

# Kriterijumi medicinske podobnosti za upotrebu kontraceptivnih sredstava

Četvrto izdanje

TEMELJI PLANIRANJA PORODICE PREPORUČENI OD STRANE SZO

Kombinovana oralna kontracepcija (COC) Barijerni metodi kontracepcije Intrauterini uložak (IUD) Metodi određivanja plodnih dana Laktaciona amenoreja Kontraceptivni flaster Hirurška sterilizacija za žene Intrauterini uređaji Kombinovane kontraceptivne injekcije (CIS) Metod prekinutog snošaja – coitus interruptus Hitna primena intrauterinog uložka sa dodatkom bakra Kontraceptivna sredstva na bazi progesterona Kontraceptivni flaster Prsten za hiruršku sterilizaciju muškaraca Hitna oralna kontracepcija (ECP) Kombinovana oralna kontracepcija (COC)

Kombinovana oralna kontracepcija (COC) Barijerni metodi kontracepcije Intrauterini uložak (IUD) Metodi određivanja plodnih dana Laktaciona amenoreja Kontraceptivni flaster Hirurška sterilizacija za žene Intrauterini uređaji Kombinovane kontraceptivne injekcije (CIS) Metod prekinutog snošaja – coitus interruptus Hitna primena intrauterinog uložka sa dodatkom bakra Kontraceptivna sredstva na bazi progesterona Kontraceptivni flaster Prsten za hiruršku sterilizaciju muškaraca Hitna oralna kontracepcija (ECP) Kombinovana oralna kontracepcija (COC)



World Health  
Organization



# Kriterijumi medicinske podobnosti za upotrebu kontraceptivnih sredstava

Četvrto izdanje

TEMELJI PLANIRANJA PORODICE PREPORUČENI OD STRANE SZO

Kombinovana oralna kontracepcija (COC) Barijerni metodi kontracepcije Intrauterini uložak (IUD) Metodi određivanja plodnih dana Laktaciona amenoreja Kontraceptivni flaster Hirurška sterilizacija za žene Intrauterini uređaji Kombinovane kontraceptivne injekcije (CIS) Metod prekinutog snošaja – coitus interruptus Hitna primena intrauterinog uložka sa dodatkom bakra Kontraceptivna sredstva na bazi progesterona Kontraceptivni flaster Prsten za hiruršku sterilizaciju muškaraca Hitna oralna kontracepcija (ECP) Kombinovana oralna kontracepcija (COC)

Kombinovana oralna kontracepcija (COC) Barijerni metodi kontracepcije Intrauterini uložak (IUD) Metodi određivanja plodnih dana Laktaciona amenoreja Kontraceptivni flaster Hirurška sterilizacija za žene Intrauterini uređaji Kombinovane kontraceptivne injekcije (CIS) Metod prekinutog snošaja – coitus interruptus Hitna primena intrauterinog uložka sa dodatkom bakra Kontraceptivna sredstva na bazi progesterona Kontraceptivni flaster Prsten za hiruršku sterilizaciju muškaraca Hitna oralna kontracepcija (ECP) Kombinovana oralna kontracepcija (COC)

Podaci kataloškog vođenja publikacije u Biblioteci Svetske zdravstvene organizacije

Kriterijumi medicinske podobnosti za upotrebu kontraceptivnih sredstava – 4. izdanje

1. Kontracepcija – metodi; 2. Planiranje porodice – metodi; 3. Utvrđivanje podobnosti – standardi; 4. Garancija kvaliteta u zdravstvu; 5. Pristupačnost zdravstvenih usluga; I. Svetska zdravstvena organizacija.

ISBN 978 92 4 156388 8

(NLM klasifikacija: WP 630)

© Svetska zdravstvena organizacija 2010.

Smernice za upotrebu hormonskih kontraceptivnih sredstava posle porođaja, kao i za upotrebu metoda laktacione amenoreje među ženama zaraženim HIV-om, ažurirane su otkako je ova publikacija prvi put objavljena na internetu 2009. godine.

Sva prava zadržana. Publikacija SZO može se preuzeti preko Odeljenja za štampu SZO (WHO Press), Svetska zdravstvena organizacija, 20 Avenue Appia, 1211 Ženeva 27, Švajcarska (tel.: +41 22 791 3264; faks: +41 22 791 4857; e-mejl: bookorders@who.int). Zahteve za dozvolu za reprodukciju ili prevod publikacija SZO – bilo za prodaju ili za nekomercijalnu distribuciju – treba slati na gore navedenu adresu Odeljenja za štampu SZO (faks: +41 22 791 4806; e-mejl: permissions@who.int).

Tvrđnje iznete i materijal predstavljen u okviru ove publikacije ni na koji način ne podrazumevaju izražavanje bilo kakvog mišljenja Svetske zdravstvene organizacije u vezi sa pravnim statusom bilo koje zemlje, teritorije, grada ili oblasti ili njihovih vlasti, ili u vezi sa određivanjem njihove teritorije ili granica. Isprekidane linije na karti označavaju približne granice u vezi sa kojima nisu postignuti potpuni sporazumi.

Navođenje imena konkretnih kompanija ili proizvoda određenih proizvođača ne znači da Svetska zdravstvena organizacija podržava i preporučuje baš njih, na uštrb drugih kompanija i proizvoda koji nisu pomenuti. Ako se izuzmu moguće greške i omaške, imena patentiranih proizvoda se razlikuju po tome što su navođena s početnim velikim slovom.

Svetska zdravstvena organizacija je preduzela sve razumne mere predostrožnosti da proveri informacije objavljene u ovoj publikaciji. Bez obzira na to, objavljeni materijal se distribuira bez ikakvih garancija, bilo izričitih ili implicitnih. Odgovornost za tumačenje i upotrebu ovog materijala počiva na čitaocu. Svetska zdravstvena organizacija neće ni u kom slučaju biti odgovorna za štetu koja može da nastane iz upotrebe ovog materijala.

Štampano u

## SADRŽAJ:

Zahvalnice

Izvršni rezime i pregled situacije 1

Tabele

Kombinovana hormonska kontraceptivna sredstva (CHC) 16  
*(Kombinovana oralna kontraceptivna sredstva, kombinovani injekcioni kontraceptivi, flaster, prsten)*

Kontraceptivna sredstva isključivo na bazi progestagena (POC) 47

Hitna oralna kontracepcija (ECP) 67

Intrauterini ulošci (IUD) 69

Hitna primena intrauterinog uloška sa dodatkom bakra (E-IUD) 83

Barijerni metodi kontracepcije (BARR) 85

Metodi određivanja plodnih dana (FAB) 93

Metod laktacione amenoreje (LAM) 97

Metod prekinutog snošaja – coitus interruptus (CI) 99

Postupci hirurške sterilizacije (STER) 101  
*Hirurška sterilizacija za žene*  
*Hirurška sterilizacija za muškarce*

Zbirne tabele (SUMM) 113

Aneksi

Aneks 1: Hormonska kontraceptivna sredstva i antiretrovirusne terapije 121

Aneks 2: Spisak učesnika 125

## ZAHVALNICE

Ovaj dokument je rezultat saradnje između Odeljenja za reproduktivno zdravlje i istraživanje pri Svetskoj zdravstvenoj organizaciji i velikog broja međunarodnih agencija i organizacija koje su aktivne u oblasti politika i programa planiranja porodice. Finansije i druge vidove podrške za ovaj projekat pružili su vlada Sjedinjenih Američkih Država (posredstvom Američke agencije za međunarodni razvoj, Centara za prevenciju i kontrolu bolesti i Nacionalnog instituta za zdravlje deteta i humani razvoj), Međunarodna federacija za planirano roditeljstvo i Fond za stanovništvo Ujedinjenih nacija. Zahvalni smo im na njihovoj podršci.

Predstavnici 9 agencija i organizacija, kao i još 34 osobe, učestvovali su kao eksperti na sastancima i postigli su konsenzus u vezi sa ovim preporukama za korišćenje kontraceptivnih sredstava. Želeli bismo da svima njima izrazimo našu duboku zahvalnost, zato što su odvojili svoje vreme i dali doprinos u vidu svog stručnog znanja u okviru ovog procesa izgradnje konsenzusa.

Dokazi na kojima su zasnovane odluke u ovom dokumentu u velikoj meri potiču iz sistematskog pregleda literature, što su obavili i na osnovu čega su rezime sastavili Dr K.L. Kalvel, Dr K.M. Kertis, Dr M.E. Garfield, Dr N. Kap, Dr K. Nanda, gđa M. Polen i Dr I. Tili. Želeli bi da im odamo veliko priznanje, kao i Dr T. Mekeju i Dr Dž. Šeltonu za njihovu snažnu podršku i trud.

Zahvalni smo i sledećim pojedincima koji su, kao kolege, pregledali i ocenili sistem za Kontinuirano prepoznavanje istraživačkih dokaza (CIRe): Dr H. Aktar, Dr V. Kejts, Dr T. Čipalto, Dr P. Korfman, Dr M. Kravioto, Dr V. Kalins, Dr H. Dijaz, Dr S. Dijaz, Dr A. Glazije, Dr

M. Gulmezoglu, Dr K. Hagenfeld, Dr P. Hanaford, Dr R. Hačer, Dr D. Huber, Dr C. Uezo, Dr V. Dženings, Dr R. Lu, Dr P. Linam, Dr P. Lumbinagon, Dr P. Marčbenks, Dr O. Mejrik, Dr S. Mital, Dr K. Morison, Dr K. Nanda, Dr E. Otolorin, Dr H. Peterson, Dr A. Polak, Dr H. Ris, Dr R. Rivera, Dr D. Skeg, Dr. K. Smit, Dr N. Simelala, Dr B. Sud, Dr M. Vekemans i Dr. E. Vajsberg.

Za bilo kakve dodatne informacije o ovoj publikaciji, molimo kontaktirajte:

Odeljenje za reproduktivno zdravlje i istraživanje (*Department of Reproductive Health and Research*)  
Svetska zdravstvena organizacija (*World Health Organization*)

1211 Ženeva 27

Švajcarska

Fax: + 41 22 791 4171

Email: [reproductivehealth@who.int](mailto:reproductivehealth@who.int)

Dodatne primerke možete dobiti preko sledeće adrese:

Centar za dokumentaciju (*Documentation Centre*)

Odeljenje za reproduktivno zdravlje i istraživanje (*Department of Reproductive Health and Research*)

Svetska zdravstvena organizacija (*World Health Organization*)

1211 Ženeva 27

Švajcarska

Fax: + 41 22 791 4171

Tel: + 41 22 791 4447

Email: [rpublications@who.int](mailto:rpublications@who.int)

Ovu publikaciju možete preuzeti i sa internet sajta [www.who.int/reproductivehealth](http://www.who.int/reproductivehealth). Sve informacije predstavljene u ovom dokumentu najpre će biti ažurirane na ovom sajtu.

## Izvršni rezime

Ovaj dokument predstavlja važan korak u procesu unapređenja pristupa kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti u planiranju porodice, tako što pruža pregled kriterijuma medicinske podobnosti za odabir kontraceptivnih sredstava. Dokument ažurira treće izdanje *Kriterijuma medicinske podobnosti za upotrebu kontraceptivnih sredstava*, objavljeno 2004. godine, i donosi rezime glavnih preporuka sa sastanka ekspertske Radne grupe održanog u Svetskoj zdravstvenoj organizaciji u Ženevi, od 1. do 4. aprila 2008. (molimo pogledajte listu učesnika u Aneksu 2). Ova Radna grupa je okupila 43 učesnika iz 23 zemlje, uključujući i devetoro predstavnika agencija. Dokument takođe pruža preporuke za odgovarajuće kriterijume medicinske podobnosti na osnovu najnovijih kliničkih i epidemioloških podataka, i njegova je namena da ga koriste tvorci politika, rukovodioci zaduženi za programe planiranja porodice i naučna zajednica. Cilj mu je da pomogne nacionalnim programima planiranja porodice i reproduktivnog zdravlja, tako što će pružiti smernice za prepisivanje kontraceptivnih sredstava. Ovaj dokument ne treba smatrati za stroge smernice niti ga koristiti kao takvog, već više treba da služi kao preporuka.

Dokument se odnosi na sledeće metode planiranja porodice: niskodozna kombinovana oralna kontraceptivna sredstva (COC), kombinovani flaster (P), kombinovani vaginalni prsten (R), kombinovane injekcione kontraceptive (CIC), tablete isključivo na bazi progestagena (POP), injekcije depo medroksiprogesteronacetata (DPMA) i noretisteron enantata (NET-EN), implante s levonorgestrelom (LNG) i etonogestrelom (ETG), urgentnu oralnu kontracepciju (ECP), intrauterine uloške s dodatkom bakra (Cu-IUD), intrauterine uloške s levonorgestrelom (LNG-IUD), hitnu primenu intrauterinog uloška sa dodatkom bakra (E-IUD), barijerne metode kontracepcije (BARR), metode određivanja plodnih dana (FAB), metod laktacione amenoreje (LAM), metod prekinutog snošaja – coitus interruptus (CI), i hiruršku sterilizaciju za muškarce i žene (STER).

Svetska zdravstvena organizacija (SZO) će ažurirati ovaj dokument i dodavati nove preporuke, u odgovarajućim intervalima na osnovu sastanaka ekspertske Radne grupe na svake tri do četiri godine, i po potrebi na osnovu doprinosa svoje Grupe za upravljanje smernicama za planiranje porodice. Ove preporuke će biti dostupne na internet sajtu SZO ([www.who.int/reproductivehealth](http://www.who.int/reproductivehealth)). Na sajtu će se takođe nalaziti dodatne informacije za koje SZO smatra da su relevantne u odnosu na ove preporuke, i koje čekaju formalni konsenzus na sledećem sastanku radne grupe. Ova ažuriranja su posebno važna za pitanja za koja se

dokazi brzo menjaju. SZO podstiče istraživanja koja se bave ključnim nerazrešenim pitanjima za utvrđivanje kriterijuma medicinske podobnosti za upotrebu kontraceptivnih sredstava. SZO je takođe otvorena za komentare i sugestije za unapređenje ovih smernica.

## Pregled situacije

Godine 1999. SZO je revidirala svoje smernice u vezi s planiranjem porodice i zaključila da je neophodno stvoriti nove smernice, koje će biti zasnovane na dokazima. U skladu s tim, SZO je pokrenula novu seriju smernica za planiranje porodice zasnovanih na dokazima, počev od drugog izdanja publikacije *Unapređenje pristupa kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti u planiranju porodice: kriterijumi medicinske podobnosti za upotrebu kontraceptivnih sredstava*, objavljenog 2000. godine. Prva dva stuba ove serije zasnovane na dokazima (prikazani na Grafikonu 1) su upravo ovaj dokument, *Kriterijumi medicinske podobnosti za upotrebu kontraceptivnih sredstava*, koji pruža smernice u pogledu toga „ko“ bezbedno može da upotrebljava kontraceptivne metode, i dokument *Odabrane preporuke iz prakse za upotrebu kontraceptivnih sredstava*, koja pruža smernice o tome „kako“ koristiti kontraceptivna sredstva na bezbedan i delotvoran način. Ova dva dokumenta pružaju smernice zasnovane na dokazima za odabir (*Kriterijumi medicinske podobnosti za upotrebu kontraceptivnih sredstava*) i upotrebu (*Odabrane preporuke iz prakse za upotrebu kontraceptivnih sredstava*) kontraceptivnih metoda. Treći i četvrti stub, *Priručnik za donošenje odluka za pružaoce usluga planiranja porodice i njihove klijente* i *Planiranje porodice: opšti priručnik za pružaoce usluga* predstavljaju praktične instrumente za unapređenje kvaliteta savetovanja i pružanja usluga u vezi s planiranjem porodice. Ova dva instrumenta se oslanjaju na *Kriterijume medicinske podobnosti za upotrebu kontraceptivnih sredstava* i *Odabrane preporuke iz prakse za upotrebu kontraceptivnih sredstava*. Najbolje je da se sva četiri stuba tumače i koriste u širem kontekstu reproduktivne i seksualne zdravstvene zaštite.

## Cilj

Cilj ovog dokumenta je da tvorcima politika, donosiocima odluka i naučnoj zajednici pruži paket preporuka koje se mogu upotrebiti za izradu ili revidiranje nacionalnih smernica o kriterijumima medicinske podobnosti za upotrebu kontraceptivnih sredstava.

Dokument ne pruža stroge smernice, već daje preporuke koje daju osnovu za racionalizaciju upotrebe različitih kontraceptivnih sredstava u svetlu najnovijih raspoloživih

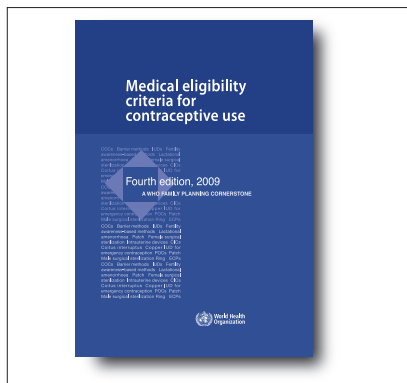
vih informacija o tome koliko su koji metodi bezbedni za osobe koje imaju određene zdravstvene probleme.

