појаснување:</b> Ако по лекувањето не се појавуваат симптомите, може да се изведе стерилизација.
<b>ХИВ/СИДА</b>		
<b>ВИСОК РИЗИК ОД ХИВ</b>	П	<b>Појаснување:</b> Не е потребен рутински скрининг. Сите хируршки зафати треба да бидат придружени со соодветни процедури за спречување инфекции, вклучително и универзални мерки на претпазливост. Се препорачува употреба на кондоми по стерилизацијата.
<b>ЗАРАЗЕН СО ХИВ</b>	П	<b>Појаснување:</b> Не е потребен рутински скрининг. Сите хируршки зафати треба да бидат придружени со соодветни процедури за спречување инфекции, вклучително и универзални мерки на претпазливост. Се препорачува употреба на кондоми по стерилизацијата.
<b>СИДА</b>	С	<b>Појаснување:</b> Присуството на болест поврзана со ХИВ може да изнуди одложување на процедурата.
<b>ДРУГИ ИНФЕКЦИИ</b>		
<b>ШИСТОЗОМИЈАЗА</b>		
а) Некомплицирана б) Фиброза на црниот дроб (ако е тешка, види цирроза)	П В	<b>Појаснување:</b> Можеби ќе се јави потреба од проверка на хепаталната функција.
<b>ТУБЕРКУЛОЗА</b>		
а) Непелвична б) Пелвична	П С	
<b>МАЛАРИЈА</b>	П	

Стерилизацијата не заштитува од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА П=прифати В=внимание О=одложи С=спец. случај	ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ
<b>ЕНДОКРИНИ СОСТОЈБИ</b>		
<b>ДИЈАБЕТЕС*</b>		
а) Анамнеза за гестациски дијабетес	П	<b>Појаснување:</b> Ако гликозата во крвта не може да се контролира-, се препорачува упатување до повисоки здравствени институции.
б) Заболување без васкуларни промени (i) инсулин независен дијабетес (ii) инсулин зависен дијабетес	В В	<b>Појаснување:</b> Можно е послабо зараснување и зголемен ризик од инфекција на раната. Се препорачува употреба на профилактички антибиотици.
в) Нефропатија / ретинопатија / невропатија	С	<b>Докази:</b> Кај жените дијабетичари постои поголема веројатност за компликации додека им се извршува стерилизација (22).
г) Друго васкуларно заболување или дијабетес што трае > 20 години	С	
<b>ТИРОИДНИ ЗАБОЛУВАЊА*</b>		
а) Гушавост	П	
б) Хипертироидизам	С	
в) Хипотироидизам	В	
<b>ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНИ ЗАБОЛУВАЊА</b>		
<b>ЗАБОЛУВАЊЕ НА ЖОЛЧНОТО КЕСЕ</b>		
а) Симптоматско		
(i) лекувано со холецистектомија	П	
(ii) лекувано со лекаства	П	
(iii) тековно	О	
б) Асимптоматско	П	
<b>ИСТОРИЈА НА ХОЛЕСТАЗА</b>		
а) Поврзана со бременост	П	
б) Поврзана со мината употреба на КОК	П	
<b>ВИРУСЕН ХЕПАТИТИС*</b>		
а) Акутна состојба или состојба на максимум на болеста	О	<b>Појаснување:</b> Сите хируршки зафати треба да бидат придружени со соодветни процедури за спречување инфекции, вклучително и универзални мерки на претпазливост.
б) Носител	П	
в) Хроничен	П	
<b>ЦИРОЗА</b>		
а) Блага (компензирана)	П	<b>Појаснување:</b> Може да дојде до промена на хепаталната функција и згрутчувањето на крвта. Можеби ќе се јави потреба од проверка на хепаталната функција.
б) Тешка (декомпензирана)	С	

Стерилизацијата не заштитува од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.

<b>СОСТОЈБА</b> * дополнителни коментари на крајот од табелата	<b>КАТЕГОРИЈА</b> П=прифати В=внимание О=одложи С=спец. случај	<b>ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ</b>
<b>ТУМОРИ НА ЦРНИОТ ДРОБ</b>		<b>Појаснување:</b> Може да дојде до промена на хепаталната функција и згрутчувањето на крвта. Можеби ќе се јави потреба од проверка на хепаталната функција.
а) Бенигни		
(i) Фокална нодуларна хиперплазија	П	
(ii) Хепатоцелуларен аденом	В	
б) Малигни (хепатоми)	В	
<b>АНЕМИИ</b>		
<b>ТАЛАСЕМИЈА</b>	В	
<b>СРПЕСТА АНЕМИЈА*</b>	В	
<b>АНЕМИЈА СО ДЕФИЦИТ НА ЖЕЛЕЗО</b>		<b>Појаснување:</b> Треба да се одреди тековната болест. Предоперативното ниво на хемоглобин (Hb) и загубата на крв за време на операцијата претставуваат битни фактори кај жени со анемија. Ако перифералната перфузија е несоодветна, тоа може да го намали залечувањето на раната.
а) Hb < 7g/dl	О	
б) Hb ≥ 7 до < 10g/dl	В	
<b>ДРУГИ СОСТОЈБИ РЕЛЕВАНТНИ САМО ЗА ХИРУРШКА СТЕРИЛИЗАЦИЈА КАЈ ЖЕНИ</b>		
<b>ЛОКАЛНА ИНФЕКЦИЈА</b>	О	<b>Појаснување:</b> Постои зголемен ризик од постоперативна инфекција.
<b>НАРУШУВАЊА ВО КОАГУЛАЦИЈАТА*</b>	С	
<b>РЕСПИРАТОРНИ ЗАБОЛУВАЊА</b>		<b>Појаснување:</b> Процедурата треба да се одложи сè додека не се коригира состојбата. Има зголемени ризици поврзани со анестезија и други периперативни ризици.
а) Акутно (бронхитис, пневмонија)	О	
б) Хронично		
астма	С	
бронхитис	С	
емфизема	С	
белодробна инфекција	С	
<b>СИСТЕМСКА ИНФЕКЦИЈА ИЛИ ГАСТРОЕНТЕРИТИС*</b>	О	
<b>ФИКСИРАН УТЕРУС ПОРАДИ ПРЕТХОДНА ОПЕРАЦИЈА ИЛИ ИНФЕКЦИЈА*</b>	С	
<b>АБДОМИНАЛНА ИЛИ ПАПОЧНА КИЛА</b>	С	<b>Појаснување:</b> Доколку е можно, лекувањето на килата и тубалната стерилизација треба да се изведуваат паралелно.
<b>ДИЈАФРАГМАТСКА КИЛА*</b>	В	
<b>ЗАБОЛУВАЊЕ НА БУБРЕЗИТЕ*</b>	В	
<b>ТЕШКИ НУТРИТИВНИ ДЕФИЦИТИ*</b>	В	
<b>ПРЕТХОДНА АБДОМИНАЛНА ИЛИ ПЕЛВИЧНА ОПЕРАЦИЈА</b>	В	<b>Појаснување:</b> Кај жените со претходна абдоминална или пелвична операција постоеше поголема веројатност за компликации во текот на операцијата (21; 22; 24-26).
<b>СТЕРИЛИЗАЦИЈА ПРИДРУЖЕНА СО АБДОМИНАЛНА ОПЕРАЦИЈА</b>		
а) Елективна	В	
б) Итна (без претходно советување)	О	
в) Инфективна состојба	О	
<b>СТЕРИЛИЗАЦИЈА ПРИДРУЖЕНА СО ЦАРСКИ РЕЗ*</b>	П	