S obzirom da se situacije u različitim zemljama i uslovi u kojima se programi sprovode razlikuju u velikoj meri, ne bi bilo prikladno uspostaviti čvrste međunarodne smernice o kriterijumima za upotrebu kontraceptivnih sredstava. Međutim, očekuje se da će nacionalni programi koristiti ove smernice za ažuriranje ili izradu svojih smernica za podobnost kontraceptivnih sred-

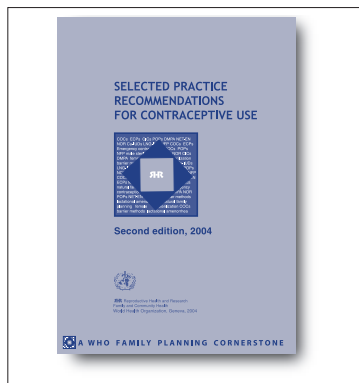
stava, u svetlu svojih nacionalnih zdravstvenih politika, potreba, prioriteta i resursa. Namera je da se unapredi pristup uslugama planiranja porodice, i da se podigne njihov kvalitet.

Ova unapređenja se moraju ostvariti u kontekstu informisanog izbora korisnika i medicinske bezbednosti. Adaptacija nije uvek lak zadatak, a najbolje će ga obaviti oni koji su dobro upoznati sa preovlađujućim zdravstvenim uslovima, ponašanjima i kulturom.

Grafikon 1: Četiri stuba smernica u planiranju porodice

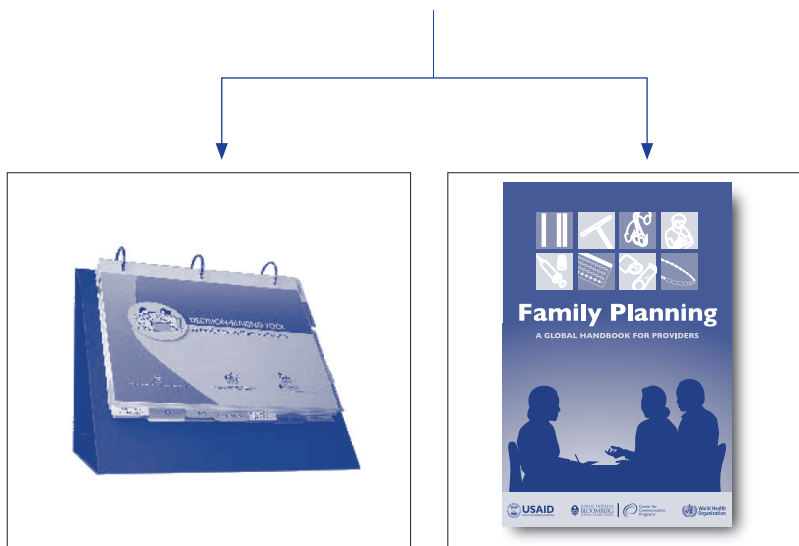


*Kriterijum medicinske podobnosti za upotrebu kontraceptivnih sredstava*



*Odabrane preporuke iz prakse za upotrebu kontraceptivnih sredstava*

Ove smernice su zasnovane na dokazima i podržane konsenzusom. One navode preporuke koje su iznale ekspertske radne grupe na osnovu procene relevantnih dokaza. Smernice su redovno i blagovremeno pregledane i ažurirane.



*Priručnik za donošenje odluka za pružaoce usluga planiranja porodice i njihove klijente*

*Planiranje porodice: opšti priručnik za pružaoce usluga*

Ovi instrumenti obuhvataju *Kriterijume medicinske podobnosti*, *Odabrane preporuke iz prakse* i ostale preporuke donete na osnovu konsenzusa o tome kako zadovoljiti potrebe korisnika usluga planiranja porodice. Oni će takođe biti ažurirani zajedno sa smernicama, ili na osnovu drugih dokaza.



**Kako obezbediti to da smernice uvek budu aktuelne:**

- 1) Prepoznati nove, relevantne dokaze čim postanu dostupni na osnovu neprestanog, sveobuhvatnog pretraživanja literature.
- 2) Kritički proceniti nove dokaze.
- 3) Oceniti nove dokaze u svetlu pređašnjih dokaza.
- 4) Odlučiti da li su novoutvrđeni dokazi dovoljni da to zahteva ažuriranje postojećih preporuka.
- 5) Elektronskim putem ažurirati internet sajt o reproduktivnom zdravlju SZO ([www.who.int/reproductivehealth](http://www.who.int/reproductivehealth)) kad to bude prikladno, i utvrditi potrebu za sazivanjem ekspertske radne grupe čiji će zadatak biti da formalno ponovo proceni smernice.



## Polazište

U proteklih 35 godina, došlo je do značajnog napretka u razvoju novih kontraceptivnih tehnologija, uključujući i prelazak sa visokodoznih na niskodozna kombinovana oralna kontraceptivna sredstva, i sa inertnih intrauterinih kontraceptivnih uložaka na bakarne ili one koje otpuštaju levonorgestrel. Pored ovoga, uvedena su i kombinovani injekcioni kontraceptivi, kombinovani hormonski flaster i vaginalni prsten, kao i injekcioni preparati i implanti isključivo na bazi progesterona. Međutim, trenutne zdravstvene politike i prakse u nekim zemljama su zasnovane na naučnim studijama kontraceptivnih proizvoda koji više nisu u širokoj upotrebi, ili na davnijim teorijama koje nikada nisu dokazane, ili na ličnim preferencama i predrasudama pružalaca usluga. Ove zastarele politike i prakse često vode ka ograničenom kvalitetu usluga i pristupu korisnika uslugama planiranja porodice. Ovaj dokument ima za cilj da unapredi kriterijume medicinske podobnosti koji se koriste pri prepisivanju svih hormonskih kontraceptivnih sredstava, intrauterinih kontraceptivnih uložaka, barijernih metoda, metoda određivanja plodnih dana, metoda prekinutog snošaja, metoda laktacione amonoreje, sterilizacije muškaraca i žena, i hitne kontracepcije.

## Reproduktivna i seksualna zdravstvena zaštita

Reproduktivna prava obuhvataju određena ljudska prava, koja su već priznata u međunarodnom pravu, međunarodnim dokumentima o ljudskim pravima i drugim konsenzusnim dokumentima. Ta prava se zasnivaju na priznavanju osnovnog prava svih parova i pojedinaca da slobodno i odgovorno odlučuju o broju i razmaku, razlici u godinama i rađanju svoje dece i da imaju informacije i sredstva da to tako učine, kao i na pravu na najviši standard seksualnog i reproduktivnog zdravlja. (stav 95, Pekinška platforma za akciju)

Reproduktivna i seksualna zdravstvena zaštita uključujući informacije i usluge u vezi sa planiranjem porodice, prepoznata je ne samo kao ključna oblast u kojoj je potrebna intervencija radi unapređenja zdravlja muškaraca, žena i dece, već i kao ljudsko pravo. Svi pojedinci imaju pravo na pristup, izbor i korist od naučnog napretka prilikom odabira metoda za planiranje porodice. Ovo podrazumeva i osobe s invaliditetom, kao što je posebno napomenuto u Konvenciji o pravima osoba sa invaliditetom (članovi 23.1. i 25. (a)).<sup>1</sup> Pristup upotrebi kontraceptivnih sredstava zasnovan na ljudskim pravima podrazumeva holističko sagledavanje korisnika, koji uzima u obzir i njihove potrebe za zaštitom seksu-

alnog i reproduktivnog zdravlja, kao i razmatranje svih odgovarajućih kriterijuma podobnosti prilikom pružanja pomoći korisnicima da izaberu i koriste metod planiranja porodice.

Iako se ovaj dokument prvenstveno bavi kriterijumima medicinske podobnosti za upotrebu kontraceptivnih sredstava, moraju se uzeti u obzir i društveni kriterijumi, kriterijumi vezani za ponašanje korisnika i drugi nemedicinski kriterijumi, a posebno oni vezani za preference korisnika. Ponuditi kontraceptivne izbore korisnicima na način koji poštuje i ispunjava njihova ljudska prava podrazumeva da je neophodno omogućiti korisnicima da donose samostalne odluke zasnovane na informacijama. Međutim, ženama je izbor često nametnut ili ograničen posrednim ili neposrednim društvenim, ekonomskim i kulturološkim faktorima. Sa ženske tačke gledišta, o izboru se odlučuje u određenom vremenskom, društvenom i kulturološkom kontekstu; izbor je složen, sastoji se od više faktora i podložan je promenama. Donošenje odluka o kontraceptivnim metodama uglavnom podrazumeva potrebu za kompromisima između različitih metoda, jer prednosti i mane specifičnih kontraceptivnih sredstava variraju u zavisnosti od konkretnih okolnosti, opažanja i tumačenja.

Pružanje zdravstvene zaštite u skladu sa ljudskim i reproduktivnim pravima korisnika je od ključnog značaja za kvalitet zaštite. Razvoj međunarodnih standarda za kriterijume medicinske podobnosti i praktičnih preporuka za upotrebu kontraceptivnih sredstava predstavlja samo jedan vid unapređenja kvaliteta zaštite reproduktivnog zdravlja. Mnogi programi za planiranje porodice obuhvatili su skrining, lečenje i prateće procedure koje odražavaju visoke standarde javnog zdravlja i klinične prakse, ali na koje ne treba gledati kao na kriterijume podobnosti za specifične kontraceptivne metode. Ove procedure obuhvataju skrining i lečenje raka grlića materice, anemije i seksualno prenosivih infekcija (STI), kao i promovisanje dojenja i prestanka pušenja. Ovakve procedure treba snažno podsticati ukoliko postoje ljudski i materijalni resursi da se one sprovedu, ali one ne treba da budu preduslovi za prihvatanje i korišćenje metoda za planiranje porodice, onda kada nisu neophodne za utvrđivanje podobnosti upotrebe određenog metoda, ili nastavka njegove upotrebe.

## Kako kvalitet usluge i pristup uslugama utiču na upotrebu metoda

Dok se ovaj dokument mahom bavi kriterijumima medicinske podobnosti, postoje brojni drugi elementi koje je neophodno uzeti u obzir pri odgovarajućem prepisivanju kontraceptivnih sredstava, uključujući i sledeće kriterijume za pružanje usluga, koje su uni-

<sup>1</sup> Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom. Internet sajt Enable Ujedinjenih nacija o pravima i dostojanstvu osoba sa invaliditetom, 2007. (<http://www.un.org/disabilities/>, sajt pristupljeno 13. januara 2009.)

verzalno relevantne za početak korišćenja i kontinuiranu upotrebu svih kontraceptivnih metoda.

- a) Treba pružiti adekvatne informacije korisnicima, kako bi oni mogli da donesu svojevolsjne, na informacijama zasnovane odluke o izboru kontraceptivnog metoda. Informacije koje se pružaju korisnicima kako bi im pomogle u ovoj odluci treba da barem obuhvataju sledeće: razumevanje relativne delotvornosti metoda; pravilnu upotrebu metoda; kako metod radi; česta neželjena dejstva; rizike i prednosti metoda kada je reč o zdravlju; znake i simptome zbog kojih je neophodno obratiti se lekaru; informacije o ponovnom uspostavljanju fertiliteta nakon što se prestane s upotrebom metoda; i informacije o zaštiti od seksualno prenosivih infekcija. Informacije treba predstaviti jezikom koji korisnik lako može da razume, i u formatu koji je korisniku lako dostupan.
- b) Da bi metodi koji zahtevaju hirurški pristup, odnosno postavljanje, nameštanje ili uklanjanje od strane obučених zdravstvenih radnika (sterilizacija, implantati, intrauterini ulošci, dijafragme, cervikalne kape) mogli da se ponude korisnicima, na raspolaganju moraju biti odgovarajuće obučeni zdravstveni kadrovi u prikladno opremljenim i pristupačnim prostorijama u kojima se prate propisne procedure za sprečavanje infekcija.
- c) Moraju se održavati propisna i odgovarajuća oprema, kao i zalihе potrošnog materijala (na primer, materijal za kontraceptivna sredstva, oprema i potrošni materijal za sprečavanje infekcije).
- d) Pružiocima usluga treba dati smernice (ili kartone za korisnike ili druge instrumente za skrining) kako bi mogli da odgovarajuće pregledaju korisnike radi utvrđivanja stanja u kome bi određeni kontraceptivni metodi nosili neprihvatljive zdravstvene rizike.
- e) Pružiocima usluga moraju biti obučeni za davanje saveta o planiranju porodice, kako bi korisnicima pomogli da u vezi sa svojim fertilitetom donose svojevolsjne odluke zasnovane na informacijama. Savetovanje je ključni element kvaliteta zdravstvene zaštite. Takođe je deo i prve posete, kao i svih poseta koje će uslediti, i stoga ne treba samo da ispunjava potrebe klijenata kada je reč o kontracepciji, nego treba da se odnosi i na seksualnost i prevenciju seksualno prenosivih infekcija, uključujući i infekciju virusom humane imunodeficijencije (HIV-om).

## Delotvornost metoda

Izbor sredstva za kontracepciju delimično zavisi od delotvornosti metoda da spreči neplaniranu trudnoću, što opet u slučaju nekih metoda ne zavisi samo od zaštite koju pruža sam metod, već i od toga koliko se dosledno i pravilno on koristi.

Tabela 1 poredi procenat žena kojima se dogodila neplanirana trudnoća u toku prve godine upotrebe kontraceptivnog metoda kada je metod korišćen na idealan način (dosledno i pravilno), i kada je korišćen na tipičan način. Dosledna i pravilna upotreba može da u velikoj meri zavisi od karakteristika kao što su godine starosti, priroda, želja korisnika da spreče ili odgode trudnoću, i kultura. Metodi koji zavise od dosledne i pravilne upotrebe od strane klijenata imaju veliki raspon delotvornosti. Većina muškaraca i žena postaju delotvorniji korisnici kad steknu više iskustva s jednim metodom. Međutim, i programi mogu da imaju veliki uticaj na to koliko će se efikasno neki metod koristiti.

## Zdravstvena stanja koja izlažu ženu povećanom riziku u slučaju neželjene trudnoće

Ženama sa oboljenjima zbog kojih neželjena trudnoća može da predstavlja neprihvatljiv zdravstveni rizik treba savetovati da, zbog relativno visoke stope neuspeha pri tipičnoj upotrebi, isključiva upotreba barijernih metoda i onih koji zahtevaju angažovanje korisnika za njih ne bi bila najprikladniji izbor. Ova oboljenja su navedena u Tabeli 2.

## Ponovno uspostavljanje plodnosti

S izuzetkom sterilizacije muškaraca i žena, upotreba kontraceptivnih sredstava ne vodi ka nepovratnim promenama plodnosti. Ponovno uspostavljanje plodnosti je brzo kod svih metoda, osim kod injekcija depo medroksiprogesteron-acetata (DPMA) i noretisteron enantatom (NET-EN); prosečno vreme potrebno da bi se ponovo uspostavila plodnost kod ovih metoda je 10, odnosno 6 meseci od datuma poslednje injekcije, bez obzira na dužinu njihovog korišćenja. Sterilizacija muškaraca i žena treba da se smatra trajnim metodom, i u skladu s tim treba savetovati sve pojedince i parove koji razmišljaju o tome. Nijedan drugi metod ne dovodi do trajne neplodnosti.

## Seksualno prenosive infekcije i kontracepcija: dvojnа zaštita

Iako je razvoj međunarodnih standarda za upotrebu kontraceptivnih sredstava od ključnog značaja za kvalitet zaštite u zdravstvenim službama, takođe se mora uzeti u obzir društveni i kulturološki kontekst svakog korisnika, kao i njegovi obrasci ponašanja. U tom smislu, potrebno je posebno razmotriti problem izloženosti seksualno prenosivim infekcijama, uključujući i HIV, zbog toga što je jednako važno sprečiti i trudnoću i prenošenje infekcije. Kada postoji rizik od infekcije HIV-om/seksualno prenosivom infekcijom, važno je da zdravstveni radnici

izričito preporučuju dvojni zaštitu svim osobama koje su izložene značajnom riziku, bilo putem istovremene upotrebe kondoma i još jednog metoda, ili putem dosledne i pravilne upotrebe isključivo kondoma, kako bi se sprečile i trudnoća i bolest. Uvek je važno podsećati muškarce i žene koji traže savete za kontracepciju na

važnost upotrebe kondoma za sprečavanje seksualno prenosive infekcije ili HIV-a i korišćenje kondoma treba ohrabrivati i omogućavati tamo gde je to prikladno. Muški kondomi od lateksa su se pokazali kao veoma delotvorno sredstvo protiv seksualno prenosivih infekcija i HIV-a, kada se koriste dosledno i pravilno.