## ХИРУРШКА СТЕРИЛИЗАЦИЈА КАЈ МАЖИ

<p>Стерилизацијата не заштитува од СПИ/ХИВ. Доколку постои ризик од СПИ/ХИВ (за време на бременоста или по неа), се препорачува доследно и правилно користење кондоми, без разлика дали е само тоа или комбинирано со друг контрацептивен метод. Докажано е дека машките кондоми од латекс заштитуваат од СПИ/ХИВ.</p>		
СОСТОЈБА * дополнителни коментари на крајот од табелата	КАТЕГОРИЈА П=прифати В=внимание О=одложи С=спец. случај	ПОЈАСНУВАЊА/ДОКАЗИ
<b>ЛИЧНИ КАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНА ИСТОРИЈА</b>		
<b>МЛАДА ВОЗРАСТ</b>	В	<p><b>Појаснување:</b> Младите мажи, како и сите мажи, треба да бидат советувани околу трајноста на стерилизацијата и достапноста на алтернативни, долгорочни и делотворни методи.</p> <p><b>Докази:</b> Кај мажите што имаат извршено васектомија на млада возраст поголема е веројатноста да бараат реверзија отколку оние што направиле васектомија на постара возраст (18).</p>
<b>ДЕПРЕСИВНИ РАСТРОЈСТВА</b>		
<b>ДЕПРЕСИВНИ РАСТРОЈСТВА</b>	В	
<b>ХИВ/СИДА</b>		
<b>ВИСОК РИЗИК ОД ХИВ</b>	П	<p><b>Појаснување:</b> Не е потребен рутински скрининг. Сите хируршки зафати треба да бидат проидружени со соодветни процедури за спречување инфекции, вклучително и универзални мерки на претпазливост. Се препорачува употреба на кондоми по стерилизацијата.</p>
<b>ЗАРАЗЕН СО ХИВ</b>	П	<p><b>Појаснување:</b> Не е потребен рутински скрининг. Сите хируршки зафати треба да бидат придружени со соодветни процедури за спречување инфекции, вклучително и универзални мерки на претпазливост. Се препорачува употреба на кондоми по стерилизацијата.</p>
<b>СИДА</b> На АРВ-терапија	С	<p><b>Појаснување:</b> Присуството на болест поврзана со ХИВ може да изнуди одложување на процедурата.</p>
<b>ЕНДОКРИНИ СОСТОЈБИ</b>		
<b>ДИЈАБЕТЕС*</b>	В	<p><b>Појаснување:</b> Ако гликозата во крвта не може да се контролира, се препорачува упатување до повисоки здравствени институции.</p>
<b>АНЕМИИ</b>		
<b>СРПЕСТА АНЕМИЈА</b>	П	
<b>ДРУГИ СОСТОЈБИ РЕЛЕВАНТНИ САМО ЗА ХИРУРШКА СТЕРИЛИЗАЦИЈА КАЈ МАЖИ</b>		
<b>ЛОКАЛНА ИНФЕКЦИЈА*</b>		
а) Инфекција на кожата на скротумот	О	
б) Активна СПИ	О	
в) Баланитис	О	
г) Епидидимитис или орхитис	О	
<b>НАРУШУВАЊА ВО КОАГУЛАЦИЈАТА*</b>	С	
<b>ПРЕТХОДНА ПОВРЕДА НА СКРОТУМОТ</b>	В	
<b>СИСТЕМСКА ИНФЕКЦИЈА ИЛИ ГАСТРОЕНТЕРИТИС*</b>	О	
<b>ГОЛЕМА ВАРИКОКЕЛА*</b>	В	
<b>ГОЛЕМА ХИДРОКЕЛА*</b>	В	
<b>ФИЛАРИЈАЗА; ЕЛЕФАНТИЈАЗА*</b>	О	
<b>ИНТРАСКРОТАЛНА МАСА*</b>	О	
<b>КРИПТОРХИЗАМ</b>	В	
<b>ПРЕПОНСКА КИЛА*</b>	С	

## ДОПОЛНИТЕЛНИ КОМЕНТАРИ ЗА СТЕРИЛИЗАЦИЈА КАЈ ЖЕНИ

### ПАРИТЕТ

**Жени кои не родиле:** Жените кои не родиле, како и сите жени, треба да бидат советувани околу трајноста на стерилизацијата и достапноста на алтернативни, долгорочни и делотворни методи.

### ПОСТПАРТУСЕН ПЕРИОД

**< 7 дена по породување:** стерилизацијата може да се изведе безбедно веднаш по породувањето.

**7 до < 42 дена:** постои зголемен ризик од компликации при нецелосна инволуција на утерусот.

**Предеклампија/еклампија:** постојат зголемени ризици поврзани со анестезијата.

**Пролонгирана руптура на мембрани, за 24 часа или повеќе:** постои зголемен ризик од постоперативна инфекција.

**Пуерперална сепса, интрапартусна или пуерперална треска:** постои зголемен ризик од постоперативна инфекција.

**Тешко антепартусно или постпартусно крварење:** жената може да е анемична и да не може да поднесе дополнителна загуба на крв.

**Тешка траума на гениталниот тракт (цервикално или вагинално кинење при породувањето):** може да постоела анемија и да дошло до голема загуба на крв.

**Руптура или перфорација на утерусот:** може да дошло до голема загуба на крв и до оштетување на абдоминалната содржина.

### ПО АБОРТУС

**Постабортусна сепса или треска:** постои зголемен ризик од постоперативна инфекција.

**Тешко постабортусно крварење:** жената може да е анемична и да не може да поднесе дополнителна загуба на крв.

**Тешка траума на гениталниот тракт (цервикално или вагинално кинење при породувањето):** жената може да е анемична и да не може да поднесе дополнителна загуба на крв. Процедурата може да биде поболна.

**Перфорација на утерусот:** може да дошло до голема загуба на крв и до оштетување на абдоминалната содржина.

**Акутна хематометра:** жената може да е анемична и да не може да поднесе дополнителна загуба на крв.

### ПОВЌЕКРАТНИ ФАКТОРИ НА РИЗИК ОД АРТЕРИСКО КАРДИОВАСКУЛАРНО ЗАБОЛУВАЊЕ

Кога истовремено постојат повеќе фактори на ризик, кај жената може да постои висок ризик од компликации поврзани со анестезија и операција.

### ТЕКОВНА И МИНАТА ИСХЕМИЧНА СРЦЕВА БОЛЕСТ

Кај жената постои висок ризик од компликации поврзани со анестезијата и операцијата.

### ЦЕРВИКАЛЕН КАРЦИНОМ (СЕ ЧЕКА ЛЕКУВАЊЕ)

Во принцип, лекувањето на оваа состојба предизвикува стерилитет кај жената.

### ЕНДОМЕТРИЈАЛЕН КАРЦИНОМ

Во принцип, лекувањето на оваа состојба предизвикува стерилитет кај жената.

### КАРЦИНОМ НА ЈАЈНИЦИТЕ

Во принцип, лекувањето на оваа состојба предизвикува стерилитет кај жената.

### ЛЕИОМИОМ НА УТЕРУСОТ

Зависно од големината и местоположбата на леиомиомот, може да биде тешко да се локализираат тубите и да се мобилизира утерусот.

### ПЕЛВИЧНА ИНФЛАМАТОРНА БОЛЕСТ (ПИБ)

ПИБ може да предизвика зголемен ризик од постстерилизациска инфекција и адхезии.

### СПИ

Постои зголемен ризик од постоперативна инфекција.

### ДИЈАБЕТЕС

Додека се изведува процедурата постои ризик од хипогликемија или кетоацидоза, особено ако шеќерот пред операцијата добро не се контролира.

### ТИРОИДНИ ЗАБОЛУВАЊА

Кај жената постои висок ризик од компликации поврзани со анестезијата и операцијата.

### ВИРУСЕН ХЕПАТИТИС

Кај жената постои висок ризик од компликации поврзани со анестезијата и операцијата.

### СРПЕСТА АНЕМИЈА

Постои зголемен ризик од пулмонални, срцеви или невролошки компликации и можен зголемен ризик од инфекција на раната.

### НАРУШУВАЊА ВО КОАГУЛАЦИЈАТА

Кај жените со нарушена коагулација постои зголемен ризик од хематолошки компликации поради операцијата.

### СИСТЕМСКА ИНФЕКЦИЈА ИЛИ ГАСТРОЕНТЕРИТИС

Постојат зголемени ризици од постоперативна инфекција, компликации од дехидрација, и компликации поврзани со анестезијата.

### ФИКСИРАН УТЕРУС ПОРАДИ ПРЕТХОДНА ОПЕРАЦИЈА ИЛИ ИНФЕКЦИЈА

Намалената мобилност на утерусот, фалопијалните туби и цревата може да ја отежнат лапароскопијата и минилапаротомијата и да го зголемат ризикот од компликации.

### ДИЈАФРАГМАЛНА КИЛА

За лапароскопијата, кај жената може да се појават акутни кардиореспираторни компликации индуцирани од пневмоперитонеумот и Тренделенбурговата положба.



### **ЗАБОЛУВАЊЕ НА БУБРЕЗИТЕ**

Може да се наруши згрутчувањето на крвта. Може да се појави зголемен ризик од инфекција и хиповолемичен шок. Состојбата може да предизвика базична анемија, електролитни нарушувања, и абнормалности во метаболизмот на лекови и екскрецијата.

### **ТЕШКИ НУТРИТИВНИ ДЕФИЦИТИ**

Можно е намалено залечување и зголемен ризик од инфекција на раната.

### **СТЕРИЛИЗАЦИЈА ПРИДРУЖЕНА СО ЦАРСКИ РЕЗ**

Придружната стерилизација не го зголемува ризикот од компликации кај хирушки стабилен клиент.

## **ДОПОЛНИТЕЛНИ КОМЕНТАРИ ЗА СТЕРИЛИЗАЦИЈА КАЈ МАЖИ**

### **ДИЈАБЕТЕС**

Кај мажите со дијабетес поголема е веројатноста за постоперативна инфекција на раната. Доколку се појават знаци на инфекција, треба да се дадат антибиотици.

### **ЛОКАЛНА ИНФЕКЦИЈА**

Постои зголемен ризик од постоперативна инфекција.

### **НАРУШУВАЊА ВО КОАГУЛАЦИЈАТА**

Нарушувањата на коагулацијата предизвикуваат зголемен ризик од формирање постоперативни хематоми, а тоа пак, предизвикува зголемен ризик од инфекција.

### **СИСТЕМСКА ИНФЕКЦИЈА ИЛИ ГАСТРОЕНТЕРИТИС**

Постои зголемен ризик од постоперативна инфекција.

### **ГОЛЕМА ВАРИКОКЕЛА**

Може да е тешко или невозможно да се лоцира садот; еднократна процедура за репарација на варикокела и изведување васектомија го намалува ризикот од компликации.

### **ГОЛЕМА ХИДРОКЕЛА**

Може да е тешко или невозможно да се лоцира садот; еднократна процедура за репарација на варикокела и изведување васектомија го намалува ризикот од компликации.

### **ФИЛАРИЈАЗА; ЕЛЕФАНТИЈАЗА**

Ако елфантијазата го опфаќа и скротумот, палпација на семената врвца и на тестисот може да биде невозможна.

### **ИНТРАСКРОТАЛНА МАСА**

Ова може да биде симптоматично за тековна болест.

### **ПРЕПОНСКА КИЛА**

Васектомијата може да се изведе заедно со репарацијата на килата.

## КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

- (1) Abraham S, et al. The characteristics, perceptions and personalities of women seeking a reversal of their tubal sterilization. *Medical Journal of Australia* 1986; 145:4-7.
- (2) Allyn DP, et al. Presterilization counseling and women's regret about having been sterilized. *Journal of Reproductive Medicine* 1986; 31:1027-1032.
- (3) Boring CC, RoCHAT RW, Becerra J. Sterilization regret among Puerto Rican women. *Fertility & Sterility* 1988; 44:973-981.
- (4) Clarkson SE, Gillett WR. Psychological aspects of female sterilisation -- assessment of subsequent regret. *New Zealand Medical Journal* 1985; 98:748-750.
- (5) Grubb GS, et al. Regret after decision to have a tubal sterilization. *Fertility & Sterility* 1985; 44:248-253.
- (6) Hardy E, et al. Risk factors for tubal sterilization regret, detectable before surgery. *Contraception* 1996; 54:159-162.
- (7) Henshaw SK, Singh S. Sterilization regret among U.S. couples. *Family Planning Perspectives* 1986; 18:238-240.
- (8) Hillis SD, et al. Poststerilization regret: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. *Obstetrics & Gynecology* 1999; 93:889-895.
- (9) Jamieson DJ, et al. A comparison of women's regret after vasectomy versus tubal sterilization. *Obstetrics & Gynecology* 2002; 99:1073-1079.
- (10) Kariminia A, Saunders DM, Chamberlain M. Risk factors for strong regret and subsequent IVF request after having tubal ligation. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2002; 42:526-529.
- (11) Leader A, et al. A comparison of definable traits in women requesting reversal of sterilization and women satisfied with sterilization. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1983; 145:198-202.
- (12) Loaiza E. Sterilization regret in the Dominican Republic: looking for quality-of-care issues. *Studies in Family Planning* 1995; 26:39-48.
- (13) Marcil-Gratton N. Sterilization regret among women in metropolitan Montreal. *Family Planning Perspectives* 1988; 20:222-227.
- (14) Platz-Christensen JJ, et al. Evaluation of regret after tubal sterilization. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics* 1992; 38:223-226.
- (15) Ramsay IN, Russell SA. Who requests reversal of female sterilisation? A retrospective study from a Scottish unit. *Scottish Medical Journal* 1991; 36:44-46.
- (16) Schmidt JE, et al. Requesting information about and obtaining reversal after tubal sterilization: findings from the U.S. Collaborative Review of Sterilization. *Fertility & Sterility* 2000; 74:892-898.
- (17) Thranov I, et al. Regret among 547 Danish sterilized women. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1988; 16:41-48.
- (18) Trussell J, Guilbert E, Hedley A. Sterilization failure, sterilization reversal, and pregnancy after sterilization reversal in Quebec. *Obstetrics & Gynecology* 2003; 101:677-684.
- (19) Wilcox LS, et al. Risk factors for regret after tubal sterilization: 5 years of follow-up in a prospective study. *Fertility & Sterility* 1991; 55:927-933.
- (20) Chi I, Mumford SD, Laufe LE. Technical failures in tubal ring sterilization: incidence, perceived reasons, outcome, and risk factors. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1980; 138:307-312.
- (21) Chi I, Kennedy KI. Early readmission following elective laparoscopic sterilization: a brief analysis of a rare event. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1984; 148:322-327.
- (22) Jamieson DJ, et al. Complications of interval laparoscopic tubal sterilization: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. *Obstetrics & Gynecology* 2000; 96:997-1002.
- (23) White MK, Ory HW, Goldenberg LA. A case-control study of uterine perforations documented at laparoscopy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1977; 129:623-625.
- (24) Baggish MS, et al. Complications of laparoscopic sterilization. Comparison of 2 methods. *Obstetrics & Gynecology* 1979; 54:54-59.
- (25) Chi I, Feldblum PJ, Balogh SA. Previous abdominal surgery as a risk factor in interval laparoscopic sterilization. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1983;(841):846.
- (26) Feldblum PJ, et al. Technical failures in female sterilization using the tubal ring: a case-control analysis. *Contraception* 1986; 34:505-512.

## ЗБИРНИ ТАБЕЛИ

СОСТОЈБА	КОК	КИК	Ф/П	ПОП	ДМПА НЕТ-ЕН	Импланти со ЛНГ/ЕТГ	ИУВБ	ЛНГ ИУВ
З = започнување, П = продолжување, Д = дои, НП = неприменливо								
<b>ЛИЧНИ КАРАКТЕРИСТИКИ И РЕПРОДУКТИВНА ИСТОРИЈА</b>								
<b>БРЕМЕНОСТ</b>	НП <sup>†</sup>	НП <sup>†</sup>	НП <sup>†</sup>	НП <sup>†</sup>	НП <sup>†</sup>	НП <sup>†</sup>	4 <sup>†</sup>	4 <sup>†</sup>
<b>ВОЗРАСТ</b>	Менарха	Менарха		Менарха	Менарха	Менарха	Менарха	Менарха
	до < 40=1	до < 40=1		до < 18=1	до < 18=2	до < 18=1	до < 20=2	до < 20=2
	≥ 40=2	≥ 40=2		18-45=1 > 45=1	18-45=1 > 45=2	18-45=1 > 45=1	≥ 20=1	≥ 20=1
<b>ПАРИТЕТ</b>								
а) Жени кои не родиле	1	1	1	1	1	1	2	2
б) Жени кои родиле	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>ДОЕЊЕ</b>								
а) < 6 недели по породувањето	4	4	4	3 <sup>†</sup>	3 <sup>†</sup>	3 <sup>†</sup>		
б) 6 недели до < 6 месеци (доење првенствено)	3	3	3	1	1	1		
в) ≥ 6 месеци по породувањето	2	2	2	1	1	1		
<b>ПОСТПАРТУСЕН ПЕРИОД (жени што не дојат)</b>								
а) < 21 ден				1	1	1		
(i) без други фактори на ризик од ВТЕ	3 <sup>†</sup>	3 <sup>†</sup>	3 <sup>†</sup>					
(ii) со други фактори на ризик од ВТЕ	3/4 <sup>†</sup>	3/4 <sup>†</sup>	3/4 <sup>†</sup>					
б) ≥ 21 ден				1	1	1		
(i) без други фактори на ризик од ВТЕ	2 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>					
(ii) со други фактори на ризик од ВТЕ	2/3+	2/3+	2/3+					
в) > 42 дена	1	1	1	1	1	1		
<b>ПОСТПАРТУСЕН ПЕРИОД (жени што дојат или што не дојат, вклучително и по царски рез)</b>								
а) < 48 часа заедно со инсерција веднаш по исфрлање на плацентата							1	1= не Д 3=Д
б) ≥ 48 часа до < 4 недели							3	3
в) ≥ 4 недели							1	1
г) Пуерлерална сепса							4	4
<b>ПО АБОРТУС</b>								
а) Прв триместар	1 <sup>†</sup>	1 <sup>†</sup>	1 <sup>†</sup>	1 <sup>†</sup>	1 <sup>†</sup>	1 <sup>†</sup>	1 <sup>†</sup>	1 <sup>†</sup>
б) Втор триместар	1	1	1	1	1	1	2	2
в) Скорешен постсептичен абортус	1	1	1	1	1	1	4	4
<b>ПРЕТХОДНА ЕКТОПИЧНА БРЕМЕНОСТ</b>	1	1	1	2	1	1	1	1

<sup>†</sup> За појаснувања за класификацијата ве молиме погледнете во табелите погоре во текстот.