Tabela 1: Procenat žena kojima se dogodila neželjena trudnoća u toku prve godine tipične upotrebe i prve godine idealne upotrebe kontraceptivnih sredstava, kao i procenat žena koje su nastavile sa upotrebom po isteku prve godine, u Sjedinjenim Američkim Državama

Metod (1)	% žena koje su doživele neželjenu trudnoću u toku prve godine upotrebe		% žena koje su nastavile s upotrebom nakon prve godine <sup>3</sup>
	Tipična upotreba <sup>1</sup> (2)	Idealna upotreba <sup>2</sup> (3)	
Bez metoda <sup>4</sup>	85	85	(4)
Spermicidi <sup>5</sup>	29	18	42
Prekinut snošaj	27	4	43
Metodi određivanja plodnih dana	25		51
Metod standardnih dana <sup>6</sup>		5	
Metod dva dana <sup>6</sup>		4	
Metod ovulacije <sup>6</sup>		3	
Sunder			
Žene koje su rađale	32	20	46
Žene koje nisu rađale	16	9	57
Dijafragma <sup>7</sup>	16	6	57
Kondom <sup>8</sup>			
Ženski ( <i>Reality</i> )	21	5	49
Muški	15	2	53
Kombinovane tablete i tablete isključivo na bazi progestogena	8	0,3	68
<i>Evra</i> flaster	8	0,3	68
<i>NuvaRing</i>	8	0,3	68
<i>Depo-Provera</i>	3	0,3	56
Kombinovane injekcije ( <i>Lunelle</i> ) <sup>9</sup>	3	0,05	56
Intrauterini uložak			
<i>ParaGard</i> (Cooper T)	0,8	0,6	78
<i>Mirena</i> (LNG-IUS)	0,2	0,2	80
<i>Implanon</i>	0,05	0,05	84
Sterilizacija žena	0,5	0,5	100
Sterilizacija muškaraca	0,15	0,10	100

Hitna oralna kontracepcija: terapija započeta u roku od 72 sata nakon nezaštićenog snošaja smanjuje rizik od trudnoće za barem 75%.<sup>10</sup>

Metod laktacione amenoreje: LAM je izuzetno delotvoran, privremeni metod kontracepcije.<sup>11</sup>

Izvor: Dž. Trasel, *Efikasnost kontraceptivnih sredstava*, objavljeno u *Kontraceptivna tehnologija, devetnaesto dopunjeno izdanje*, autori R.A. Hačer, Dž. Trasel, A.L. Nelson, V. Kejts, F.H. Sjuart, D. Koval, izdavač NY: Ardent Media, Njujork 2007. (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.)

#### Napomene:

1. Procenat onih kojima se dogodi neželjena trudnoća među tipčnim parovima koji počnu s upotrebom nekog metoda (ne nužno prvi put), u toku prve godine korišćenja, ukoliko ne prestanu s upotrebom iz ma kog ra-

zloga. Procene za verovatnoću trudnoće u toku prve godine tipične upotrebe spremiticida, prekinutog snošaja, metoda određivanja plodnih dana, dijafragme, muškog kondoma, kontraceptivne tablete, i *Depo-Provera* sredstva preuzete su iz Nacionalne ankete o rastu porodice iz 1995. godine, koja je ispravljena u pogledu nedovoljnog prijavljivanja pobačaja. Pogledajte tekst u vezi s izvođenjem procena za druge metode.

2. Procenat onih kojima se dogodi neželjena trudnoća među parovima koji počnu s upotrebom nekog metoda (ne nužno prvi put) i koji ga koriste na idealan način (dosledno i pravilno), u toku prve godine korišćenja, ukoliko ne prestanu s upotrebom iz ma kog razloga. Pogledajte tekst u vezi s izvođenjem procena za svaki metod.
3. Procenat onih koji će nastaviti upotrebom tog metoda nakon godinu dana, među parovima koji žele da izbegnu trudnoću.
4. Procenat trudnoća iz kolona (2) i (3) je zasnovan na podacima o stanovništvu koje ne koristi kontraceptivna sredstva i ženama koje su prestale s upotrebom kontracepcije kako bi ostale u drugom stanju. Među takvim stnovništvom, oko 89% žena ostane u drugom stanju u roku od godinu dana. Ova procena je nešto smanjena (na 85%) kako bi predstavila procenat žena koje bi ostale u drugom stanju u roku od godinu dana među ženama koje se sad oslanjaju na reverzibilne metode kontracepcije, ukoliko bi u potpunosti prestale s kontracepcijom.
5. Pene, kreme, gelovi, vaginalne supozitorije i vaginalni film.
6. Metod ovulacije i metod dva dana su zasnovani na proceni cervikalnog sekreta. Metod standardnih dana podrazumeva izbegavanje snošaja od 8. do 19. dana ciklusa.
7. Sa spermicidnim kremom ili gelom.
8. Bez spermicida.
9. Izvor: Dž. Trasel, *Efikasnost kontraceptivnih sredstava*, objavljeno u *Kontraceptivna tehnologija, osamnaesto dopunjeno izdanje*, autori R.A. Hačer, Dž. Trasel, A.L. Nelson, V. Kejts, F.H. Sjuart, D. Koval, izdavač NY: Ardent Media, Njujork 2004.
10. Raspored terapije podrazumeva jednu dozu u roku od 120 sati nakon nezaštićenog snošaja, i drugu dozu 12 sati nakon prve doze. Obe doze tablete *Plan B* mogu da se uzmu istovremeno. *Plan B* (jedna doza je jedna bela tableta) je jedini proizvod koji je specifično lansiran na tržište kao sredstvo za hitnu kontracepciju. Američka Uprava za hranu i lekova (FDA – *Food and Drug Administration*) pored toga je proglasila još 22 robne marke oralnih kontraceptivnih sredstava za bezbedne i delotvorne u slučaju hitne kontracepcije: *Ogestrel* ili *Ovral* (jedna doza su dve bele tablete), *Levlen* ili *Nordette* (jedna doza su četiri svetlo narandžaste tablete), *Cryselle*, *Levora*, *Low-Ogestrel*, *Lo/Ovral*, ili *Quasence* (jedna doza su četiri bele tablete), *Tri-Levlen* ili *Triphasil* (jedna doza su četiri žute tablete), *Jolessa*, *Portia*, *Seasonale*, ili *Trivora* (jedna doza su četiri ružičaste tablete), *Seasonique* (jedna doza su četiri svetlo plavozelene tablete), *Empresse* (jedna doza su četiri naranžaste tablete), *Alesse*, *Lessina*, ili *Levlite*, (jedna doza je pet ružičastih tableta), *Aviane* (jedna doza je pet narandžastih tableta), i *Lutera* (jedna doza je pet belih tableta).
11. Međutim, kako bi se održala delotvorna zaštita od trudnoće, potrebno je početi s korišćenjem drugog metoda kontracepcije čim se menstruacija vrati, smanji se učestalost ili trajanje dojenja, uvede se hranjenje bebe iz flašice, ili dete navrší 6 meseci.

Tabela 2: Zdravstvena stanja koja ženu izlažu povećanom riziku u slučaju neželjene trudnoće

---

Karcinom dojke
Komplikovana oboljenja srčanih zalistaka
Dijabetes: insulin-zavisni; sa nefropatijom/retinopatijom/neuropatijom ili s drugim vaskularnim oboljenjem; ili ako traje duže od 20 godina
Karcinom materice ili jajnika
Povišeni krvni pritisak (sistolni > 160 mm Hg ili dijastolni > 100 mm Hg) <sup>1</sup>
HIV/AIDS
Ishemijsko oboljenje srca
Maligna gestacijska trofoblastna bolest
Maligni tumori jetre (hepatoma) i hepatocelularni karcinom jetre (HCA)
Shistosomijaza sa fibrozom jetre
Teška (dekompenzovana) ciroza
Anemija srpastih ćelija
Seksualno prenosiva infekcija <sup>2</sup>
Moždani udar
Sistemska lupus erythematosus (SLE)
Trombogena mutacije
Tuberkuloza

---

**Napomene:**

1. U ovom dokumentu, visina krvnog pritiska je izražena u mm Hg. Ako želite da mere prebacite u kPa, pomnožite ih sa 0,1333. Na primer, 120/80 mm Hg = 16,0/10,7 kPa.
2. Izričito se preporučuje dvojna zaštita u cilju zaštite od HIV-a/AIDS-a i drugih seksualno prenosivih infekcija onda kada postoji rizik od zaraze HIV-om ili nekom seksualno prenosivom infekcijom. Ovo se može postići istovremenom upotrebom kondoma i drugih metoda, ili doslednom i pravilnom upotrebom isključivo kondoma.

**Metod rada**

Ovaj dokument se oslanja na proces koji je započeo 1994. godine a vrhunac doživeo 1996. u objavljivanju dokumenta *Unapređenja pristupa kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti planiranju porodice: kriterijumi medicinske podobnosti za upotrebu kontraceptivnih sredstava*. U prvobitnom procesu, koji je pokrenut kako bi se postigao dogovor o odgovarajućim kriterijumima podobnosti za kontraceptivne metode u širokoj upotrebi, određeni broj agencija i organizacija je saradivao na detaljnom pregledu epidemioloških i kliničkih dokaza relevantnih za kriterijume medicinske podobnosti za dobro poznate kontraceptivne metode. Proces se ogledao u poređenju kriterijuma podobnosti koje su koristile različite agencije za raznovrsna kontraceptivna sredstva, pripremanju rezimea objavljene medicinske i epidemiološke literature koja je relevantna za kriterijume medicinske podobnosti, i izradi nacrtu klasifikacije koji je zatim pregledala veća grupa eksperata i agencija. SZO je organizovala dva ekspertska sastanka Radne grupe, marta 1994. i maja 1995., čiji je cilj bio da pregleda klasifikacije i uobliči preporuke; dokument je zatim objavljen 1996.

Prva revizija dokumenta iz 1996. zasnovana je na preporukama ekspertske Radne grupe održanog u prostorijama SZO od 8. do 10. marta 2000., koji je okupio 32 učesnika iz 17 zemalja, uključujući predstavnike mnogih agencija i organizacija. Radna grupa je pregledala nove dokaze, prikupljene u periodu od poslednjih sastanaka Radne grupe 1994. i 1995. godine. Ovi novi dokazi su prevashodno dobijeni na osnovu sistematskog pregleda najnovije literature, koji je izvršen kako bi se prepoznali i rezimirali novi dokazi za kriterijume medicinske podobnosti kontraceptivnih metoda.

Druga revizija ovog dokumenta zasnovana je na preporukama ekspertske Radne grupe održanog u prostorijama SZO od 21. do 24. oktobra 2003., koji je okupio 36 učesnika iz 18 zemalja, uključujući predstavnike mnogih agencija i organizacija. Radna grupa je obuhvatala međunarodne eksperte za planiranje porodice, uključujući kliničke lekare, epidemiologe, tvorce politika i rukovodioce programa. Radna grupa je takođe uključivala eksperte za prepo-

znavanje i sintezu dokaza, kao i korisnike smernica. Za ovo izdanje, formirana je Grupa za upravljanje smernicama.

Ovo četvrto izdanje dokumenta zasnovano je na preporukama ekspertske Radne grupe održanog u prostorijama SZO od 1. do 4. aprila 2008., koji je okupio 36 učesnika iz 18 zemalja, uključujući devetoro predstavnika agencija. Radna grupa se sastojala od međunarodnih eksperata za planiranje porodice, uključujući kliničke lekare, epidemiologe, tvorce politika i rukovodioce programa, zatim eksperata za prepoznavanje i sintezu dokaza, farmakoloških eksperata, i korisnika smernica. Od svih članova ekspertske Radne grupe je traženo da prijave neki sukob interesa; troje eksperata je prijavilo da se nalaze u sukobu interesa relevantnom za temu sastanka.<sup>2</sup> Od njih nije traženo da ne učestvuju u formulisanju preporuka.

Na kraju sastanka, ekspertska Radna grupa nije uspeła da postigne konsenzus o tome da li je bezbedno da žene u periodu dojenja, kada je proteklo manje od šest nedelja posle porođaja, koriste kontraceptivna sredstva isključivo na bazi progestogena, i Grupa je zaključila da je neophodno sakupiti još stručnog znanja pre nego što se revidiraju preporuke u vezi s ovim pitanjem. Stoga, na zahtev ekspertske Radne grupe, SZO je 22. oktobra 2008. organizovala tehničke konsultacije sa ciljem da se detaljno ispituju dokazi vezani za upotrebu hormonskih kontraceptivnih sredstava tokom dojenja i njihov uticaj na novorođenčete. Ekspertska Radna grupa dodelila je Grupi za upravljanje smernicama dužnost procene naučnih dokaza i izrade novih preporuka po potrebi. Konsultacija je okupila članove Grupe za upravljanje smernicama i četvoro istraživača koji su imali stručno znanje o posledicama steroidnih jedinjenja na organizam novorođenčeta, kao i o farmakologiji i metabolizmu hormona prisutnih u majčinom mleku. Od svih učesnika u konsultaciji je traženo da prijave neki sukob interesa; jedna učesni-

<sup>2</sup> Dr Glazije radi na klinici koja prima podršku za istraživanja od četiri kompanije koje proizvode različita kontraceptivna sredstva. Dr Seltón poseduje deonice u farmaceutske kompaniji koja proizvodi antiretrovirusne terapije. Dr Vajsberg prima sredstva za istraživanje kontracepcije od četiri proizvođača kontraceptivnih sredstava, član je savetodavnog odbora proizvođača vakcine protiv humanog papiloma virusa, i član je savetodavnog odbora za edukaciju o kontracepciji finansiranog od strane jednog proizvođača kontraceptivnih sredstava.

ca je prijavila da se nalazi u sukobu interesa relevantnom za temu konsultacija.<sup>3</sup> Od nje nije traženo da ne učestvuje u formulisanju preporuka.

U retkim prilikama, pojaviće se novi dokazi između sastanaka ekspertske Radne grupe, koji će zahtevati procenu i na osnovu kojih će se, možda, revidirati preporuke navedene u *Kriterijumima medicinske podobnosti za upotrebu kontraceptivnih sredstava*. U takvim slučajevima, Grupa za upravljanje smernicama ima zadatak da proceni takve dokaze i potvrdi postojeće smernice, ili ukoliko je to potrebno, izradi privremene smernice. Nakon sastanka ekspertske Radne grupe, SZO je postala svesna novih dokaza o riziku od venske tromboembolije (VTE) među ženama posle porođaja. Na zahtev Grupe za upravljanje smernicama, SZO je sazvala tehničke konsultacije 26. januara 2010. posredstvom telekonferencije, sa ciljem detaljnog pregleda dokaza objavljenih u ovoj oblasti. Telekonferencija je okupila članove Grupe za upravljanje smernicama i troje eksperata za VTE u postporođajnom periodu. Od svih učesnika u konsultacijama je traženo da prijave neki sukob interesa; dvoje učesnika je prijavilo da se nalazi u sukobu interesa relevantnom za temu konsultacija.<sup>4</sup> Od njih nije traženo da ne učestvuju u formulisanju preporuka.

## Prepoznavanje i sinteza dokaza

Uz pomoć sistema koji neprekidno prepoznaje nove dokaze (poznatog kao CIRE sistem – *Continuous Identification of Research Evidence*, odnosno Kontinuirano prepoznavanje dokaza u istraživanjima)<sup>5</sup> SZO je utvrdila za koje su preporuke iz trećeg izdanja *Kriterijuma medicinske podobnosti za upotrebu kontraceptivnih sredstava* na raspolaganju bili novi dokazi. Nakon toga, obavljena je sistematska procena s ciljem ocenjivanja celokupnog korpusa dokaza za te preporuke, kao i za još jedno medicinsko stanje koje je dodato preporukama: sistemski lupus erythematosus. Svrha ove sistematske procene je bila da prepozna neposredne dokaze za podobnost korišćenja kontraceptivnih sredstava od strane žena sa određenim zdravstvenim stanjima. Informacijama o posrednim dokazima ili teoretskim razmatranjima u vezi sa ovim preporukama se pribegavalo onda kada neposredni

dokazi nisu bili na raspolaganju, iako su traženi. Kako bi se obavila sistematska procena, započete su studije uz pomoć CIRE sistema, kao i pomoću pretrage internet portala *PubMed* i *The Cochrane Library*, od uspostavljanja baze podataka do januara 2008. Pretraga je takođe obuhvatila pregled literature za članke do kojih se došlo ovim putem, kao i kontakte sa ekspertima u ovoj oblasti. Snaga i kvalitet dokaza ocenjeni su uz pomoć sistema Radne grupe za preventivnu medicinu Sjedinjenih Američkih Država.<sup>6</sup>

Sistematski pregled materijala je dostavljen ekspertskoj Radnoj grupi pre sastanka, i poslužio je kao osnova za razmatranja Grupe u toku sastanka. Ocena dokaza je predavana Radnoj grupi prilikom razmatranja svake relevantne preporuke. Pitanje troškova je prevashodno razmatrano u svetlu dostupnosti i pristupa kontraceptivnim sredstvima, odnosno i kao mogući faktor ograničenja resursa. Radna grupa je takođe razmatrala programske implikacije preporuka. Preporuke se prevashodno tiču pitanja bezbedne upotrebe, a ova pitanja su razmatrana u svetlu njihove primenljivosti u različitim sredinama. Grupa je postigla konsenzus u vezi sa preporukama.