СОСТОЈБА	КОК	КИК	Ф/П	ПОП	ДМПА НЕТ-ЕН	Импланти со ЛНГ/ ЕТГ	ИУВБ	ЛНГ ИУВ
З = започнување, П = продолжување, Д = доење, НП = неприменливо								
<b>ИСТОРИЈА НА ПЕЛВИЧНА ОПЕРАЦИЈА</b> (в. постпартусен период вкл. царски рез)	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>ПУШЕЊЕ</b>								
а) Возраст < 35 години	2	2	2	1	1	1	1	1
б) Возраст ≥ 35 години								
(i) < 15 цигари/ден	3	2	3	1	1	1	1	1
(ii) ≥ 15 цигари/ден	4	3	4	1	1	1	1	1
<b>ДЕБЕЛИНА</b>	2	2	2	1	1	1	1	1
а) ≥ 30 kg/m <sup>2</sup> ИТМ								
б) Од менарха до < 18 години и ≥ 30 kg/m <sup>2</sup> ИТМ	2	2	2	1	ДМПА=2 НЕТ-ЕН=1 <sup>†</sup>	1	1	1
<b>НЕ СЕ ДОСТАПНИ МЕРЕЊА ЗА КРВНИОТ ПРИТИСОК</b>	НП <sup>†</sup>	НП <sup>†</sup>	НП <sup>†</sup>	НП <sup>†</sup>	НП <sup>†</sup>	НП <sup>†</sup>	НП <sup>†</sup>	НП <sup>†</sup>
<b>КАРДИОВАСКУЛАРНО ЗАБОЛУВАЊЕ</b>								
<b>ПОВЕЌЕКРАТНИ ФАКТОРИ НА РИЗИК ОД АРТЕРИСКО КАРДИОВАСКУЛАРНО ЗАБОЛУВАЊЕ</b> (како на пр., постара возраст, пушење, дијабетес и хипертензија)	3/4 <sup>†</sup>	3/4 <sup>†</sup>	3/4 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	3 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	1	2
<b>ХИПЕРТЕНЗИЈА</b>								
а) Историја на хипертензија, каде што крвниот притисок НЕ МОЖЕ да се евалуира (вклучувајќи хипертензија во бременоста)	3 <sup>†</sup>	3 <sup>†</sup>	3 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	1	2
б) Адекватно контролирана хипертензија, каде што крвниот притисок МОЖЕ да се евалуира	3 <sup>†</sup>	3 <sup>†</sup>	3 <sup>†</sup>	1 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	1 <sup>†</sup>	1	1
в) Покачен крвен притисок (соодветни мерења)								
(i) систолен 140-159 или дијастолен 90-99 mm Hg	3	3	3	1	2	1	1	1
(ii) систолен ≥ 160 или дијастолен ≥ 100 mm Hg	4	4	4	2	3	2	1	2
г) Васкуларно заболување	4	4	4	2	3	2	1	2
<b>ИСТОРИЈА НА ВИСОК КРВЕН ПРИТИСОК ЗА ВРЕМЕ НА БРЕМЕНОСТА</b> (каде што актуелниот крвен притисок е мерлив и нормален)	2	2	2	1	1	1	1	1

<sup>†</sup> За појаснувања за класификацијата ве молиме погледнете во табелите погоре во текстот.

СОСТОЈБА	КОК	КИК	Ф/П	ПОП	ДМПА НЕТ-ЕН	Импланти со ЛНГ/ ЕТГ	ИУВБ	ЛНГ ИУВ	
3 = започнување, П = продолжување, Д = доење, НП = неприменливо									
<b>ДЛАБОКА ВЕНСКА ТРОМБОЗА (ДВТ) / ПУЛМОНАЛНА ЕМБОЛИЈА (ПЕ)</b>									
а) Историја на ДВТ/ПЕ	4	4	4	2	2	2	1	2	
б) Акутна форма на ДВТ/ПЕ	4	4	4	3	3	3	1	3	
в) ДВТ/ПЕ и утврдена на антикоагулантна терапија	4	4	4	2	2	2	1	2	
г) Семејна историја (роднини од прво колено)	2	2	2	1	1	1	1	1	
д) Поголем хируршки зафат									
(i) со пролонгирана имобилизација	4	4	4	2	2	2	1	2	
(ii) без пролонгирана имобилизација	2	2	2	1	1	1	1	1	
ѓ) Помал хируршки зафат без имобилизација	1	1	1	1	1	1	1	1	
<b>ПОЗНАТИ ТРОМБОГЕНИ МУТАЦИИ</b> (на пр., фактор V Leiden, протромбинска мутација; протеин S, протеин C, и недостатоци на антиромбин)	4 <sup>†</sup>	4 <sup>†</sup>	4 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	1 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	
<b>ПОВРШНА ВЕНСКА ТРОМБОЗА</b>									
а) Варикозни вени	1	1	1	1	1	1	1	1	
б) Површен тромбозит	2	2	2	1	1	1	1	1	
<b>ТЕКОВНА И МИНАТА ИСХЕМИЧНА СРЦЕВА БОЛЕСТ</b>				3	П		3	П	
	4	4	4	2	3	3	2	3	
<b>МОЗОЧЕН УДАР</b> (историја на цереброваскуларен инсулт)				3	П		3	П	
	4	4	4	2	3	3	2	3	
<b>ПОЗНАТИ ХИПЕРЛИПИДЕМИИ</b>	2/3 <sup>†</sup>	2/3 <sup>†</sup>	2/3 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	1 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	
<b>ВАЛВУЛАРНА СРЦЕВА БОЛЕСТ</b>									
а) Некомплицирана	2	2	2	1	1	1	1	1	
б) Комплицирана (пулмонална хипертензија, ризик од атријална фибрилација, историја на субакутен бактериски ендокардит)	4	4	4	1	1	1	2 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	
<b>РЕВМАТИЧНИ ЗАБОЛУВАЊА</b>									
<b>СИСТЕМСКИ ЛУПУС ЕРИТОМАТОЗУС (СЛЕ)</b>					3	П		3	П
а) Позитивни (или непознати) антифосфолипидни антитела	4	4	4	3	3	3	1	1	3
б) Тешка тромбоцитопенија	2	2	2	2		3	3 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>
в) Имуносупресивна терапија	2	2	2	2		2	2	1	2
г) Ниедно од горенаведените	2	2	2	2		2	1	1	2

<sup>†</sup> За појаснувања за класификацијата ве молиме погледнете во табелите погоре во текстот.

СОСТОЈБА	КОК		КИК		Ф/П		ПОП		ДМПА НЕТ-ЕН		Импланти со ЛНГ/ ЕТГ		ИУВБ		ЛНГ ИУВ	
З = започнување, П = продолжување, Д = доење, НП = неприменливо																
<b>НЕВРОЛОШКИ СОСТОЈБИ</b>																
<b>ГЛАВОБОЛКИ</b>	3	П	3	П	3	П	3	П	3	П	3	П			3	П
а) Немигренозна (блага или тешка)	1†	2†	1†	2†	1†	1†	1†	1†	1†	1†	1†	1†	1†		1†	1†
б) Мигрена																
(i) без аура																
<i>Возраст &lt; 35 години</i>	2†	3†	2†	3†	2†	3†	1†	2†	2†	2†	2†	2†	1†		2†	2†
<i>Возраст ≥ 35 години</i>	3†	4†	3†	4†	3†	4†	1†	2†	2†	2†	2†	2†	1†		2†	2†
(ii) со аура (на која било возраст)	4†	4†	4†	4†	4†	4†	2†	3†	2†	3†	2†	3†	1†		2†	3+
<b>ЕПИЛЕПСИЈА</b>	1†		1†		1†		1†		1†		1†		1		1	
Доколку прима третман, в. дел ИНТЕРАКЦИИ НА ЛЕКОВИ																
<b>ДЕПРЕСИВНИ РАСТРОЈСТВА</b>																
<b>ДЕПРЕСИВНИ РАСТРОЈСТВА</b>	1†		1†		1†		1†		1†		1†		1†		1†	
<b>ИНФЕКЦИИ И ЗАБОЛУВАЊА НА РЕПРОДУКТИВНИОТ ТРАКТ</b>																
<b>ВАГИНАЛНИ КРВАРЕЊА</b>																
а) Ирегуларни необилни крварења	1		1		1		2		2		2		1		3	П
б) Обилни или пролонгирани крварења (вклучително регуларни и ирегуларни)	1†		1†		1†		2†		2†		2†		2†		1†	2†
<b>НЕОБЈАСНЕТО ВАГИНАЛНО КРВАРЕЊЕ</b> (индикативно за сериозна здравствена состојба)																
Пред евалуација	2†		2†		2†		2†		3†		3†		4†	2†	4†	2†
<b>ЕНДОМЕТРИОЗА</b>	1		1		1		1		1		1		2		1	
<b>БЕНИГНИ ТУМОРИ НА ЈАЈНИЦИТЕ</b> (вклучително и цисти)	1		1		1		1		1		1		1		1	
<b>ТЕШКА ДИСМЕНОРЕЈА</b>	1		1		1		1		1		1		2		1	
<b>ГЕСТАЦИСКА ТРОФОБЛАСТНА БОЛЕСТ</b>																
а) Опаѓачко или незабележливо ниво на β-hCG	1		1		1		1		1		1		3		3	
б) Континуирано зголемени нивоа на β-hCG или малигна болест	1		1		1		1		1		1		4		4	
<b>ЕКТРОПИЈА НА ЦЕРВИКС</b>	1		1		1		1		1		1		1		1	
<b>ЦЕРВИКАЛНА ИНТРАЕПИТЕЛИЈАЛНА НЕОПЛАЗИЈА (ЦИН)</b>	2		2		2		1		2		2		1		2	
<b>ЦЕРВИКАЛЕН КАРЦИНОМ</b> (се чека лекување)	2		2		2		1		2		2		3	П	3	П
													4	2	4	2

† За појаснувања за класификацијата ве молиме погледнете во табелите погоре во текстот.

СОСТОЈБА	КОК	КИК	Ф/П	ПОП	ДМПА НЕТ-ЕН	Импланти со ЛНГ/ ЕТГ	ИУВБ		ЛНГ ИУВ	
З = започнување, П = продолжување, Д = доење, НП = неприменливо										
<b>БОЛЕСТ НА ДОЈКИТЕ</b>										
а) Недијагностицирана маса	2 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	1		2	
б) Бенигно заболување на дојките	1	1	1	1	1	1	1		1	
в) Семејна историја на карцином	1	1	1	1	1	1	1		1	
г) Карцином на дојката										
(i) тековен	4	4	4	4	4	4	1		4	
(ii) излекуван и без докази за заболување во период од 5 години	3	3	3	3	3	3	1		3	
<b>ЕНДОМЕТРИЈАЛЕН КАРЦИНОМ</b>										
							3	П	3	П
	1	1	1	1	1	1	4	2	4	2
<b>КАРЦИНОМ НА ЈАЈНИЦИТЕ</b>										
	1	1	1	1	1	1	3	П	3	П
							3	2	3	2
<b>ЛЕИОМИОМ НА УТЕРУСОТ</b>										
а) Без искривувања на утерусната празнина	1	1	1	1	1	1	1		1	
б) Со искривувања на утерусната празнина	1	1	1	1	1	1	4		4	
<b>АНАТОМСКИ АБНОРМАЛНОСТИ</b>										
а) Што ја искривуваат утерусната празнина							4		4	
б) Што не ја искривуваат утерусната празнина							2		2	
<b>ПЕЛВИЧНА ИНФЛАМАТОРНА БОЛЕСТ (ПИБ)</b>										
а) Мината ПИБ (под претпоставка дека нема тековни фактори на ризик од СПИ)							3	П	3	П
(i) со последователна бременост	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
(ii) без последователна бременост	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
б) ПИБ - тековна	1	1	1	1	1	1	4	2 <sup>†</sup>	4	2 <sup>†</sup>
<b>СПИ</b>										
а) Пурулентен цервицит или инфекција со хламидија или гонореја	1	1	1	1	1	1	3	П	3	П
б) Други СПИ (без ХИВ и хепатит)	1	1	1	1	1	1	4	2 <sup>†</sup>	4	2 <sup>†</sup>
в) Вагинит (вклучувајќи вагинална трихомонијаза и бактериска вагиноза)	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
г) Зголемен ризик од СПИ	1	1	1	1	1	1	2/3 <sup>†</sup>	2	2/3 <sup>†</sup>	2

<sup>†</sup> За појаснувања за класификацијата ве молиме погледнете во табелите погоре во текстот.

СОСТОЈБА	КОК	КИК	Ф/П	ПОП	ДМПА НЕТ-ЕН	Импланти со ЛНГ/ ЕТГ	ИУВБ	ЛНГ ИУВ		
З = започнување, П = продолжување, Д = доење, НП = неприменливо										
<b>ХИВ/СИДА</b>										
							З	П	З	П
<b>ВИСОК РИЗИК ОД ХИВ</b>	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
<b>ЗАРАЗЕНИ СО ХИВ</b>	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
<b>СИДА</b> Во добра клиничка состојба на АРВ-терапија	1 <sup>†</sup>	1 <sup>†</sup>	1 <sup>†</sup>	1 <sup>†</sup>	1 <sup>†</sup>	1 <sup>†</sup>	3	2 <sup>†</sup>	3	2 <sup>†</sup>
Доколку прима третман, в. дел ИНТЕРАКЦИИ НА ЛЕКОВИ							2	2	2	2
<b>ДРУГИ ИНФЕКЦИИ</b>										
<b>ШИСТОЗОМИЈАЗА</b>										
а) Некомплицирана	1	1	1	1	1	1	1		1	
б) Фиброза на црниот дроб	1	1	1	1	1	1	1		1	
<b>ТУБЕРКУЛОЗА</b>										
							З	П	З	П
а) Непелвична	1 <sup>†</sup>	1 <sup>†</sup>	1 <sup>†</sup>	1 <sup>†</sup>	1 <sup>†</sup>	1 <sup>†</sup>	1	1	1	1
б) Позната пелвична	1 <sup>†</sup>	1 <sup>†</sup>	1 <sup>†</sup>	1	1	1	4	3	4	3
Доколку прима третман, в. дел ИНТЕРАКЦИИ НА ЛЕКОВИ										
<b>МАЛАРИЈА</b>	1	1	1	1	1	1	1		1	
<b>ЕНДОКРИНИ СОСТОЈБИ</b>										
<b>ДИЈАБЕТЕС</b>										
а) Анамнеза за гестациски дијабетес	1	1	1	1	1	1	1		1	
б) Заболување без васкуларни промени										
(i) инсулин независен дијабетес	2	2	2	2	2	2	1		2	
(ii) инсулин зависен дијабетес	2	2	2	2	2	2	1		2	
в) Нефропатија/ ретинопатија/ невропатија	3/4 <sup>†</sup>	3/4 <sup>†</sup>	3/4 <sup>†</sup>	2	3	2	1		2	
г) Друго васкуларно заболување или дијабетес што трае > 20 години	3/4 <sup>†</sup>	3/4 <sup>†</sup>	3/4 <sup>†</sup>	2	3	2	1		2	
<b>ТИРОИДНИ ЗАБОЛУВАЊА</b>										
а) Гушавост	1	1	1	1	1	1	1		1	
б) Хипертироидизам	1	1	1	1	1	1	1		1	
в) Хипотироидизам	1	1	1	1	1	1	1		1	
<b>ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНИ ЗАБОЛУВАЊА</b>										
<b>ЗАБОЛУВАЊЕ НА ЖОЛЧНОТО ЌЕСЕ</b>										
а) Симптоматско										
(i) лекувано со холецистектомија	2	2	2	2	2	2	1		2	
(ii) лекувано со лекаства	3	2	3	2	2	2	1		2	
(iii) тековно	3	2	3	2	2	2	1		2	
б) Асимптоматско	2	2	2	2	2	2	1		2	
<b>ИСТОРИЈА НА ХОЛЕСТАЗА</b>										
а) Поврзана со бременост	2	2	2	1	1	1	1		1	
б) Поврзана со мината употреба на КОК	3	2	3	2	2	2	1		2	
<b>ВИРУСЕН ХЕПАТИТИС</b>										
	З	П	З	П	З	П				
а) Акутна состојба или состојба на максимум на болеста	3/4 <sup>†</sup>	2	3	2	3/4 <sup>†</sup>	2	1		1	
б) Носител	1	1	1	1	1	1	1		1	
в) Хроничен	1	1	1	1	1	1	1		1	

<sup>†</sup> За појаснувања за класификацијата ве молиме погледнете во табелите погоре во текстот.



СОСТОЈБА	КОК	КИК	Ф/П	ПОП	ДМПА НЕТ-ЕН	Импланти со ЛНГ/ ЕТГ	ИУВБ	ЛНГ ИУВ		
З = започнување, П = продолжување, Д = доење, НП = неприменливо										
<b>ЦИРОЗА</b>										
а) Блага (компензирана)	1	1	1	1	1	1	1	1		
б) Тешка (декомпензирана)	4	3	4	3	3	3	1	3		
<b>ТУМОРИ НА ЦРНИОТ ДРОБ</b>										
а) Бенигни										
(i) Фокална нодуларна хиперплазија	2	2	2	2	2	2	1	2		
(ii) Хепатоцелуларен аденом	4	3	4	3	3	3	1	3		
б) Малигни (хепатоми)	4	3/4	4	3	3	3	1	3		
<b>АНЕМИИ</b>										
<b>ТАЛАСЕМИЈА</b>										
	1	1	1	1	1	1	2	1		
<b>СРПЕСТА АНЕМИЈА</b>										
	2	2	2	1	1	1	2	1		
<b>АНЕМИЈА СО ДЕФИЦИТ НА ЖЕЛЕЗО</b>										
	1	1	1	1	1	1	2	1		
<b>ИНТЕРАКЦИИ НА ЛЕКОВИ</b>										
<b>АНТИРЕТРОВИРУСНА ТЕРАПИЈА (В. АНЕКС 1)</b>							З	П	З	П
а) Нуклеозидни инхибитори на реверзна транскриптаза (NRTI)	1 <sup>†</sup>	1	1	1	ДМПА=1 НЕТ-ЕН=1	1	2/3 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	2/3 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>
б) Ненуклеозидни инхибитори на реверзна транскриптаза (NNRTI)	2 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	ДМПА=1 НЕТ-ЕН=2 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	2/3 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	2/3 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>
в) Протеазни инхибитори зајакнати со ритонавир	3 <sup>†</sup>	3 <sup>†</sup>	3 <sup>†</sup>	3 <sup>†</sup>	ДМПА=1 НЕТ-ЕН=2 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	2/3 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	2/3 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>
<b>АНТИКОНВУЛЗИВНА ТЕРАПИЈА</b>										
а) Одредени антиконвулзиви (фенитоин, карбамазепин, барбитурати, примодон, топирамат, окскарбазепин)	3 <sup>†</sup>	2	3 <sup>†</sup>	3 <sup>†</sup>	ДМПА=1 НЕТ-ЕН=2 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	1	1		
б) Ламотригин	3 <sup>†</sup>	3	3	1	1	1	1	1		
<b>АНТИМИКРОБНА ТЕРАПИЈА</b>										
а) Антибиотици со широк спектар	1	1	1	1	1	1	1	1		
б) Антимикотици	1	1	1	1	1	1	1	1		
в) Антипаразитици	1	1	1	1	1	1	1	1		
г) Терапија со рифампицин или рифабутин	3 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	3 <sup>†</sup>	3 <sup>†</sup>	ДМПА=1 НЕТ-ЕН=2 <sup>†</sup>	2 <sup>†</sup>	1	1		

<sup>†</sup> За појаснувања за класификацијата ве молиме погледнете во табелите погоре во текстот.