Za većinu preporuka (koje se odnose na kombinacije metoda i uslova), postoji ograničen broj studija koje se bave upotrebom specifičnog metoda od strane žene sa specifičnim zdravstvenim stanjem. Stoga se većina odluka u vezi sa kriterijumima podobnosti zasnovanim na dokazima nužno oslanjala na studije sa zdravim ženama, kao i na teoretska razmatranja i mišljenja eksperata. Dokazi su posebno bili malobrojni u slučaju novijih proizvoda, ili onih s ograničenom upotrebom. Ukupan korpus dokaza koje je razmatrala Radna grupa obuhvatao je sledeće:

- dokaze zasnovane na neposrednim proučavanjima ili posmatranjima upotrebe kontraceptivnih metoda od strane žena (ili muškaraca) s određenim zdravstvenim stanjem;
- dokaze izvedene iz upotrebe kontraceptivnih metoda od strane žena (ili muškaraca) koji nemaju to zdravstveno stanje;
- posredne dokaze ili teoretska razmatranja zasnovana na proučavanjima odgovarajućih životinjskih subjekata, studija s ljudima u laboratorijskim uslovima, ili kliničkim situacijama.

Tamo gde je Radna grupa vršila sistematski pregled dokaza koje treba razmotriti prilikom donošenja preporuka, dokazi su navedeni u ovom dokumentu pored same preporuke. Preporuke za koje nisu navedeni dokazi zasnovane su na ekspertskom mišljenju i/ili

3 Dr Glazije radi na klinici koja prima podršku za istraživanja od četiri kompanije koje proizvode različita kontraceptivna sredstva.

4 Dr Glazije radi na klinici koja prima podršku za istraživanja od četiri kompanije koje proizvode različita kontraceptivna sredstva. Dr Hanaford radi u akademskom centru koji prima finansijsku podršku od dve kompanije koje proizvode kontraceptivna sredstva.

5 A.P. Moladžić, K.M. Kertis, R.G. Flanagan, V. Rinhart, M.L. Gafild, H.B. Piterson Biti u toku s dokazima: novi sistem za smernice za planiranje porodice SZO, objavljeno u Američkom žurnalu za preventivnu medicinu 2005. 28:483-490

6 R.P. Haris, M. Hefland, S.H. Vulf, K.N. Lor, K.D. Malrou, S.M. Tojč i drugi: Trenutni metodi američke Radne grupe za preventivnu medicinu: pregled procesa objavljeno u Američkom žurnalu za preventivnu medicinu 2001. 20:21-35

dokazima koji ne potiču iz sistematskog pregleda, već iz drugih izvora. Kao što je navedeno u daljem tekstu, preko 1000 preporuka u ovom izdanju predstavljaju neizmenjene preporuke iz prvog izdanja. Dokazi za prvo izdanje predstavljeni su Radnim grupama iz 1994. i 1995. u vidu niza polaznih dokumenata koji su bili pripremljeni za projekat.

Treće izdanje je obuhvatilo 1705 preporuka. Ove preporuke su u širokoj upotrebi na globalnom nivou, i stoga je SZO odlučila da sve izmene moraju biti zasnovane na novim dokazima, osim ukoliko se ne javi preka potreba da se postupi drugačije. Grupa za upravljanje smernicama, koja se sastala 31. marta 2008., predložila je ekspertskoj Radnoj grupi da razmatra samo one preporuke iz trećeg izdanja za koje su se pojavili novi dokazi ili za koje postoje čvrsti razlozi. Radna grupa se složila s ovim predlogom 1. aprila 2008.

Radna grupa je imala zadatak da odredi kriterijum podobnosti za svako zdravstveno stanje i kontraceptivni metod, tako što će ga svrstati u kategoriju (od 1 do 4, kao što je opisano u tekstu koji sledi). Tamo gde je Radna grupa smatrala da su potrebne i smernice, pored oznake kategorije, smernice su date kao „Pojašnjenja.“ Tamo gde je Radna grupa razmatrala nove dokaze, rezime ovih dokaza je dat pod podnaslovom „Dokazi“, u koloni označenoj kao „Pojašnjenja/dokazi“. Pored pojašnjenja smernica i rezimea dokaza, za odabrane metoda/zdravstvena stanja, Sekretarijat SZO dao je i svoje komentare na kraju svakog odeljka.

Ekspertska Radna grupa je izradila 86 novih preporuka i revidirala 165 postojećih preporuka za četvrto izdanje *Kriterijuma medicinske podobnosti za upotrebu kontraceptivnih sredstava*. Na osnovu razmatranja Radne grupe, doneta je odluka da će četvrto izdanje *Kriterijuma medicinske podobnosti za upotrebu kontraceptivnih sredstava* obuhvatiti i oboljenje sistemski lupus erythematosus (SLE), kao i da će još 12 novih podtipova zdravstvenih stanja biti dodato zdravstvenim stanjima koja su već postojala u trećem izdanju. U pitanju je sledećih 12 podtipova: gojaznost i osobe mlađe od 18 godina; duboka venska tromboza/plućna embolija (DVT/PE) i kod pacijenata koji koriste antikoagulantnu terapiju; akutni virusni hepatitis ili egzacerbacija hroničnog virusnog hepatitisa; fokalna nodularna hiperplazija jetre; tri klase antiretrovirusne terapije (inhibitori nukleozidne reverzne transkriptaze [NRTIs], inhibitori nenukleozidne reverzne transkriptaze [NNRTIs], inhibitori proetaza pojačani retonavirom [PIs]; lamotrigin (antikonvulzant); i četiri klase antimikrobnih lekova (antibiotici širokog spektra, lekovi protiv gljivica, lekovi protiv parazita, i rifabutin sa rifampicinom).

Svi članovi Grupe za upravljanje smernicama i Radne grupe odobrili su svih 1870 preporuka na kraju sastanka 4. aprila 2008.

Na kraju sastanka, međutim, ekspertiska Radna grupa nije uspela da postigne konsenzus o tome da li je bezbedno da žene koje doje koriste kontraceptivna sredstva isključivo na bazi progestogena manje od šest nedelja nakon porođaja, i podvukla je potrebu da se potraži dodatna ekspertiza pre nego što se revidiraju preporuke vezane za ovo zdravstveno stanje. Stoga je 22. oktobra 2008. SZO sazvala tehničke konsultacije kako bi detaljno izvršila procena svih naučnih dokaza vezanih za ovu temu. Konsultacije su okupile članove Grupe za upravljanje smernicama i četvoro istraživača koji su posedovali stručno znanje u sledećim disciplinama: neonatologija, neurologija, neuronauka i pedijatrija. Na kraju konsultacija 22. oktobra 2008., postupajući u ime ekspertiske Radne grupe, Grupa za upravljanje smernicama je odlučila da trenutne preporuke za upotrebu kontraceptivnih sredstava na bazi progestogena za žene koje doje u toku prvih šest nedelja nakon porođaja treba da ostanu nepromenjene. Ove preporuke će preispitati ekspertiska Radna grupa u punom sastavu prilikom sledećeg sastanka.

Kroz napore da prati objavljivanje novih dokaza, kako bi se pobrinula da smernice objavljene u *Kriterijumima medicinske podobnosti za upotrebu kontraceptivnih sredstava* budu ažurirane i aktuelne, SZO je prepoznala nove dokaze vezane za rizik od venske tromboembolije (VTE) kod žena posle porođaja, što je ukazalo na potrebu da se ponovo procene preporuke za žene koje ne doje u toku prvih šest nedelja nakon porođaja. Pripremljena je sistematska procena ove teme, i poslata Grupi za upravljanje smernicama na mišljenje. Pored ovoga, pripremljen je i sistematski pregled materijala u vezi sa ponovnim uspostavljanjem plodnosti kod žena posle porođaja koje ne doje. U svetlu ovih dokaza, Grupa za upravljanje smernicama je zaključila da SZO treba da ponovo razmisli o svojim preporukama vezanim za upotrebu kombinovanih hormonskih kontraceptivnih sredstava u toku perioda posle porođaja, i zatražila da Sekretarijat SZO sazove tehničke konsultacije koje bi se pozabavile ovom temom. Stoga je SZO sazvala tehničke konsultacije 26. januara 2006. putem telekonferencije, a sa ciljem da se detaljno pregledaju raspoloživi naučni dokazi u ovoj oblasti. Postupajući u ime ekspertiske Radne grupe, Grupa za upravljanje smernicama je izdala privremene preporuke, proširivši broj preporuka vezanih za žene koje ne doje posle porođaja sa 8 na 20, u skladu sa ovim dokazima.

Ova preporuke, kao i dokaze koji su potkrepili njihovu izradu, pregledaće ekspertska Radna grupa u punom sastavu na svom sledećem sastanku.

Na kraju telekonferencije 26. januara 2010. Grupa za upravljanje smernicama je odobrila novih 20 preporuka.

## Kako koristiti ovaj dokument

Ovaj dokument je namenjen tvorcima politika, rukovodiocima programa za planiranje porodice i naučnoj zajednici. Ima za cilj da pruži uputstva za pripremu smernica za pružanje usluga vezanih za kontraceptivna sredstva, u okviru nacionalnih programa planiranja porodice i reproduktivnog zdravlja. Ne treba ga tumačiti ili koristiti kao da je reč o samim smernicama, nego više kao skup relevantnih informacija.

Uputstva izneta u ovom dokumentu treba tumačiti na nivou zemlje i programa, na način koji odražava raznovrsnost situacija i životnih uslova u kojima se koriste kontraceptivna sredstva. Iako je malo verovatno da će se klasifikacija kategorija data u ovom dokumentu promeniti tokom ovog procesa, postoji velika verovatnoća da će primena ovih kategorija varirati u zavisnosti od zemlje. Posebno je potrebno uzeti u obzir nivo kliničkog znanja i iskustva različitih vrsta pružalaca usluga, kao i raspoložive resurse na mestu na kome se usluge pružaju.

## Kako koristiti tabele

Radna grupa se bavila medicinskim kriterijumima za početak i nastavak upotrebe svih kontraceptivnih metoda koji su bili predmet procene. Pitanje kriterijuma za nastavak upotrebe je klinički relevantan kad god se ženi promeni zdravstveno stanje dok je koristila određeni metod. Kad god je Radna grupa zaključila da su kategorije za početak i nastavak upotrebe različite, te razlike su označene u kolonama 'I = početak (od *initiation*)' i 'C = nastavak (od *continuation*)'. Kada I i C nisu naznačene, to znači da je kategorija ista za početak i nastavak upotrebe.

Na osnovu ovog sistema klasifikacije, kriterijum podobnosti za početak i nastavak upotrebe određenog kontraceptivnog metoda u ovom dokumentu predstavljen je u obliku niza tabela. Kao što se vidi u tekstu koji sledi, u prvoj koloni se navodi zdravstveno stanje. Ta kolona je podeljena u skladu sa nekoliko uslova, kako bi se podvukla razlika između različitih stepena izraženosti dotičnog zdravstvenog stanja. Druga kolona klasifikuje uslove za početak i/ili nastavak upotrebe kontraceptivnog sredstva, u skladu sa četiri kategorije opisane u narednom odeljku. Ukoliko je potrebno,

treća kolona navodi pojašnjenja ili dokaze u vezi sa klasifikacijom, kao što je opisano u gornjem odeljku.

Na kraju dokumenta nalazi se se tabela s rezimeom koja obuhvata kriterijume medicinske podobnosti za hormonske metode i intrauterine uloške prikazane prema zdravstvenim stanjima. Na kraju ovog odeljka, nalazi se rezime zdravstvenih stanja ili kategorija koji su revidirani ovom izdanju.

## Klasifikacija kategorija

Kriterijumi medicinske podobnosti u ovom dokumentu zasnovani su na gore opisanom metodi rada, i imaju za cilj da garantuju odgovarajuću marginu bezbednosti.

Svako zdravstveno stanje definisano je tako da ili predstavlja ličnu odliku pojedinca (npr. godine starosti, istorijat trudnoće) ili poznato postojeće medicinsko/patološko stanje (npr. dijabetes, povišeni krvni pritisak). Očekuje se da će nacionalne zdravstvene institucije i pružaoci usluga doneti odluku o tome koji su najprimereniji načini za određivanje zdravstvenih stanja, u skladu sa svojim politikama javnog zdravlja. Najčešće je najprikladniji način zdravstveni istorijat korisnika. Pružaocima usluga za planiranje porodice preporučuje se da se konsultuju sa ekspertima za određena zdravstvena stanja.

Uslovi koji utiču na podobnost korišćenja svakog kontraceptivnog metoda razvrstani su u jednu od sledećih kategorija.

## Korišćenje kategorija u praksi

Kategorije 1 i 4 su jasne same po sebi. Ako su metod/zdravstveno stanje svrstani u Kategoriju 2, to znači da se taj metod generalno može koristiti, ali može biti potrebno i pažljivo praćenje situacije. Međutim, prepisivanje kontraceptivnog metoda ženi čije je zdravstveno stanje klasifikovano kao Kategorija 3 zahteva pažljivo kliničko procenjivanje i pristup kliničkim uslugama; za takvu ženu, treba uzeti u obzir ozbiljnost zdravstvenog stanja i pristupačenost, praktičnost i prihvatljivost alternativnih metoda. Ako su metod/zdravstveno stanje svrstani u Kategoriju 3, to znači da se upotreba tog metoda generalno ne preporučuje, osim ako prikladniji metodi nisu nedostupni ili neprihvatljivi. Biće potrebno i pažljivo praćenje situacije.

Kada su resursi za kliničko procenjivanje ograničeni, kao u slučaju usluga koje se pružaju u okviru zajednice, radni okvir za klasifikaciju u četiri kategorije može da se pojednostavi u dve kategorije. S takvim pojednostavlivanjem, klasifikacija u Kategoriji 3 znači da nije medicinski podobno za ženu da koristi određeni metod.



VRSTA KONTRACEPTIVNOG SREDSTVA		
ZDRAVSTVENO STANJE	KATEGORIJA I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe	POJAŠNENJA/ DOKAZI
ZDRAVSTVENO STANJE	Stanje klasifikovano od 1 do 4  Kategorije za metode vezane za svest o plodnosti i hiruršku sterilizaciju date su na početku relevantnog odeljka.	Pojašnjenja i dokazi koji se odnose na pojašnjenja

NA – nije dostupno – označava zdravstveno stanje za koje Radna grupa nije dala kategoriju, ali za koje jesu pružena pojašnjenja.

1	Za ovo zdravstveno stanje ne postoje prepreke za upotrebu ovog kontraceptivnog sredstva
2	Za ovo zdravstveno stanje, prednosti korišćenja ovog kontraceptivnog sredstva su generalno veće od teoretskih ili dokazanih rizika
3	Za ovo zdravstveno stanje, teoretski ili dokazani rizici su najčešće veći od prednosti korišćenja ovog kontraceptivnog sredstva
4	Za ovo zdravstveno stanje, upotreba ovog kontraceptivnog metoda predstavlja neprihvatljiv zdravstveni rizik

KATEGORIJA	S KLINIČKIM PROCENJIVANJEM	S OGRANIČENIM KLINIČKIM PROCENJIVANJEM
1	Koristiti metod pod bilo kakvim okolnostima	<b>Da</b> (Koristiti metod)
2	Koristiti metod uglavnom	
3	Korišćenje metoda se ne preporučuje, osim ukoliko prikladniji metodi nisu nedostupni ili neprihvatljivi	<b>Ne</b> (Ne koristiti metod)
4	Metod se ne sme koristiti	

## Uticaj na programe

Treba se pozabaviti sledećim programskim pitanjima:

- izbor zasnovan na informacijama
- elementi kvalitete zdravstvene zaštite
- osnovne skrining procedure za prepisivanje metoda
- obuka i razvijanje veština pružalaca usluga
- upućivanje i praćenje upotrebe kontraceptivnih sredstava, po potrebi.