## АНЕКС 1. ХОРМОНСКИ КОНТРАЦЕПТИВИ И АНТИРЕТРОВИРУСНА ТЕРАПИЈА

Ограничените податоци од мали, главно необјавени студии упатуваат на тоа дека фармакокинетиката на КОК може да биде изменета од некои антиретровирни (АРВ) терапии. Малку студии вклучуваат мерења на клиничките исходи. Меѓутоа, при употреба на протеазни инхибитори зајакнати со ритонавир се забележува големо намалување на нивото на контрацептивни стероиди во крвта. Ваквите намалувања можат да ја загорзат ефективностa на контрацептивот. Некои интеракции меѓу контрацептиви и АРВ исто така доведуваат до зголемена токсичност на АРВ. Во однос на помалите ефекти кај нуклеозидни инхибитори на реверзна транскриптаза (NNRTI), не е познато клиничкото значење, особено поради тоа што не постојат студии што

го истражувале нивото на контрацептивни хормони во состојба на мирување. Досега не се пријавени клинички значителни интеракции меѓу контрацептивни хормони и нуклеозидни инхибитори на реверзна транскриптаза (NRTI).

Во следните табели се сумирани достапните докази за интеракцијата меѓу АРВ-терапии и хормонски контрацептиви. Во однос на ажурирани детални информации за интеракции со лекови за ХИВ, препорачуваме да се консултирате со надворешни ресурси, како веб-страницата за интеракции со лекови за ХИВ: [www.hiv-druginteractions.org](http://www.hiv-druginteractions.org).

Табела 1. Интеракции на КОК со АРВ-лекови

	КОНТРАЦЕПТИВНИ ЕФЕКТИ	АРВ-ЕФЕКТИ
<b>НУКЛЕОЗИДНИ ИНХИБИТОРИ НА РЕВЕРЗНА ТРАНСКРИПТАЗА (NRTI)</b>		
Тенофовир дисапроксил фумарат (ТДФ)	ЕЕ↔НГМ↔(1)	Тенофовир↔(1)
Зидовудин (ЗДВ или АЗТ)		Зидовудин↔(2) Нема промена во вирусното оптоварување или CD4+(2)
<b>НЕНУКЛЕОЗИДНИ ИНХИБИТОРИ НА РЕВЕРЗНА ТРАНСКРИПТАЗА (NNRTIs)</b>		
Ефавиренц (ЕФВ или ЕФЗ)	ЕЕ↑(3), ЕЕ↔(4), НГМ↓(4), ЛНГ↓(4) Стапка на бременост 2,6/100 жени-години во една студија, каде што до 80% користеле хормонски контрацептиви (35% користеле КОК) (5)	Ефавиренц↔(3;4)
Етравирин	ЕЕ↔НЕТ↔(6)	Етравирин ↑(6) Истовременото земање главно е безбедно и добро се толерира (6)
Невирапин (НВП)	ЕЕ↔НЕТ↔(7)	Невирапин↔(7)
<b>ПРОТЕАЗНИ ИНХИБИТОРИ И ПРОТЕАЗНИ ИНХИБИТОРИ ЗАЈАКНАТИ СО РИТОНАВИР</b>		
Атазанавир/ритонавир (АТВ/р)	ЕЕ↑НЕТ↑(8)	
Дарунавир/ритонавир (ДРВ/р)	ЕЕ↓НЕТ↔(9)	Дарунавир↔(9)
Фос-ампренавир/ритонавир (ФПВ/р)	ЕЕ↓(10;11) НЕТ↓(11)	Ампренавир ↔ ритонавир↑ Покачени трансминази во црниот дроб (10)
Индинавир (ИДВ)†	ЕЕ↔НЕТ↔(12)	
Лопинавир/ритонавир (ЛПВ/р)	ЕЕ↓НЕТ↔(13)	
Нелфинавир (НФВ)	ЕЕ↓НЕТ↔(14)	
Саквинавир (СКВ)†		Саквинавир ↔(15;16)
Типранавир/ритонавир (ТПВ/р)	ЕЕ↓(17)	↑ несакани ефекти врз кожата и мускулноскелетниот систем; можни хиперсензитивни реакции на лекот (17)

Легенда:

- ↔нема промена или промената е < 30%;
- ↑ зголемување > 30%;
- ↓ намалување > 30%;

Кратенки:

- КОК = комбиниран орален контрацептив
- ЕЕ = етинилестрадиол
- ЛНГ = левоноргестрел
- НЕТ = норетиндрон
- НГМ = норгестимат

† Саквинавир и индинавир обично се даваат зајакнати со ритонавир, но не постојат податоци за интеракција со контрацептиви при таква зајакната терапија.

Табела 2. Интеракции на ДМПА со АРВ-лекови

КОНТРАЦЕПТИВНИ ЕФЕКТИ		АРВ-ЕФЕКТИ
<b>НУКЛЕОЗИДНИ ИНХИБИТОРИ НА РЕВЕРЗНА ТРАНСКРИПТАЗА (NRTI)</b>		
Зидовудин (ЗДВ или АЗТ)		Зидовудин↔(2) Нема промена во вирусното оптоварување (viral load)
<b>НЕНУКЛЕОЗИДНИ ИНХИБИТОРИ НА РЕВЕРЗНА ТРАНСКРИПТАЗА (NNRTIs)</b>		
Ефавиренц (ЕФВ или ЕФЗ)	МПА↔(18;19) Без овулација во три циклуси (18;19). Стапка на бременост 2,6/100 жени-години во една студија, каде што до 80% користеле хормонски контрацептиви (65% користеле ПОИ) (5)	Ефавиренц↔(18) Нема промена во вирусното оптоварување или CD4+, без негативни последици од степен 3 или 4 †(20)
Невирапин (НВП)	МПА↔(18) Без овулација во три циклуси (18)	Невирапин↑(18) Нема промена во вирусното оптоварување или CD4+, без негативни последици од степен 3 или 4 †(20)
<b>ПРОТЕАЗНИ ИНХИБИТОРИ И ПРОТЕАЗНИ ИНХИБИТОРИ ЗАЈАКНАТИ СО РИТОНАВИР</b>		
Нелфинавир (НФВ)	МПА↔(18)	Нелфинавир ↔(18) Нема промена во вирусното оптоварување или CD4+, без негативни последици од степен 3 или 4 †(20)

## Легенда:

↔нема промена или промената е &lt; 30%;

↑ зголемување &gt; 30%;

## Кратенки:

МПА = медроксипрогестерон ацетат

ПОИ = прогестоген во ампуларна форма

† Во испитувањето е користена стандардизираната Табела за оценување на сериозноста на негативните последици на Одделот за СИДА на Националниот институт за здравје, декември 2004 (појаснување од август 2009 г.), <http://rsc.tech-res.com/safetyandpharmacovigilance>. Последиците од степенот 3 се тешки. Тие се дефинирани како симптоми што може да ја ограничат активноста или може да бараат помош од друг; бараат медицинска интервенција или терапија; и може да бараат хоспитализација. Последиците од степен 4 се животозагрозувачки. Тие вклучуваат симптоми што резултираат со екстремна ограниченост на активноста и бараат значителна помош од друг; потребни се значителна медицинска интервенција и терапија; и постои потреба од болница или институција за палијативна нега.

## КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

1. Kearney BP, Isaacson E, Sayre J, Cheng AK. Tenofovir DF and oral contraceptives: Lack of a pharmacokinetic drug interaction. 43rd Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. Abstract A-1618. September 14-17, 2003, Chicago, IL.
2. Aweeka FT, Rosenkranz SL, Segal Y et al. The impact of sex and contraceptive therapy on the plasma and intracellular pharmacokinetics of zidovudine. *AIDS* 2006; 20(14):1833-41.
3. Joshi AS, Fiske WD, Benedek IH, White SJ, Joseph JL, Kornhauser DM. Lack of a pharmacokinetic interaction between efavirenz (DMP 266) and ethinyl estradiol in healthy female volunteers. 5th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Abstract 348. 1-5 February, 1998, Chicago, IL.
4. Sevinsky H, Eley T, He B, et al. Effect of efavirenz on the pharmacokinetics of ethinyl estradiol and norgestimate in healthy female subjects. 48th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. Abstract A958. October 25-28, 2008, Washington, DC.
5. Danel C, Moh R, Anzian A et al. Tolerance and acceptability of an efavirenz-based regimen in 740 adults (predominantly women) in West Africa. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: JAIDS* 2006; 42(1):29-35.
6. Schöller-Gyüre M, Debroye C, Aharchi F, Woodfall B, Peeters MVK, Hoetelmans R. No clinically relevant effect of TMC125 on the pharmacokinetics of oral contraceptives. 8th International Congress on Drug Therapy in HIV infection November 12-16, 2006, Glasgow, UK.
7. Mildvan D, Yarrish R, Marshak A et al. Pharmacokinetic interaction between nevirapine and ethinyl estradiol/norethindrone when administered concurrently to HIV-infected women. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: JAIDS* 2002; 29(5):471-7.
8. Zhang J, Chung E, Eley T, et al. Effect of atazanavir/ritonavir on the pharmacokinetics of ethinyl estradiol and 17-deacetyl-norgestimate in healthy female subjects. 47th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. Abstract A-1415. September 17-20, 2007, Chicago, IL.
9. Sekar V, Lefebvre E, Spinosa-Guzman S et al. Pharmacokinetic interaction between ethinyl estradiol, norethindrone and TMC114, a new protease inhibitor. 46th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. Abstract A-368, September 27-30, 2006, San Francisco, CA.
10. GlaxoSmithKline. Prescription medicines. Lexiva (fosamprenavir calcium) ([http://www.gsk.com/products/prescription\\_medicines/us/medicines-ko.htm](http://www.gsk.com/products/prescription_medicines/us/medicines-ko.htm), accessed on 17 April 2009).
11. GlaxoSmithKline. Study APV10020. A phase I, open label, two period, single-sequence, drug-drug interaction study comparing steady-state plasma ethinyl estradiol and norethisterone pharmacokinetics following administration of brevinor for 21 days with and without fosamprenavir 700 mg twice daily (BID) and ritonavir 100 mg BID for 21 days in healthy adult female subjects (<http://www.gsk-clinicalstudyregister.com/files/pdf/23138.pdf>, accessed on 17 April 2009).
12. Merck & Company. Indinavir patient prescribing information. ([http://www.merck.com/product/usa/pi\\_circulars/c/crixivan/crixivan\\_ppi.pdf](http://www.merck.com/product/usa/pi_circulars/c/crixivan/crixivan_ppi.pdf), accessed on 2 April 2009).
13. Abbot Laboratories. Lopinavir and ritonavir prescribing information, 2009. (<http://rxabbott.com/pdf/kaletatrabpi.pdf>, accessed on 17 April 2009).
14. Agouron Pharmaceuticals. Viracept (Nelfinavir mesylate) prescribing information, 2008. ([http://media.pfizer.com/files/products/uspi\\_viracept.pdf](http://media.pfizer.com/files/products/uspi_viracept.pdf), accessed on 17 April 2009).
15. Mayer K, Pobleto R, Hathaway B et al. Efficacy, effect of oral contraceptives, and adherence in HIV infected women receiving Fortovase (Saquinavir) soft gel capsule (SQV-SGC; FTV) thrice (TID) and twice (BID) daily regimens. Presented at the XIII International AIDS Conference, 2000, Durban, South Africa.
16. Frohlich M, Burhenne J, Martin-Facklam M et al. Oral contraception does not alter single dose saquinavir pharmacokinetics in women. *British Journal of Clinical Pharmacology* 2004; 57(3):244-52.
17. United States Food and Drug Administration. Highlights of prescribing information. Aptivus (Tipranavir) Capsules, 250 mg. 2008 ([http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2008/021814s005,022292lbl.pdf](http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2008/021814s005,022292lbl.pdf). (accessed on 4 June 2009).
18. Cohn SE, Park JG, Watts DH et al. Depo-medroxyprogesterone in women on antiretroviral therapy: effective contraception and lack of clinically significant interactions. *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 2007; 81(2):222-7.
19. Nanda K, Amaral E, Hays M, Viscola MA, Mehta N, Bahamondes L. Pharmacokinetic interactions between depot medroxyprogesterone acetate and combination antiretroviral therapy. Pharmacokinetic interactions between depot medroxyprogesterone acetate and combination antiretroviral therapy. *Fertility & Sterility* 2008;90: 965-971
20. Watts DH, Park J-G, Cohn SE et al. Safety and tolerability of depot medroxyprogesterone acetate among HIV-infected women on antiretroviral therapy: ACTG A5093. *Contraception* 2008;77:84-90.

## АНЕКС 2. КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА

- Dr Hassan Baaqeel  
King Khalid National Guard Hospital  
Department of Obstetrics and Gynecology  
PO Box 9515  
Jeddah 21423  
Saudi Arabia
- Dr David Back  
Department of Pharmacology and Therapeutics  
Ashton Street Medical School, Ashton Street  
Liverpool, Merseyside  
Liverpool L69 3GE  
United Kingdom
- Dr Maria del Carmen Cravioto  
Department of Reproductive Biology  
National Institute of Nutrition, Salvador  
Zubiran, Vaso de Quiroga 15  
Delegacion Tlalpan  
CP 14000 Mexico, DF  
Mexico
- Dr Willard Cates  
Family Health International  
PO Box 13950  
Research Triangle Park, NC 27709  
United States of America
- Dr Tsungai Chipato  
Department of OB/GYN  
University of Zimbabwe  
PO Box A 178  
Harare  
Zimbabwe
- Dr Kathryn Curtis  
Division of Reproductive Health  
Koger Rhodes Building  
CDC Mailstop K-34  
4770 Buford Highway, NE  
Atlanta, GA 30341-3717  
United States of America
- Dr Juan Diaz  
R Maria Teresa Diaz da Silva 740  
Cidade Universitaria  
Caixa Postal 6019  
13083-970 – Campinas  
São Paulo  
Brazil
- Dr Soledad Diaz  
Consultorio de Planificación Familiar  
Instituto Chileno de Medicina Reproductiva  
José Victorino Latorria 29  
Depto 101, Correo 22, Casilla 96  
Santiago  
Chile
- Dr Mohammad Eslami  
Family Health and Population Department  
Ministry of Health and Medical Education  
Yussef abad cross (Jomhuri eslami and Hafez cross)  
Tehran  
Iran
- Dr El Hadj Oussenouye Faye  
Ministry of Health  
K 55 Hamo Grand Yoff  
Dakar  
Sénégal
- Dr Karima Gholbzouri  
Head of Family Planning Division  
Directorate of Population  
Ministry of Health  
Rabat  
Morocco
- Dr Anna Glasier  
Family Planning and Well Woman Services  
18 Dean Terrace  
Edinburgh EH4 1NL  
United Kingdom
- Dr Kerstin Hagenfeldt  
Department of Woman and Child Health  
Division of Obstetrics and Gynecology  
Karolinska University Hospital  
177 76 Stockholm  
Sweden
- Dr Phil Hannaford  
Department of General Practice and Primary Care  
University of Aberdeen  
Foresterhill Health Centre  
Westburn Road  
Aberdeen AB25 2AY  
United Kingdom
- Professor Ezzeldin Othman Hassan  
The National Egyptian Fertility Care Foundation  
2(A) Mahrouky Street Mohandessen  
PO Box 147 Orman  
Giza  
Egypt
- Mr Maurice Hiza  
Reproductive and Child Health Section  
Ministry of Health and Social Welfare  
PO Box 9083  
Dar-es-Salaam  
United Republic of Tanzania

Dr Douglas Huber  
1175 Chestnut Street, Unit 6  
Newton, MA 02464  
United States of America

Dr Yolande Hyjazi  
Université de Conakry  
Faculté de Médecine  
Pharmacie, Odonto - Stomatologie  
BP 1017 Conakry  
République de Guinée

Dr Roy Jacobstein  
Engender Health  
440 Ninth Ave.  
New York, NY 1001  
United States America

Dr Victoria Jennings  
Institute for Reproductive Health  
Georgetown University Medical Center  
Georgetown Center, 6th Floor  
2115 Wisconsin Ave., NW  
Washington, DC 20007  
United States of America

Dr Pamela Lynam  
Regional Technical Director, East and Southern Africa  
Jhpiego - Johns Hopkins University  
PO Box 58247  
Nairobi  
Kenya

Dr Trent MacKay  
Special Assistant for OB/GYN  
Contraception and RH Branch  
Center for Population Research  
National Institute for Child Health and Human Development, National Institutes of Health  
6100 Executive Blvd, Suite 8B13  
Bethesda, MD 20892  
United States of America

Dr Polly Marchbanks  
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 Suneeta Mittal  
Head Department of OB/GYN  
Director-in-Charge, WHO CCR in Human Reproduction  
All India Institute of Medical Sciences  
Ansari Nagar  
New Delhi, 110 029  
India

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

Dr Nuriye Ortayli  
Technical Advisor  
Reproductive Health Branch  
Technical Division  
UNFPA  
220 East 42nd Street  
New York, NY 10017  
United States of America