Prilikom primene kriterijuma podobnosti u progama, trebalo bi razlikovati prakse pružanja usluga koje su ključne za bezbednu upotrebu kontraceptivnih sredstava od praksi koje mogu biti prikladne za dobru zdravstvenu zaštitu, ali nisu povezane s upotrebom tog metoda. Promovisanje dobrih zdravstvenih praksi nezvanih za bezbedno korišćenje kontracepcije ne treba da bude ni preduslov ni prepreka za prepisivanje kontraceptivnog metoda, već nešto što nadopunjuje sam metod.

Kao naredni korak, preporuke o kriterijumima podobnosti treba razmotriti u svetlu okolnosti u specifičnoj

zemlji, kako bi bile primenjive za pružaoce usluga na svim nivoima sistema. Zemlje će morati da odrede do koje mere i na koji način će moći da prošire svoje usluge i na periferne nivoe. Ovo podrazumeva ulaganje u podizanje kapaciteta i osoblja i prostorija, tamo gde je to izvodljivo i moguće, ili pak zahteva da određene kategorije zdravstvenih radnika steknu nove veštine, odnosno skromne dodatke u vidu opreme i zaliha, i preraspodelu prostora. Takođe će biti neophodno pozabaviti se pitanjem zabluda koje pružaoци usluga i korisnici imaju u vezi sa rizicima i neželjenim efektima upotrebe kontraceptivnih metoda, kao i pažljivo sagledati potrebe i perspektive žena i muškaraca u kontekstu donošenja odluka na osnovu informacija.

## Uvođenje smernica u nacionalne programe

Prilikom uvođenja ovih smernica za kriterijume medicinske podobnosti upotrebe kontraceptivnih sredstava u programe seksualnog i reproduktivnog zdravlja, važno je imati u vidu da ovaj materijal nije samo dokument koji treba podeliti unaokolo, već da predstavlja zdravstvene prakse koje se moraju uvesti

među pružaoce usluga posredstvom dobro planiranog procesa adaptacije i sprovođenja.

Uputstva za zemlje na temu uvođenja smernica za seksualno i reproduktivno zdravlje, uključujući i kriterijume medicinske podobnosti za upotrebu kontraceptivnih sredstava, mogu se naći u dokumentu pod nazivom *Uvođenje smernica i instrumenata SZO za seksualno i reproduktivno zdravlje u nacionalne programe*. Ovaj dokument je namenjen tvorcima politika, rukovodiocima programa, i dugim zdravstvenim profesionalcima koji započinju proces uvođenja praksi zasnovanih na dokazima u njihove nacionalne ili lokalne programe o seksualnom i reproduktivnom zdravlju. Ovaj dokument preporučuje šest sveobuhvatnih načela za delotvornu adaptaciju i sprovođenje smernica SZO za seksualno i reproduktivno zdravlje u okviru nacionalnog programa. Reč je o sledećim načelima: izgraditi konsenzus; nadograditi ono što već postoji; prepoznati moguće preporuke ili faktore koji će olakšati rad; pobrinuti se da je adaptacija zasnovana na dokazima; planirati proširenja programa od početka; i sprovođiti niz intervencija čiji će cilj biti da se promeni praksa među pružaoce usluga.

U cilju uvođenja *Kriterijuma medicinske podobnosti za upotrebu kontraceptivnih sredstava*, SZO predlaže zemljama ili lokalnim vlastima da prate proces od šest koraka. U pitanju su sledeći koraci: planirati zagovaranje; uraditi analizu situacije; prilagoditi smernice tako da odgovaraju potrebama, okolnostima i kontekstu u zemlji; osmisliti strategiju sprovođenja; izvršiti pilot testiranje evaluacije; i na kraju, zagovarati program i proširiti ga. Ovaj proces može da varira u zavisnosti od toga da li se smernice uvode po prvi put, ili se koriste kako bi se unapredile postojeće smernice za pružanje usluga. Tokom ovih koraka, SZO naglašava da je važno da proces uvođenja smernica bude otvoren za saradnju i participativan, kako bi se negovalo vlasništvo i razmena iskustva između tvoraca politika, profesionalnih tela i drugih nacionalnih eksperata.

## Korisnici s posebnim potrebama

### *Osobe s invaliditetom*

Kriterijumi medicinske podobnosti se bave upotrebom kontraceptivnih sredstava od strane osoba sa specifičnim medicinskim stanjima. Pored toga, prepisivanje kontraceptivnih sredstava osobama s invaliditetom može da zahteva dalja razmatranja. Odluke o prikladnim kontraceptivnim sredstvima moraju uzeti u obzir prirodu invaliditeta i prirodu metoda, kao i želje koje je izrazio pojedinac. Na primer, neki barijerni metodi mogu da budu teški za upotrebu osobama čija je pokretljivost ruku ograničena; kombinovana oralna

kontracepcija možda nije najpoželjniji metod za žene koje imaju problema s cirkulacijom ili nepokretne ekstremitete, čak i u odsustvu poznatih trombogenih mutacija, zbog mogućeg povećanog rizika od DVT; a drugi metodi su više prikladni za osobe sa intelektualnim ili mentalnim zdravstvenim smetnjama, kojima je teško da se sete da svakodnevno uzimaju lek. Za žene koje imaju teškoća s održavanjem higijene tokom menstruacije, takođe treba uzeti u obzir uticaj kontraceptivnog metoda na menstruacioni ciklus.

Odluke moraju proisticati iz izbora zasnovanih na informacijama, nakon odgovarajućeg seksualnog obrazovanja. U slučaju kada priroda invaliditeta ne dopušta nezavistan izbor zasnovan na informacijama, kontraceptivna sredstva preba prepisati tek nakon uključivanja trećih lica u proces donošenja odluka, koji će obuhvatiti samog korisnika ali i relevantne osobe kao što su lični ombudsman, pružaoce podrške ili staratelji. U svakoj odluci te vrste moraju se podržati reproduktivna prava korisnika. Posebno je važno postarati se da se odluke o sterilizaciji osoba s invaliditetom donose na etički način.

### *Adolescenti*

Uopšteno gledano, adolescenti mogu da koriste bilo koji metod kontracepcije i moraju imati pristup raznovrsnim kontraceptivnim sredstvima. Sam uzrast ne predstavlja medicinski razlog da se određeni metod uskrati adolescentima. Iako je izneta zabrinutost u vezi sa upotrebom određenih kontraceptivnih metoda od strane adolescenata (npr. upotreba injekcija isključivo na bazi progestogena od strane lica mlađih od 18 godina), ova zabrinutost se mora sagledati u svetlu prednosti izbegavanja trudnoće. Očigledno je da se mnogi identični kriterijumi podobnosti koji se odnose na starije isto tako primenjuju i na mlade ljude. Međutim, neka zdravstvena stanja (npr. kardiovaskularna oboljenja) koja mogu da ograniče upotrebu nekih metoda kod starijih žena najčešće ne pogađaju mlade ljude, pošto su ova zdravstvena stanja retka u ovoj starosnoj grupi. Važno je uzeti u obzir društveni aspekt i pitanja koja se tiču ponašanja prilikom izbora kontraceptivnih sredstava koja će koristiti adolescenti. Na primer, u nekim sredinama, adolescenti su izloženi većem riziku od seksualno prenosivih infekcija, uključujući i HIV. Dok se adolescenti mogu opredeliti da koriste bilo koje od kontraceptivnih sredstava koja su na raspolaganju u njihovim zajednicama, u nekim slučajevima, korišćenje metoda koji ne zahtevaju svakodnevno angažovanje može biti prikladnije. Adolescenti, bilo da su u braku ili ne, takođe su ispoljili manji stepen tolerancije na neželjene efekte, te stoga imaju visoku stopu prekida upotrebe. Izbor metoda takođe može biti pod uticajem faktora kao što su sporadična upuštanja u seksualne odnose, i potreba da se sakriju seksualna aktivnost i upotreba kontraceptivnih

sredstava. Na primer, seksualno aktivni adolescenti koji nisu u braku imaju veoma različite potrebe od onih koji jesu u braku i žele da odlože ili ograniče trudnoću, ili naprave razmak između dve trudnoće. Povećanje broja metoda koji se nude kao izbor može da vodi ka većem stepenu zadovoljstva, većoj prihvaćenosti i većoj zastupljenosti upotrebe kontraceptivnih sredstava. Odgovarajuća edukacija i savetovanje kako pre tako i za vreme odabira metoda može da pomogne adolescentima da se pozabave specifičnim problemima i donesu svojevolsne odluke zasnovane na informacijama. Treba uložiti svaki napor kako bi se sprečilo da troškovi usluga i metoda ograniče broj opcija na raspolaganju.

## Rezime promena u odnosu na treće izdanje

Rezime promena u klasifikacijama ili većih izmena zdravstvenih stanja u odnosu na treće izdanje dat je u Tabeli 3.

Očekuje se da će preporuke iz četvrtog izdanja *Kriterijuma medicinske podobnosti za upotrebu kontraceptivnih sredstava* ostati validne do 2012. godine. Odeljenje za reproduktivno zdravlje i istraživanje pri sedištu SZO u Ženevi će u tom trenutku biti zaduženo za pokretanje procesa za revidiranje smernica.

Tabela 3: Rezime promena odnosu na treće izdanje *Kriterijuma medicinske podobnosti za upotrebu kontraceptivnih sredstava* (zdravstvena stanja kod kojih je došlo do promene klasifikacije za jedan ili više metoda ili do većih izmena u opisu zdravstvenog stanja. Promene klasifikacije su naznačene masnim slovima).

ZDRAVSTVENO STANJE	COC/ P/R	CIC	POP	DMPA NET-EN	LNG/ETG implanti	Cu-IUD	LNG-IUD
I = početak upotrebe, C = nastavak upotrebe, BF = dojenje							
<b>POSLE POROĐAJA</b> (žene koje ne doje)							
<b>a) &lt; 21 dan</b>							
(i) bez drugih rizičnih faktora za VTE	3†	3†					
(ii) sa drugim rizičnim faktorima za VTE	3/4†	3/4†					
<b>b) ≥ 21 do 42 dana</b>							
(i) bez drugih rizičnih faktora za VTE	2†	2†					
(ii) sa drugim rizičnim faktorima za VTE	2/3†	2/3†					
<b>c) &gt; 42 dana</b>	1	1					
<b>POSLE POROĐAJA</b> (žene koje doje i koje ne doje, uključujući i one koje su imale carski rez)							
<b>a) &lt; 48 časova uključujući inserciju odmah nakon izbacivanja posteljice</b>						1	1= bez BF 3=BF
<b>b) ≥ 48 časova do &lt; 4 nedelje</b>						3	3
<b>c) ≥ 4 nedelje</b>						1	1
<b>d) Puerperalna sepsa</b>						4	4
<b>GOJAZNOST</b>							
<b>a) indeks telesne mase ≥ 30 kg/m<sup>2</sup> (BMI)</b>	2	2	1	1	1	1	1
<b>b) od prve menstruacije do 18. godine i indeks telesne mase ≥ 30 kg/m<sup>2</sup> (BMI)</b>	2	2	1	DMPA=2 NET-EN=1†	1	1	1
<b>DUBOKA VENSKA TROMBOZA (DVT)/ PLUĆNA EMBOLIJA (PE)</b>							
<b>a) istorijat DVT/PE</b>							
<b>b) akutna DVT/PE</b>							
<b>c) DVT/PE i osobe na antikoagulantnoj terapiji</b>							
<b>d) porodični istorijat oboljenja (prvo koleno)</b>							
<b>e) veće hirurške intervencije</b>							
(i) s dužim periodom nepokretnosti							
(ii) bez dužeg perioda nepokretnosti							
<b>f) manje hirurške intervencije bez perioda nepokretnosti</b>							

† Molimo pogledajte poglavlje o relevantnom metodu radi pojašnjenja ove klasifikacije.

ZDRAVSTVENO STANJE	COC/P/R		CIC		POP	DMPA NET-EN		LNG/ETG implanti		Cu-IUD		LNG-IUD	
I = početak upotrebe, C = nastavak upotrebe, BF = dojenje													
<b>SISTEMSKI LUPUS ERYTHEMATOSUS (SLE)</b>						I	C			I	C		
Osobe obolele od SLE izložene su većem riziku od ishemijskih bolesti srca, moždanih udara i venske tromboembolije. Kategorije do- deljene ovim zdravstvenim stanjima u okviru smernica treba da budu iste za žene sa SLE koje imaju ova oboljenja. Za sve kategorije SLE, klasifikacija je zasnovana na pretpostavci da nisu prisutni nikakvi drugi kardiovaskularni rizici. Ukoliko su takvi faktori rizika ipak prisutni, ove klasifikacije se moraju izmeniti.													
<b>a) pozitivna (ili nepoznata) antifosfolipidna antitela</b>	4		4		3	3	3	3	3	1	1	3	
<b>b) teška trombocitopenija</b>	2		2		2	2	2	2	2	3†	2†	2†	
<b>c) imunosupresivna terapija</b>	2		2		2	2	2	2	2	2	1	2	
<b>d) ništa od navedenog</b>	2		2		2	2	2	2	2	1	1	2	
<b>GESTACIJSKA TROFOBLASTNA BOLEST</b>													
<b>a) umanjeni ili neprimetni nivoi β-hCG (humani horionski gonadotropin)</b>	1		1		1		1		1	3		3	
<b>b) konstantno povišeni nivoi β-hCG ili mali- gna oboljenja</b>	1		1		1		1		1	4		4	
<b>VIRUSNI HEPATITIS</b>													
	I	C	I	C									
a) akutni ili egzacerbacija hroničnog	3/4†	2	3	2	1		1		1	1		1	
b) prenosilac	1	1	2	1	1		1		1	1		1	
c) hronični	1	1	1	1	1		1		1	1		1	
<b>CIROZA</b>													
a) blaga (kompenzovana)	1		1		1		1		1	1		1	
b) teška (dekompenzovana)	4		3		3		3		3	1		3	
<b>TUMOR JETRE</b>													
<b>a) benigni</b>													
(i) fokalna nodularna hiperplazija	2		2		2		2		2	1		2	
(ii) hepatocelularni adenom	4		3		3		3		3	1		3	
b) maligni (hepatoma)	4		3/4		3		3		3	1		3	
<b>ANTIRETROVIRUSNA TERAPIJA</b>													
<b>a) inhibitori nukleozidne reverzne tran- skriptaze</b>	1†		1		1		DMPA=1 NET-EN=1		1	2/3†	2†	2/3†	2†
<b>b) inhibitori nenukleozidne reverzne tran- skriptaze</b>	2†		2†		2†		DMPA=1 NET-EN=2†		2†	2/3†	2†	2/3†	2†
<b>c) inhibitori proetaza pojačani retonavirom</b>	3†		3†		3†		DMPA=1 NET-EN=2†		2†	2/3†	2†	2/3†	2†
<b>ANTIKONVULZIVNA TERAPIJA</b>													
a) određeni antikonvulzanti (fenitoin, karba- mazepin, barbiturati, pirimidon, topiramata, okskarbazepin)	3†		2		3†		DMPA=1 NET-EN=2†		2†	1		1	
<b>b) lamotrigin</b>	3†		3		1		1		1	1		1	
<b>ANTIMIKROBNA TERAPIJA</b>													
a) antibiotici širokog spektra	1		1		1		1		1	1		1	
<b>b) fungicidi</b>	1		1		1		1		1	1		1	
<b>c) antiparazitici</b>	1		1		1		1		1	1		1	
d) terapija rifampicinom ili rifabutinom	3†		2		3†		DMPA=1 NET-EN=2†		2†	1		1	

† Molimo pogledajte poglavlje o relevantnom metodu radi pojašnjenja ove klasifikacije.

## KOMBINOVANA ORALNA KONTRACEPTIVNA SREDSTVA (COC)

Niskodozna kombinovana oralna kontraceptivna sredstva (COC)  $\leq 35 \mu\text{g}$  etinilestradiola.

## KOMBINOVANA INJEKCIJONA KONTRACEPTIVNA SREDSTVA (CIC)

Kombinovana injekciona kontraceptivna sredstva (CIC) pružaju otpuštanje prirodnog estrogena uz dodatak nekog progestogena, i deluju tako što inhibiraju ovulaciju. (1-5) Ovde se razmatraju dve CIC formule, od kojih se obe primaju na svake četiri nedelje:

- 1) *Cyclofem* = medroksiprogesteron acetat 25 mg plus estradiol cipionat 5 mg
- 2) *Mesigyna* = noretisteron enantat 50 mg plus estradiol valerat 5 mg

CIC sadrže estrogen koji se nalazi u prirodi, estradiol. Estradiol je manje jak, ima kraće vreme dejstva i brže se metaboliše nego sintetski estrogeni koji se koriste u drugim kontracepcijskim formulama kao što su kombinovana oralna kontraceptivna sredstva (COC), kombinovani kontraceptivni flaster (P) i kombinovani kontraceptivni prsten (R). Ove razlike nagoveštavaju da vrsta i snaga neželjenih efekata vezanih za estrogen koje se dovode u vezu sa CIC mogu da budu drugačije od onih koje su iskusili korisnici COC/P/R. Zapravo, kratkoročne studije CIC su pokazale slabo dejstvo na krvni pritisak, hemostazu i koagulaciju, metabolizam lipida i funkciju jetre, u poređenju sa COC (6-8). S obzirom da se CIC uzimaju injekcijom, izbegava se metabolisanje materija pri prvom prolasku kroz jetru pre nego sto uđu u generalni krvotok, čime se dejstvo estradiola na jetru svodi na najmanju meru.

Međutim, CIC predstavljaju relativno nov metod kontracepcije, i postoji malo epidemioloških podataka o njihovom dugoročnom dejstvu. Postoji jedino zabrinutost da, dok se dejstvo izlaganja hormonima povezano s upotrebom COC i tableta isključivo na bazi progestogena (POP) može odmah smanjiti tako što se prestane s uzimanjem ovih sredstava, to nije slučaj s sredstvima za ubrizgavanje, čije dejstvo traje još neko vreme nakon poslednje injekcije.

U iščekivanju daljih dokaza, Radna grupa je zaključila da se dokazi koji su na raspolaganju za COC odnose i na CIC u mnogim, ali ne svim aspektima. Stoga je Radna grupa odredile kategorije za CIC tako da su negde između kategorija za COC i POP. Međutim, za ozbiljna

patološka stanja (npr. ishemijsko oboljenje srca), klasifikacija zdravstvenih stanja je ista kao za COC. Kategorije koje su određene, stoga, treba smatrati kao preliminarnu, najbolju procenu, koja će biti preispitana kada novi podaci budu dostupni.

## KOMBINOVANI KONTRACEPTIVNI FLASTER (P) I KOMBINOVANI KONTRACEPTIVNI VAGINALNI PRSTEN (R)

Kombinovani kontraceptivni flaster i vaginalni prsten predstavljaju relativno nove kontraceptivne metode. Na raspolaganju su malobrojne informacije o bezbednosti korišćenja ovih metoda od strane žena sa specifičnim medicinskim stanjima. Štaviše, Radnoj grupi nisu bili dostupni epidemiološki podaci o dugoročnom dejstvu kombinovanog kontraceptivnog flastera ili vaginalnog prstena radi procene. Većina studija koje su bile na raspolaganju bila je finansirana od proizvođača ovih metoda.

Prema raspoloživim dokazima, kombinovani kontraceptivni flaster pruža sličan nivo bezbednosti i ima farmakokinetički profil nalik na COC, sa sličnim hormonskim formulama (9-26). Korisnice kombinovanog kontraceptivnog flastera prijavile su u nešto većoj meri prolaznu, kratkoročnu nelagodnost u grudima i reakcije na koži gde je flaster bio zalepljen; međutim, ovo je iskusilo manje od 25% korisnica. (11;15;16;22- 24;27) Malobrojni dokazi ukazuju na to da delotvornost flastera može biti manja kod žena koje su teže od 90 kg. (24;26)

Prema raspoloživim dokazima, kombinovani kontraceptivni vaginalni prsten pruža sličan nivo bezbednosti i ima farmakokinetički profil nalik na COC, i ima slično dejstvo na funkcije jajnika sa sličnim hormonskim formulama, kada je reč o zdravim ženama. (27-41) Dokazi za gojazne žene (BMI  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) utvrdili su da nema razlike između korisnica vaginalnog prstena i korisnica COC kada je u pitanju dobijanje na težini za žene u ovoj kategoriji. (42) Malobrojni dokazi za žene koje su imale farmakološki ili hirurški pobačaj nisu otkrili ni ozbiljna štetna dejstva, niti infekcije vezane za upotrebu prstena, tokom tri ciklusa nakon pobačaja (43), a malobrojni dokazi za žene sa slabo izraženim skvamoznim intraepitelnim lezijama utvrdili su da vaginalni prsten nije pogoršao njihovo stanje. (30)

U iščekivanju daljih dokaza, Radna grupa je zaključila da se dokazi koji su na raspolaganju za COC odnose i na kontraceptivni flaster i vaginalni prsten. Zato flaster i prsten treba da imaju iste kategorije kao COC. Kategorije koje su određene, stoga, treba smatrati kao preliminarnu, najbolju procenu, koja će biti preispitana kada novi podaci budu dostupni.

## KOMBINOVANA HORMONSKA KONTRACEPTIVNA SREDSTVA (CHC)

COC, P, R i CIC ne štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.

ZDRAVSTVENO STANJE	KATEGORIJA				POJAŠNENJA/ DOKAZI
	I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe				
	COC	P	R	CIC	
<p><b>COC</b> = kombinovana oralna kontraceptivna sredstva    <b>P</b> = kombinovani kontraceptivni flaster  <b>R</b> = kombinovani kontraceptivni vaginalni prsten    <b>CIC</b> = kombinovani injekcioni kontraceptivi</p>					
<b>LIČNE ODLIKE I REPRODUKTIVNI ISTORIJAT</b>					
<b>TRUDNOĆA</b>	NA	NA	NA	NA	<p>NA = nije primeljivo</p> <p><b>Pojašnjenje:</b> Upotreba COC, P, R i CIC nije neophodna. Nisu dokumentovane štetne posledice po ženu i tok njene trudnoće ili po fetus ukoliko se COC, P, R ili CIC slučajno upotrebe u toku trudnoće.</p>
<p><b>GODINE STAROSTI*</b></p> <p>a) od prve menstruacije do 40. godine</p> <p>b) <math>\geq</math> 40 godina</p>	1 2	1 2	1 2	1 2	<p><b>Dokazi:</b> Adolescenti koji koriste COC koji sadrže 20 <math>\mu</math>g etinilestradiola imaju nižu mineralnu koštanu gustinu (BMD) u poređenju s onima koji ih ne koriste, dok COC sa većom dozom etinilestradiola ostvaruju slabe ili nikakve efekte (44-51) Kod odraslih žena pre menopauze, upotreba kombinovanih oralnih kontraceptivnih sredstava ostavlja slabe ili nikakve posledice po zdravlje kostiju, dok se čini da čuva koštanu masu u perimenopauzi. (35;52-100) Žene posle menopauze koje su koristile COC imaju sličnu BMD kao žene koje nikad nisu koristile COC (64;68;78;91;101-120). BMD adolescentkinja i žena pre menopauze ne predviđa tačno rizik od fraktura nakon menopauze.(119;121-132)</p>
<p><b>PARITET</b></p> <p>a) Žene koje su rađale</p> <p>b) Žene koje nisu rađale</p>	1 1	1 1	1 1	1 1	
<p><b>DOJENJE</b></p> <p>a) &lt; 6 nedelja posle porođaja</p> <p>b) <math>\geq</math> 6 nedelja do &lt; 6 meseci posle porođaja (primarno dojenje)</p> <p>c) <math>\geq</math> 6 meseci posle porođaja</p>	4 3 2	4 3 2	4 3 2	4 3 2	<p><b>Dokazi:</b> Kliničke studije su pokazale kontradiktorne rezultate u vezi s količinom mleka kod žena koje su bile izložene COC za vreme dojenja; međutim, nisu prijavljeni nikakvi konzistentni efekti na težinu deteta.(133-142) Štetne zdravstvene posledice ili manifestacija egzogenog estrogena kod novorođenčadi izloženih kombinovanim kontraceptivnim sredstvima putem majčinog mleka nisu se ispoljile; međutim, studije nisu bile adekvatno osmišljene da odrede da li postoji rizik od ozbiljnih ili blagih dugoročnih posledica.</p>

COC, P, R i CIC ne štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.

ZDRAVSTVENO STANJE	KATEGORIJA I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe				POJAŠNJENJA/ DOKAZI
	COC	P	R	CIC	
<p><b>COC</b> = kombinovana oralna kontraceptivna sredstva <b>P</b> = kombinovani kontraceptivni flaster  <b>R</b> = kombinovani kontraceptivni vaginalni prsten <b>CIC</b> = kombinovani injekcioni kontraceptivi</p>					
<p><b>POSLE POROĐAJA</b> (za žene koje ne doje)  lako je rizik od VTE isti za žene koje doje i koje ne doje, upotreba CHC se generalno ne preporučuje ženama koje doje pre nego što prođe 6 meseci nakon porođaja.</p>					
<p>a) &lt; 21 dan  (i) bez drugih faktora rizika za VTE  (ii) sa drugim faktorima rizika za VTE  b) ≥ 21 dan do 42 dana  (i) bez drugih faktora rizika za VTE  (ii) sa drugim faktorima rizika za VTE  c) &gt; 42 dana</p>	<p>3  3/4  2  2/3  1</p>	<p>3  3/4  2  2/3  1</p>	<p>3  3/4  2  2/3  1</p>	<p>3  3/4  2  2/3  1</p>	<p><b>Pojašnjenje:</b> Za žene do 6 nedelja nakon porođaja sa drugim faktorima rizika za VTE - kao što su prethodni slučajevi VTE, trombofilija, nepokretnost, transfuzija na porođaju, BMI &gt; 30 kg/m<sup>2</sup>, postporođajno krvarenje, neposredno nakon porođaja carskim rezom, pre-eklampsija ili pušenje - upotrebna kombinovanih hormonalnih kontraceptivnih sredstava može da predstavlja dodatni povećani rizik od VTE. Kategoriju treba proceniti u skladu s brojem, ozbiljnošću i kombinacijom faktora rizika od VTE koji su prisutni. S obzirom da je svaka žena jedinstvena u pogledu njenog profila ličnog rizika, biće potrebno kliničko procenjivanje kako bi se utvrdilo da li može da bezbedno koristi CHC.  <b>Dokazi:</b> Ne postoje neposredni dokazi koji ispituju rizik of VTE među ženama posle porođaja koje koriste CHC. Rizik of VTE je povećan tokom trudnoće i posle porođaja; ovaj rizik je najizraženiji prvih nedelja nakon porođaja, i u naredna 42 dana opada do gotovo početnih nivoa. Upotreba CHC, koja povećava rizik od VTE među zdravim ženama u reproduktivnom dobu, može da predstavlja dodatni rizik ukoliko se koristi u ovom periodu. (143-160)  <b>Dokazi:</b> Rizik od trudnoće u toku prvih 21 dana nakon trudnoće je jako mali, ali se od tog trenutka nadalje povećava; česta je ovulacija pre prve menstruacije. (161-165)</p>
<p><b>POSLE POBAČAJA</b>  a) u prvom trimestru  b) u drugom trimestru  c) neposredno nakon septičkog pobačaja</p>	<p>1  1  1</p>	<p>1  1  1</p>	<p>1  1  1</p>	<p>1  1  1</p>	<p>Pojašnjenje: S upotrebom COC, P, R ili CIC može se početi odmah nakon pobačaja.  Dokazi: Žene koje su počele s uzimanjem COC odmah posle prva tri meseca po farmakološkom ili hirurškom pobačaju nisu iskusile više neželjenih dejstava ili štetnog vaginalnog krvarenja, niti kliničke značajne promene u parametrima koagulacije, u odnosu na žene koje su koristile placebo, IUD, kontraceptivni metod koji nije na bazi hormona, ili su kasnije počele s upotrebom COC. (166-173) Malobrojni dokazi vezani za žene koje su počele da koriste prsten odmah nakon farmakološkog ili hirurškog pobačaja u prva tri meseca trudnoće nisu utvrdili ozbiljne štetne posledice ili infekcije vezane za upotrebu vaginalnog kontraceptivnog prstena u toku tri ciklusa nakon pobačaja. (43)</p>

COC, P, R i CIC ne štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.

ZDRAVSTVENO STANJE	KATEGORIJA I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe				POJAŠNJENJA/ DOKAZI
	COC	P	R	CIC	
<b>COC</b> = kombinovana oralna kontraceptivna sredstva <b>P</b> = kombinovani kontraceptivni flaster <b>R</b> = kombinovani kontraceptivni vaginalni prsten <b>CIC</b> = kombinovani injekcioni kontraceptivi					
<b>ISTORIJAT VANMATERIČNE TRUDNOĆE*</b>	1	1	1	1	
<b>ISTORIJAT HIRURŠKIH ZAHVATA U KARLICI</b>	1	1	1	1	
<b>PUŠENJE</b> a) manje od 35 godina starosti b) više od 35 godina starosti (i) < 15 cigareta dnevno (ii) ≥ 15 cigareta dnevno	2 3 4	2 3 4	2 3 4	2 3 4	<b>Dokazi:</b> Korisnice COC koje puše izložene su većem riziku od kardiovaskularnih oboljenja, i to posebno od infarkta miokarda, u poređenju sa korisnicama koje ne puše. Studije su takođe pokazale da rizik od infarkta miokarda raste s brojem cigareta na dan.(174-185)
<b>GOJAZNOST</b> a) indeks telesne mase ≥ 30 kg/m <sup>2</sup> (BMI) b) od prve menstruacije do 18. godine uz indeks telesne mase ≥ 30 kg/m <sup>2</sup> (BMI)	2 2	2 2	2 2	2 2	<b>Dokazi:</b> Verovatnije je da će se venska tromboembolija javiti kod gojaznih žena koje koriste COC, u poređenju sa gojaznim ženama koje ne koriste COC. Apsolutni rizik od venske tromboembolije među zdravim ženama u reproduktivnom dobu je mali. Malobrojni dokazi ukazuju na to da među gojaznim ženama koje koriste COC nije veći rizik od akutnog infarkta miokarda u poređenju sa gojaznim ženama koje ne koriste COC. (179;185-191) Malobrojni dokazi nisu dosledni u pogledu toga da li delotvornost COC varira u zavisnosti od telesne težine ili indeksa telesne mase. (169-174) Malobrojni dokazi navode da ne postoji veća verovatnoća da će gojazne žene dobiti na težini nakon tri ciklusa vaginalnog prstena u odnosu na žene s blagim viškom težine ili s normalnom težinom. U toku tri meseca, zabeleženo je slično dobijanje na težini u grupama koje su koristile COC i vaginalni prsten u svim kategorijama indeksa telesne mase. (198) Delotvornost flastera je opadala među ženama čija je telesna težina iznad 90 kg; međutim, nije pronađena veza između rizika od trudnoće i indeksa telesne mase.(26)
<b>NEMOGUĆNOST MERENJA KRVNOG PRITISKA</b>	NA	NA	NA	NA	<b>Pojašnjenje:</b> Poželjno je da se krvni pritisak izmeri pre nego što se počne s upotrebom COC, P, R ili CIC. Međutim, u nekim sredinama, nije moguće izmeriti krvni pritisak. U mnogim ovakvim sredinama, visoki su rizici od morbiditeta i mortaliteta u trudnoći, i COC, P, R i CIC mogu spadati u malobrojne široko dostupne metode. U takvim sredinama, ženama ne treba uskratiti upotrebu COC, P, R ili CIC samo zato što nije moguće izmeriti im krvni pritisak.



KARDIOVASKULARNA OBOLJENJA					
<b>VIŠESTRUKI FAKTORI RIZIKA ZA ARTERIJSKA KARDIOVASKULARNA OBOLJENJA</b> (kao što su poznije godine, pušenje, dijabetes ili povišeni krvni pritisak)	3/4	3/4	3/4	3/4	<b>Pojašnjenje:</b> Kada kod žene postoje višestruki krupni faktori rizika, od kojih bi svaki pojedinačno znatno povećao rizik od kardiovaskularnog oboljenja, upotreba COC, P, R ili CIC može da podigne taj rizik na neprihvatljiv nivo. Međutim, namera nije da se u slučaju višestrukih faktora rizika jednostavno sabere kategorije; na primer, kombinacija dva faktora rizika od kojih je svaki svrstan u kategoriju 2 ne znači nužno višu kategoriju.

COC, P, R i CIC ne štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.