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

Dr Herbert Peterson  
Professor and Chair  
Department of Maternal and Child Health  
Professor, Department of Obstetrics and Gynecology  
The University of North Carolina at Chapel Hill  
CB # 7445 Rosenau Hall  
Chapel Hill, NC 27599-7445  
United States of America

Dr Svetlana Posohova  
Deputy Head of Odessa Oblast Clinical Hospital  
47A Malinovskogo str. Room N 24  
6507 Odessa  
Ukraine

Professor Helen Rees  
Executive Director  
Reproductive Health and HIV Research Unit  
Department of Obstetrics and Gynaecology  
University of the Witwatersrand  
Hillbrow Health Precinct  
Hugh Solomon Building  
Esselen Street (Cnr Klein St), Hillbrow  
PO Box 18512, Hillbrow 2038  
Johannesburg  
South Africa



Mr Ward Rinehart  
John Hopkins University  
Center for Communications Program  
111 Market Place, Suite 310  
Baltimore, MD 21202  
United States of America

Dr Cynthia Rhoda Lee-Blackwell  
Stockley's Drug Interactions  
Royal Pharmaceutical Society of Great Britain  
1 Lambeth High Street  
London SE1 7JN  
United Kingdom

Dr Roberto Rivera  
Family Health International  
PO Box 13950  
Research Triangle Park, NC 27709  
United States of America

Dr Annette Sachs Robertson  
Advisor on Reproductive Health  
Programme Assessment and Operations Research  
Country Technical Services Team for the Pacific  
United Nations Population Fund  
Private Mail Bag  
Suva  
Fiji

Dr Wu Shangchun  
National Research Institute for Family Planning  
12 Da Hui Si (Hai Dian Qu)  
Beijing 100081  
People's Republic of China

Dr James Shelton  
Science Advisor  
Bureau for Global Health  
USAID  
1300 Pennsylvania Avenue, G/PHN  
Washington, DC 20523  
United States of America

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

Dr Bulbul Sood  
Country Director  
CEDPA/India  
C-1, Hauz Khas,  
New Delhi 110 016  
India

Dr Tran Son Thach  
Research, Training and International Collaboration  
Hungvuong Hospital  
128 Hungvuong, District 5  
Ho Chi Minh City  
Viet Nam

Dr Marcel Vekemans  
Senior Medical Adviser  
International Planned Parenthood Federation Central  
Office  
4 Newhams Row  
London, SE1 3UZ  
United Kingdom

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

Dr Ekaterina Yarotskaya  
Head  
International Department of the Scientific Center of  
Obstetrics and Perinatology  
117 997 Oparin Street 4  
Moscow  
Russian Federation

### **C30 CEKPETAPIJAT**

Dr Catherine d'Arcangues, RHR  
Dr Dalia Brahmi  
Dr Kelly Culwell, RHR  
Dr Mario Festin  
Dr Mary Lyn Gaffield, RHR  
Ms Jennie Greaney  
Ms Catherine Hamill, RHR  
Dr Emily Jackson, RHR  
Ms Sarah Johnson, RHR  
Dr Nathalie Kapp, RHR  
Mrs Gloria Lamptey, RHR  
Ms Sybil de Pietro  
Dr Ian Tilley, RHR (Fellow)

**УЧЕСНИЦИ ВО ТЕХНИЧКИ КОНСУЛТАЦИИ, 22 ОКТОМВРИ, 2008**

Dr Maria del Carmen Cravioto  
Department of Reproductive Biology  
National Institute of Nutrition Salvador Zubiran  
Vaso de Quiroga 15  
Delgacion Tlalpan  
CP 14000 Mexico, DF  
Mexico

Dr Kathryn Curtis  
Division of Reproductive Health  
Centers for Disease Control and Prevention  
Koger Rhodes Building  
CDC Mailstop K-34  
4770 Buford Highway, NE  
Atlanta, GA 30341-3717  
United States of America

Dr Pierre Gressens  
Directeur UMR 676 Inserm-Paris 7  
Hôpital Robert Debré  
48 Boulevard Serurier  
75019 Paris  
France

Dr Anna Glasier  
Family Planning and Well Woman Services  
18 Dean Terrace  
Edinburgh EH4 1NL  
United Kingdom

Dr Kerstin Hagenfeldt  
Vendevag 23  
18260 Djursholm  
Sweden

Dr Betty Kalikstad  
Department of Pediatrics  
University of Oslo  
Boks 1072 Blindern  
NO-0316 Oslo  
Norway

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

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

Ms Melissa Paulen  
Division of Reproductive Health  
Centers for Disease Control and Prevention  
Koger Rhodes Building  
CDC Mailstop K-34  
4770 Buford Highway, NE  
Atlanta, GA 30341-3717  
United States of America

Dr Herbert Peterson  
Department of Maternal and Child Health  
School of Public Health  
Department of Obstetrics and Gynecology  
School of Medicine  
The University of North Carolina at Chapel Hill  
CB #7445  
Chapel Hill, NC 27599-7445  
United States of America

Dr Jaclyn Schwarz  
Program in Neuroscience  
University of Maryland School of Medicine  
655 W. Baltimore Street  
Baltimore, MD 21201  
United States of America

Dr Christine Wagner  
Department of Psychology  
Center for Neuroscience Research  
Social Science 369  
University at Albany  
Albany, NY 12222  
United States of America

Dr Jacqueline Conard  
Unité Hémostase-Thrombose  
Hôtel-Dieu  
1 Place du Parvis Notre-Dame  
75181 Paris cedex 04  
France

Dr Maria del Carmen Cravioto  
Department of Reproductive Biology  
National Institute of Nutrition Salvador Zubiran  
Vaso de Quiroga 15  
Delgacion Tlalpan  
CP 14000 Mexico, DF  
Mexico

Dr Kathryn Curtis  
Division of Reproductive Health  
Centers for Disease Control and Prevention  
CDC Mailstop K-34  
4770 Buford Highway, NE  
Atlanta, GA 30341-3717  
United States of America

Dr Anna Glasier  
Family Planning and Well Woman Services  
18 Dean Terrace  
Edinburgh EH4 1NL  
United Kingdom

Dr Ian Greer  
Hull York Medical School  
University of York  
York YO105DD  
United Kingdom

Dr Kerstin Hagenfeldt  
Vendevag 23  
18260 Djursholm  
Sweden

Dr Phillip Hannaford  
Department of General Practice and Primary Care  
University of Aberdeen  
Foresterhill Health Centre  
Westburn Road  
Aberdeen AB25 2AY  
United Kingdom

Dr Andra James  
Departments of Obstetrics and Gynecology and Medicine  
Duke University Medical Center  
Box 3967  
Durham, NC  
United States of America

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

Dr Herbert Peterson  
Department of Maternal and Child Health  
School of Public Health  
Department of Obstetrics and Gynecology  
School of Medicine  
The University of North Carolina at Chapel Hill  
CB #7445  
Chapel Hill, NC 27599-7445  
United States of America

Ms Maria Steenland  
Division of Reproductive Health  
Centers for Disease Control and Prevention  
CDC Mailstop K-34  
4770 Buford Highway, NE  
Atlanta, GA 30341-3717  
United States of America

Dr Naomi Tepper  
Division of Reproductive Health  
Centers for Disease Control and Prevention  
CDC Mailstop K-34  
4770 Buford Highway, NE  
Atlanta, GA 30341-3717  
United States of America





Во „Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви“ се дава преглед на медицинските критериуми за подобност за употреба на контрацепцијата, при што се даваат упатства за безбедна употреба на различните методи од страна на жени и мажи со конкретни особини или познати заболувања. Препораките се засноваат на систематско проучување на достапните клинички и епидемиолошки истражувања. Изданието заемно се надополнува со упатството „Избрани препораки од практиката за употреба на контрацептиви“. Двата документи заедно се наменети за лицата што ги формулираат политиките, раководителите на програми и научната заедница, со цел да се даде поддршка на националните програми во изготвувањето упатства за вршењето на овие услуги.

Четвртото издание од оваа корисна алатка ги заменува претходните изданија и е целосно ажурирано и проширено. Тоа вклучува повеќе од 86 нови препораки и 165 ажурирани препораки од претходното издание. Сега се нудат и насоки за лицата со посебни потреби, а во новиот прилог се наведуваат докази за интеракции при истовремена употреба на антиретровирусни терапии и хормонски контрацептиви. За да им се олесни користењето на читателите што се запознаени со третото издание, новите и ажурираните препораки се подвлечени. Сите лица што нудат услуги за планирање на семејството и контрацепција треба да го имаат четвртото издание од „Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви“ при рака.

Ве молиме информирајте се за достапноста на „Медицински критериуми за подобност за употреба на контрацептиви“ на други јазици на веб-локацијата на СЗО.

**For more information about the english version, please contact:**

Department of Reproductive Health and Research

World Health Organization

Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27

Switzerland

Fax: +41 22 791 4171

E-mail: [reproductivehealth@who.int](mailto:reproductivehealth@who.int)

[www.who.int/reproductivehealth](http://www.who.int/reproductivehealth)