ZDRAVSTVENO STANJE	KATEGORIJA				POJAŠNJENJA/ DOKAZI
	I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe				
	COC	P	R	CIC	

**COC** = kombinovana oralna kontraceptivna sredstva **P** = kombinovani kontraceptivni flaster  
**R** = kombinovani kontraceptivni vaginalni prsten **CIC** = kombinovani injekcioni kontraceptivi

#### POVIŠENI KRVNI PRITISAK

Za sve kategorije povišenog krvnog pritiska, klasifikacije su zasnovane na pretpostavci da ne postoje drugi faktori rizika za kardiovaskularna oboljenja. Kada višestruki faktori rizika postoje, rizik od kardiovaskularnog oboljenja se može dramatično povećati. Samo jedno merenje krvnog pritiska nije dovoljno da bi se žena klasifikovala kao osoba koja pati od povišenog krvnog pritiska.

a) povišen krvni pritisak u prošlosti, kada se krvi pritisak NE MOŽE proceniti (uključujući krvni pritisak u trudnoći)	3	3	3	3	<b>Pojašnjenje:</b> Preporučuje se utvrđivanje uzroka i nivoa povišenog krvnog pritiska čim to bude izvodljivo. <b>Dokazi:</b> Žene koje nisu proverile krvni pritisak pre upotrebe COC bile su u povećanom riziku od akutnog infarkta miokarda i moždanog udara.(199-203)
b) adekvatno kontrolisan povišeni krvni pritisak, kada se krvi pritisak MOŽE proceniti	3	3	3	3	<b>Pojašnjenje:</b> Žene koje su adekvatno lečene od povišenog krvnog pritiska izložene su manjem riziku od akutnog infarkta miokarda i moždanog udara u poređenju sa ženama koje nisu lečene. Iako ne postoje podaci, korisnice COC, P, R ili C čiji se povišeni krvni pritisak adekvatno kontroliše i nadzire trebalo bi da budu izložene manjem riziku od akutnog infarkta miokarda i moždanog udara u poređenju s nelečenim korisnicama COC, P, R i CIC koje imaju povišen pritisak.
c) povišeni nivoi krvnog pritiska (na osnovu propisno izvršenog merenja)					<b>Dokazi:</b> Među ženama s povišenim krvnim pritiskom, korisnice COC izložene su većem riziku od moždanog udara, akutnog infarkta miokarda, i perifernih arterijskih oboljenja nego žene koje nisu korisnice.(174;176;183-185;187;199-214) Prestanak upotrebe COC od strane žena s povišenim krvnim pritiskom može da dovede do unapređenja u kontroli krvnog pritiska. (215)
(i) sistolni 140-159 ili dijastolni 90-99 mm Hg	3	3	3	3	
(ii) sistolni ≥ 160 ili dijastolni ≥ 100 mm Hg	4	4	4	4	
d) vaskularno oboljenje	4	4	4	4	

COC, P, R i CIC ne štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.

ZDRAVSTVENO STANJE	KATEGORIJA I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe				POJAŠNJENJA/ DOKAZI
	COC	P	R	CIC	
<b>COC</b> = kombinovana oralna kontraceptivna sredstva <b>P</b> = kombinovani kontraceptivni flaster <b>R</b> = kombinovani kontraceptivni vaginalni prsten <b>CIC</b> = kombinovani injekcioni kontraceptivi					
<b>POVIŠENI KRVNI PRITISAK</b> Za sve kategorije povišenog krvnog pritiska, klasifikacije su zasnovane na pretpostavci da ne postoje drugi faktori rizika za kardiovaskularna oboljenja. Kada višestruki faktori rizika postoje, rizik od kardiovaskularnog oboljenja se može dramatično povećati. Samo jedno merenje krvnog pritiska nije dovoljno da bi se žena klasifikovala kao osoba koja pati od povišenog krvnog pritiska.					
<b>PODATAK O POVIŠENOM KRVNOM PRITISKU U TOKU TRUDNOĆE</b> (kada je trenutni krvni pritisak merljiv i normalan)	2	2	2	2	<b>Dokazi:</b> Žene koje su imale povišeni krvni pritisak za vreme trudnoće i koje su takođe koristile COC bile su izložene većem riziku od infarkta miokarda i venske tromboembolije, u poređenju sa korisnicama COC koje nemaju istorijat povišenog krvnog pritiska u toku trudnoće. Apsolutni rizici od akutnog infarkta miokarda i venske tromboembolije u ovoj kategoriji populacije ostaju mali. (185;201-203;205;216-221)
<b>DUBOKA VENSKA TROMBOZA (DVT)/ PLUĆNA EMBOLIJA (PE)*</b> a) istorijat DVT/PE b) akutna DVT/PE c) osobe sa DVT/PE koje su na anti-koagulantnoj terapiji d) porodični istorijat oboljenja (prvo koleno) e) veće hirurške intervencije (i) s dužim periodom nepokretnosti (ii) bez dužeg perioda nepokretnosti f) manje hirurške intervencije bez perioda nepokretnosti	4 4 4 2 4 2 1	4 4 4 2 4 2 1	4 4 4 2 4 2 1	4 4 4 2 4 2 1	
<b>POZNATE TROMBOGENE MUTACIJE</b> (npr. faktora V Lajden, protrombinske mutacije, proteina S, proteina C, i antitrombinske deficijencije)	4	4	4	4	<b>Pojašnjenja:</b> Rutinski skrining nije prikladan s obzirom da se radi o retkim oboljenjima i da su troškovi skrininga veliki. <b>Dokazi:</b> Među ženama sa trombogenicnim mutacijama, korisnice COC bile su izložene dva do dvadeset puta većem riziku od tromboze u poređenju sa ženama koje ih ne koriste. (191;222-244)
<b>TROMBOZA POVRŠINSKIH VENA*</b> a) venski varikoziteti b) površinski tromboflebitis	1 2	1 2	1 2	1 2	
<b>TREUTNO ILI PROŠLO ISHEMIJSKO OBOLJENJE SRCA</b>	4	4	4	4	
<b>MOŽDANI UDAR</b> (istorijat cerebrovaskularnog insulta)	4	4	4	4	

COC, P, R i CIC ne štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.

ZDRAVSTVENO STANJE	KATEGORIJA I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe				POJAŠNJENJA/ DOKAZI
	COC	P	R	CIC	
<b>COC</b> = kombinovana oralna kontraceptivna sredstva <b>P</b> = kombinovani kontraceptivni flaster <b>R</b> = kombinovani kontraceptivni vaginalni prsten <b>CIC</b> = kombinovani injekcioni kontraceptivi					
<b>POZNATE HIPERLIPIDEMIJE</b>	2/3	2/3	2/3	2/3	<b>Pojašnjenje:</b> Rutinski skrining nije prikladan s obzirom da se radi o retkim oboljenjima i da su troškovi skrininga veliki. Dok neki tipovi hiperlipidemija predstavljaju faktore rizika za vaskularna oboljenja, kategoriju treba oceniti u skladu sa tipom, težinom i prisustvom drugih kardiovaskularnih faktora rizika.
<b>OBOLJENJA SRČANIH ZALISTAKA</b> a) bez komplikacija b) sa komplikacijama (plućna hipertenzija, povećani rizik od fibrilacije pretkomora, istorijat subakutnog bakterijskog endokarditisa)	2 4	2 4	2 4	2 4	
<b>REUMATSKA OBOLJENJA</b>					
<b>SISTEMSKI LUPUS ERYTHEMATOSUS (SLE)</b> Osobe koje pate od SLE su izložene povećanom riziku od ishemijskog oboljenja srca, moždanog udara i venske tromboembolije. Kategorije dodeljene tim oboljenjima u <i>Kriterijumima medicinske podobnosti za upotrebu kontraceptivnih sredstava</i> treba da budu iste za žene s SLE koje imaju ova oboljenja. Za sve kategorije SLE, klasifikacije su zasnovane na pretpostavci da ne postoje drugi faktori rizika za kardiovaskularna oboljenja, i ove klasifikacije se moraju modifikovati u slučaju postojanja takvih faktora rizika. Raspoloživi dokazi upućuju na to da mnoge žene koje pate od SLE mogu da se smatraju za dobre kandidate za upotrebu većine kontraceptivnih sredstava, uključujući i hormonska kontraceptivna sredstva. (245-263)					
a) pozitivna (ili nepoznata) antifosfolipidna antitela b) teška trombocitopenija c) imunosupresivna terapija d) ništa od gore navedenog	4 2 2 2	4 2 2 2	4 2 2 2	4 2 2 2	<b>Dokazi:</b> Antifosfolipidna antitela se dovode u vezu sa većim rizikom i od arterijske i od venske tromboze. (264-266)
<b>NEUROLOŠKA STANJA</b>					
<b>GLAVOBOLJE</b> a) nemigrenske (blage ili teške) b) migrenske (i) bez aure manje od 35 godina više od 35 godina (ii) sa austom, u bilo kojim godinama	I 1 2 3 4	C 2 3 4 4	I 1 2 3 4	C 2 3 4 4	<b>Pojašnjenje:</b> Klasifikacija zavisi od tačne dijagnoze toga koje teške glavobolje su migrenske a koje nisu. Treba proceniti sve nove glavobolje, ili registrovane promene u glavoboljama. Klasifikacija je za žene kojima ne prethodi nijedan drugi faktor rizika za moždani udar. Rizik od moždanog udara raste s godinama, krvnim pritiskom i pušenjem. <b>Dokazi:</b> Među ženama s migrenom, žene koje su imale i auru bile su izložene većem riziku od moždanog udara u odnosu na žene koje je nisu imale. (267-269) Žene s istorijatom migrene koje koriste COC imaju dva do četiri puta veću verovatnoću da pretrpe ishemijski moždani udar u poređenju sa ženama koje ne koriste COC a imaju istorijat migrene. (174;189;210;211;268- 273)

COC, P, R i CIC ne štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.

ZDRAVSTVENO STANJE	KATEGORIJA I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe				POJAŠNENJA/ DOKAZI
	COC	P	R	CIC	
<b>COC</b> = kombinovana oralna kontraceptivna sredstva <b>P</b> = kombinovani kontraceptivni flaster <b>R</b> = kombinovani kontraceptivni vaginalni prsten <b>CIC</b> = kombinovani injekcioni kontraceptivi					
<b>EPILEPSIJA</b>	1	1	1	1	<b>Pojašnjenje:</b> Ukoliko žena koristi antikonvulzante, pogledajte odeljak o međusobnom dejstvu lekova. Određeni antikonvulzanti umanjuju delotvornost COC. Još nije jasno do koje mere P, R ili CIC reaguju slično kao COC.
<b>DEPRESIVNI POREMEĆAJI</b>					
<b>DEPRESIVNI POREMEĆAJI</b>	1	1	1	1	<b>Pojašnjenje:</b> Klasifikacija je zasnovana na podacima za žene sa odabranim depresivnim poremećajima. Na raspolaganju nisu bili podaci o bipolarnom poremećaju ili postporođajnoj depresiji. Postoji mogućnost međusobnog dejstva lekova, kada je reč o određenim antidepresivima i hormonskim kontraceptivnim sredstvima. <b>Dokazi:</b> Upotreba COC nije povećala depresivne simptome kod žena s depresijom, u poređenju sa njihovom polazišnom situacijom ili sa ženama s depresijom koje nisu korisnice. (274-283)
<b>INFEKCIJE I POREMEĆAJI REPRODUKTIVNOG TRAKTA</b>					
<b>KARAKTERISTIKE VAGINALNOG KRVARENJA*</b>					
a) Neredovno, bez obilnih krvarenja	1	1	1	1	<b>Pojašnjenje:</b> Neobičajeno teško krvarenje treba da pobudi sumnju u ozbiljno medicinsko oboljenje. <b>Dokazi:</b> Pregledom baze podataka mreže <i>Cochrane Collaboration</i> došlo se do jedne nasumične kontrolisane studije čiji je cilj bila procena dejstva COC u poređenju sa naproksenom ili danazolom prilikom lečenja žena s menoragijom. Žene s menoragijom nisu prijavile pogoršanje stanja ili bilo kakve štetne posledice vezane za upotrebu COC. (284)
b) obilno ili produženo krvarenje (obuhvata i redovne i neredovne obrasce krvarenja)	1	1	1	1	
<b>NEOBJAŠNJENO VAGINALNO KRVARENJE</b> (sumnje u ozbiljnije oboljenje) Pre procene	2	2	2	2	<b>Pojašnjenje:</b> Ukoliko se sumnja u trudnoću ili neko patološko stanje (kao što su maligni tumori u predelu karlice), mora da se utvrdi uzrok i zatim odredi kategorija.

COC, P, R i CIC ne štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.

ZDRAVSTVENO STANJE	KATEGORIJA I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe				POJAŠNJENJA/ DOKAZI
	COC	P	R	CIC	
<b>COC</b> = kombinovana oralna kontraceptivna sredstva <b>P</b> = kombinovani kontraceptivni flaster <b>R</b> = kombinovani kontraceptivni vaginalni prsten <b>CIC</b> = kombinovani injekcioni kontraceptivi					
<b>ENDOMETRIOZA</b>	1	1	1	1	<b>Dokazi:</b> Pregledom baze podataka mreže <i>Cochrane Collaboration</i> došlo se do jedne nasumične kontrolisane studije čiji je cilj bila procena efikasnosti COC u odnosu na analoge gonadotropin-oslobađajućeg hormona (GnRH) u lečenju simptoma endometrioze. Žene koje boluju od endometrioze nisu prijavile pogoršanje stanja niti bilo kakve štetne posledice u vezi s upotrebom COC. (285)
<b>BENIGNI TUMORI JAJNIKA</b> (uključujući i ciste)	1	1	1	1	
<b>TEŠKA DISMENOJEJA</b>	1	1	1	1	<b>Dokazi:</b> Nije bilo povećanog rizika od neželjenih dejstava među ženama koje pate od dismenoreje i koriste COC, u poređenju sa onima koje ne koriste COC. Kod nekih korisnica COC došlo je do smanjenja bola i krvarenja. (286;287)
<b>GESTACIJSKA TROFOBLASTNA BOLEST</b> a) umanjeni ili neprimetni nivoi $\beta$ -hCG b) konstantno povišeni nivoi $\beta$ -hCG ili maligna oboljenja	1 1	1 1	1 1	1 1	<b>Dokazi:</b> Uravnotežen pregled dokaza je utvrdio da, nakon evakuacije molarne trudnoće, upotreba COC nije povećala rizik od post-molarne trofoblastne bolesti, a kod nekih korisnica COC je nastupila brža regresija nivoa hCG, u poređenju sa ženama koje nisu korisnice. (288-295) Malobrojni dokazi ukazuju na to da upotreba COC tokom hemioterapije ne utiče značajno na regresiju ili lečenje post-molarne trofoblastne bolesti, u poređenju sa ženama koje su koristile nehormonska kontraceptivna sredstva ili DMPA tokom hemioterapije. (296)
<b>EKTROPION GRLIĆA MATERICE*</b>	1	1	1	1	
<b>CERVIKALNA INTRAEPITELNA NEOPLAZIJA (CIN)</b>	2	2	2	2	<b>Dokazi:</b> Među ženama sa perzistentnom infekcijom humanim papiloma virusom (HPV), dugoročna upotreba COC ( $\geq 5$ godina) može da poveća rizik od karcinoma in situ i invazivnog karcinoma. (30;297) Postoje malobrojni dokazi da kod žena sa skvamoznom intraepitelnom lezijom niskog stepena upotreba vaginalnog prstena nije pogoršala tok poremećaja. (30)
<b>KARCINOM GRLIĆA MATERICE*</b> (u iščekivanju lečenja)	2	2	2	2	

COC, P, R i CIC ne štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.

ZDRAVSTVENO STANJE	KATEGORIJA I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe				POJAŠNENJA/ DOKAZI
	COC	P	R	CIC	
<b>COC</b> = kombinovana oralna kontraceptivna sredstva <b>P</b> = kombinovani kontraceptivni flaster <b>R</b> = kombinovani kontraceptivni vaginalni prsten <b>CIC</b> = kombinovani injekcioni kontraceptivi					
<b>OBOLJENJA DOJKI</b>					
a) nedijagnostifikovana masa	2	2	2	2	<b>Pojašnjenje:</b> Procenu bi trebalo obaviti što je pre moguće.  <b>Dokazi:</b> Žene koje imaju gene koje ih čine podložnim karcinomu dojke (kao što su <i>BRCA1</i> i <i>BRCA2</i> ) imaju veći početni rizik od karcinoma dojke u poređenju sa ženama koje nemaju ove gene. Početni rizik od karcinoma dojke je takođe veći kod žena koje imaju porodični istorijat karcinoma dojke nego među ženama koje nemaju takav istorijat. Trenutni dokazi, međutim, ne ukazuju da se prilikom upotrebe kombinovanih oralnih kontraceptivnih sredstava rizik od karcinoma dojke ne povećava ni među ženama s porodičnim istorijatom ovog oboljenja, ili među ženama s genima koje ih čine podložnim karcinomu. (298-321)
b) benigno oboljenje dojki	1	1	1	1	
c) slučajevi karcinoma u porodici	1	1	1	1	
d) karcinom dojke					
(i) trenutni	4	4	4	4	
(ii) u prošlosti i bez pokazatelja ponovnog oboljenja u toku 5 godina	3	3	3	3	
<b>KARCINOM ENDOMETRIJUMA*</b>	1	1	1	1	
<b>KARCINOM JAJNIKA*</b>	1	1	1	1	
<b>MIOMI MATERICE*</b>					
a) s poremećajem oblika materične duplje	1	1	1	1	
b) bez poremećaja oblika materične duplje	1	1	1	1	
<b>PELVIČNA INFLAMATORNA BOLEST (PID)*</b>					
a) ranije preležana PID (pod uslovom da nema trenutnih faktora rizika za STI)					
(i) posle koje je sledila trudnoća	1	1	1	1	
(ii) posle koje nije sledila trudnoća	1	1	1	1	
b) trenutna PID	1	1	1	1	

COC, P, R i CIC ne štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.

ZDRAVSTVENO STANJE	KATEGORIJA I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe				POJAŠNJENJA/ DOKAZI
	COC	P	R	CIC	
<b>COC</b> = kombinovana oralna kontraceptivna sredstva <b>P</b> = kombinovani kontraceptivni flaster <b>R</b> = kombinovani kontraceptivni vaginalni prsten <b>CIC</b> = kombinovani injekcioni kontraceptivi					
<b>SEKSUALNO PRENOSIVE INFEKCIJE (STI)</b> a) gnojna upala grlića materice ili infekcija hlamidijom ili gonoreja b) druge STI (izuzev HIV-a i hepatitisa) c) vaginitis – vaginalna upala (uključujući trihomonas vaginalis i bakterijsku vaginozu) d) povećan rizik od STI	1	1	1	1	<b>Dokazi:</b> Dokazi ukazuju da postoji veći rizik od hlamidijske upale grlića materice među korisnicama COC koje su izložene velikom riziku od STI. Što se tiče drugih STI, dokazi ili upućuju na to da nema veze između upotrebe COC i oboljenja od STI, ili su previše malobrojni za izvlačenje bilo kakvih zaključaka. (317-397)
<b>HIV/AIDS</b>					
<b>VISOK RIZIK OD HIV-a</b>	1	1	1	1	<b>Dokazi:</b> Uravnotežen pregled dokaza ukazuje na to da ne postoji veza između upotrebe oralnih kontraceptivnih sredstava i zaraze HIV-om, iako su studije sprovedene među grupama stanovništva izloženim većem riziku došle do nedoslednih nalaza. (398-436)
<b>INFICIRANE HIV-om</b>	1	1	1	1	<b>Dokazi:</b> Većina studija navodi da ne postoji povećan rizik od napretka HIV infekcije tokom upotrebe hormonskih kontraceptivnih sredstava, što je zaključeno na osnovu merjenja promena u broju CD4 ćelija, viremičnosti ili preživljavanja. Studije koje navode da su žene s HIV-om koje koriste hormonska kontraceptivna sredstva izložene većem riziku od zaraze STI uglavnom jesu u skladu s izveštajima o nezaraženim ženama. Jedna neposredna studija nije pronašla vezu između upotrebe hormonskih kontraceptivnih sredstava i povećanog rizika od prenosa HIV-a nezaraženim partnerima; nekoliko posrednih studija je prijavilo mešovite rezultate u pogledu toga da li je hormonalna kontracepcija povezana sa povišenim rizikom od cepanja HIV-1 DNK ili RNK iz genitalnog trakta. (437-454)

COC, P, R i CIC ne štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.

ZDRAVSTVENO STANJE	KATEGORIJA I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe				POJAŠNJENJA/ DOKAZI
	COC	P	R	CIC	
<b>COC</b> = kombinovana oralna kontraceptivna sredstva <b>P</b> = kombinovani kontraceptivni flaster <b>R</b> = kombinovani kontraceptivni vaginalni prsten <b>CIC</b> = kombinovani injekcioni kontraceptivi					
<b>AIDS</b>	1	1	1	1	<b>Pojašnjenje:</b> Zbog moguće interakcije između hormonskih kontraceptivnih sredstava i antiretrovirusne (ARV) terapije, pogledajte odeljak o međusobnom dejstvu lekova.
<b>DRUGE INFEKCIJE</b>					
<b>SHISTOSOMIJAZA</b>					<b>Dokazi:</b> Među ženama sa shistosomijazom bez komplikacija, upotreba COC nema štetne posledice po funkcije jetre.(455-461)
a) bez komplikacija	1	1	1	1	
b) fibroza jetre (ukoliko je teška, pogledajte pod 'ciroza')	1	1	1	1	
<b>TUBERKULOZA</b>					<b>Pojašnjenje:</b> Ukoliko žena koristi rifampicin, pogledajte odeljak o međusobnom dejstvu lekova. Postoji verovatnoća da će rifampicin umanjiti delotvornost COC. I dalje nije jasno do koje mere je upotreba P i R slična COC u ovom pogledu.
a) nekarlična	1	1	1	1	
b) karlična	1	1	1	1	
<b>MALARIJA</b>	1	1	1	1	
<b>ENDOKRINI POREMEĆAJI</b>					
<b>DIJABETES</b>					<b>Dokazi:</b> Razvoj insulins nezavisnog dijabetesa kod žena koje imaju istorijat gestacijskog dijabetesa nije podstaknut upotrebom COC.(462-469) Takođe, čini se da upotreba COC ne utiče na nivo lipida. (470-472)
a) istorijat gestacijskog dijabetesa	1	1	1	1	
b) nevaskularno oboljenje					<b>Dokazi:</b> Među ženama sa insulins zavisnim i insulins nezavisnim dijabetesom, upotreba COC imala je ograničeno dejstvo na dnevne potrebe za insulinom, i nikakvo dejstvo na dugoročnu kontrolu dijabetesa (npr. A1c nivoi hemoglobina) ili oboljevanje od retinopatije. Promene u profilu lipida i hemostatskim markerima su bile neznatne, i većina promena je ostala u okviru normalnih vrednosti. (473-482)
(i) insulins nezavisni	2	2	2	2	
(ii) insulins zavisni	2	2	2	2	
c) nefropatija/retinopatija/neuropatija	3/4	3/4	3/4	3/4	<b>Pojašnjenje:</b> Ovu kategoriju treba proceniti u skladu sa težinom oboljenja.
d) drugo vaskularno oboljenje ili dijabetes koji traje više od 20 godina	3/4	3/4	3/4	3/4	<b>Pojašnjenje:</b> Ovu kategoriju treba proceniti u skladu sa težinom oboljenja.
<b>POREMEĆAJI TIROIDNE ŽLEZDE</b>					
a) prosta gušavost (struma)	1	1	1	1	
b) hipertiroidizam	1	1	1	1	
c) hipotiroidizam	1	1	1	1	



COC, P, R i CIC ne štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.

ZDRAVSTVENO STANJE	KATEGORIJA I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe				POJAŠNENJA/ DOKAZI				
	COC	P	R	CIC					
<b>COC</b> = kombinovana oralna kontraceptivna sredstva <b>P</b> = kombinovani kontraceptivni flaster <b>R</b> = kombinovani kontraceptivni vaginalni prsten <b>CIC</b> = kombinovani injekcioni kontraceptivi									
<b>GASTROINTESTINALNI POREMEĆAJI</b>									
<b>OBOLJENJA ŽUČNE KESE*</b>									
a) simptomatska									
(i) lečena holecistektomijom	2	2	2	2					
(ii) lečena medikamentima	3	3	3	2					
(iii) trenutna	3	3	3	2					
b) asimptomatska	2	2	2	2					
<b>ISTORIJAT HOLESTAZE</b>									
a) vezana za trudnoću	2	2	2	2					
b) vezana za upotrebu COC u prošlosti	3	3	3	2					
<b>VIRUSNI HEPATITIS</b>									
	I	C	I	C	I	C	I	C	<b>Pojašnjenje:</b> Ovu kategoriju treba proceniti u skladu sa težinom oboljenja. <b>Dokazi:</b> Podaci ukazuju na to da kod žena s hroničnim hepatitisom upotreba COC ne povećava rizik of hepatocelularnog karcinoma. (483;484) Za žene koje su prenosioci, čini se da upotreba COC ne izaziva insuficijenciju ili ozbiljne poremećaje jetre. (485-487) Za upotrebu COC u toku aktivnog hepatitisa, dokazi su malobrojni. (488;489)
a) akutni ili egzacerbacija hroničnog	3/4	2	3/4	2	3/4	2	3	2	
b) prenosilac	1	1	1	1	1	1	1	1	
c) hronični	1	1	1	1	1	1	1	1	
<b>CIROZA</b>									
a) blaga (kompenzovana)	1		1		1		1		
b) teška (dekompenzovana)	4		4		4		3		
<b>TUMOR JETRE</b>									
a) benigni									
(i) fokalna nodularna hiperplazija	2		2		2		2		
(ii) hepatocelularni adenom	4		4		4		3		
b) maligni (hepatoma)	4		4		4		3/4		
<b>ANEMIJE</b>									
<b>TALASEMIJA</b>									
	1		1		1		1		
<b>ANEMIJA SRPASTIH ČELIJA</b>									
	2		2		2		2		
<b>SIDEROPENIJSKA ANEMIJA *</b>									
	1		1		1		1		

COC, P, R i CIC ne štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.

ZDRAVSTVENO STANJE	KATEGORIJA I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe				POJAŠNJENJA/ DOKAZI
	COC	P	R	CIC	
<p><b>COC</b> = kombinovana oralna kontraceptivna sredstva <b>P</b> = kombinovani kontraceptivni flaster  <b>R</b> = kombinovani kontraceptivni vaginalni prsten <b>CIC</b> = kombinovani injekcioni kontraceptivi</p>					
<b>MEĐUSOBNA DEJSTVA LEKOVA</b>					
<b>ANTIRETROVIRUSNA TERAPIJA</b>					
a) inhibitori nukleozidne reverzne transkriptaze (NRTI)	1	1	1	1	<p><b>Pojašnjenje:</b> Antiretrovirusni lekovi mogu da ili smanje ili povećaju bioraspoloživost steroidnih hormona u hormonskim kontraceptivnim sredstvima. Malobrojni podaci (rezimirani u Aneksu 1) ukazuju na moguću interakciju između mnogih antiretrovirusnih lekova (posebno određenih NNRTI i inhibitori proteaza pojačanih retonavirom) i hormonskih kontraceptivnih sredstava. Ova međusobna dejstva mogu da izmene bezbednost i delotvornost kako hormonskog kontraceptivnog sredstva, tako i antiretrovirusnog leka. Stoga, ukoliko žena na antiretrovirusnoj terapiji odluči da započne ili nastavi s upotrebom hormonskih kontraceptivnih sredstava, preporučuje se i dosledno korišćenje kondoma. Ovo je i radi sprečavanja prenošenja HIV-a i da bi se nadoknadilo bilo kakvo moguće gubljenje delotvornosti hormonskog kontraceptivnog sredstva. Kada se odabere COC, treba da se koristi i priprema koja sadrži barem 30 µg etinilestradiola (EE).</p>
b) inhibitori nenukleozidne reverzne transkriptaze (NNRTI)	2	2	2	2	
c) inhibitori proetaza pojačani retonavirom	3	3	3	3	
<b>ANTIMIKROBNA TERAPIJA</b>					
a) antibiotici širokog spektra	1	1	1	1	<p><b>Dokazi:</b> Većina antibiotika širokog spektra ne utiče na kontraceptivnu delotvornost COC (502-538), P (539), ili R (5400.)  <b>Dokazi:</b> Studije fungicidnih agensa nisu pokazale bilo kakve klinički značajne farmakokinet-ske interakcije sa COC (541-550) ili R (551).  <b>Dokazi:</b> Studije antiparazitskih agensa nisu pokazale bilo kakve klinički značajne farmakokinet-ske interakcije sa COC. (455;552-556)  <b>Pojašnjenje:</b> Iako interakcija između rifampicina ili rifabutina i COC, P ili R nije štetna za žene, verovatno će umanjiti delotvornost COC, P ili R. Ukoliko je žena na dugoročnoj terapiji nekim od ovih lekova, treba preporučiti upotrebu drugih kontraceptivnih sredstava. Kada se odabere COC, treba da se koristi i preparat koji sadrži barem 30 µg etinilestradiola (EE).  <b>Dokazi:</b> Uravnoteženi pregled dokaza navodi da rifampicin umanjuje delotvornost COC. (557-572) Podaci o rifabutinu su malobrojni, ali dejstvo na metabolizam COC je manje nego s rifampicinom, a u studijama manjeg obima ovulacije nije utvrđena. (559;566)</p>
b) antimikotici	1	1	1	1	
c) antiparazitna terapija	1	1	1	1	
d) terapija rifampicinom ili rifabutinom	3	3	3	3	

## DODATNI KOMENTARI

**Godine starosti:**  $\geq 40$  godina: rizik od kardiovaskularnih oboljenja se povećava s godinama i takođe može da se poveća s upotrebom kombinovanih kontraceptivnih sredstava. U odsustvu drugih štetnih kliničkih uslova, kombinovana hormonska kontraceptivna sredstva se mogu koristiti do menopauze.

**Posle porođaja:**  $< 21$  dan: Sa teoretskog aspekta, postoji bojazan vezana za uticaj upotrebe COC u prve tri nedelje posle porođaja na rizik za trombozu kod majke. Koagulacija krvi i fibrinoliza se suštinski normalizuju tokom tri nedelje nakon porođaja.

**Vanmaterična trudnoća u prošlosti:** Rizik od budućih vanmateričnih trudnoća je veći među ženama koje su u prošlosti imale vanmateričnu trudnoću. Kombinovana hormonska kontraceptivna sredstva pružaju zaštitu od trudnoće u celini, uključujući i vanmateričnu.

**Duboka venska tromboza / plućna embolija:** Porodični istorijat DVT/PE (prvo koleno): Neka zdravstvena stanja koja utiču na uvećanje rizika od DVT/PE su nasledna.

**Tromboza površinskih vena:** Varikozne vene: varikozne vene nisu faktor rizika za DVT/PE.

**Oboljenje srčanih zalistaka:** Među ženama s oboljenjem srčanih zalistaka, upotreba kombinovanih hormonskih kontraceptivnih sredstava može da dodatno poveća rizik od arterijske tromboze; žene s komplikovanim oboljenjima srčanih zalistaka izložene su većem riziku.

**Glavobolje:** Aura je specifičan fokalni neurološki simptom. Za više informacija o ovome i drugim kriterijumima za dijagnozu, pogledajte: Podkomitet za klasifikaciju glavobolja, *Međunarodna klasifikacija glavobolja*, drugo izdanje, *Cephalgia*. 2004;24(Suppl 1):1-150. [http://ihs-classification.org/en/02\\_klassifikation](http://ihs-classification.org/en/02_klassifikation) (linku pristupljeno 21. avgusta 2009.)

**Karakteristike vaginalnog krvarenja:** Među zdravim ženama nisu retki neredovni obrasci menstruacionog krvarenja.

**Neobjašnjeno vaginalno krvarenje:** Nema zdravstvenih stanja koja uzrokuju vaginalno krvarenje koja će se u kratkom vremenskom periodu pogoršati upotrebom kombinovanih hormonskih kontraceptivnih sredstava.

**Ektropion grlića materice:** Ektropion grlića materice nije faktor rizika za karcinom grlića materice, i nema potrebe za uskršćivanjem upotrebe kombinovanih hormonskih kontraceptivnih sredstava.

**Karcinom grlića materice (u iščekivanju lečenja):** Postoji teoretska zabrinutost da bi upotreba kombinovanih hormonskih kontraceptivnih sredstava mogla da utiče na prognozu postojeće bolesti. Dok čekaju lečenje, žene mogu da koriste kombinovana hormonska kontraceptivna

sredstva. Lečenje ovog oboljenja najčešće ostavlja žene sterilnim.

**Oboljenja dojki:** Karcinom dojke: Karcinom dojke predstavlja hormonski osetljiv tumor, i prognoza za žene sa trenutnim ili nedavnim karcinomom dojke može da se pogorša uz upotrebu kombinovanih hormonskih kontraceptivnih sredstava.

**Karcinom endometrijuma:** Upotreba COC smanjuje rizik od razvoja karcinoma endometrijuma. U iščekivanju lečenja, žene mogu da koriste COC, CIC, P ili R. Lečenje ovog oboljenja najčešće ostavlja žene sterilnim.

**Karcinom jajnika:** Upotreba COC smanjuje rizik od razvoja karcinoma jajnika. U iščekivanju lečenja, žene mogu da koriste COC, CIC, P ili R. Lečenje ovog oboljenja najčešće ostavlja žene sterilnim.

**Miomi materice:** Čini se da COC ne uzrokuju stvaranje lejomiona materice, a smatra se da isto važi i za CIC, P i R.

**Pelvična inflamatorna bolest (pid):** Upotreba COC može da smanji rizik od PID među ženama sa STI, ali ne štiti od HIV-a ili drugih STI koje zahvataju donji genitalni trakt. Nije poznato da li CIC, P ili R smanjuju rizik od PID među ženama sa STI, ali ni oni ne štite od HIV-a ili drugih STI koje napadaju donji genitalni trakt.

**Oboljenja žučne kese:** COC, CIC, P ili R mogu da uzrokuju blago uvećanje rizika od oboljenja žučne kese. Takođe postoji bojazant da COC, CIC, P ili R mogu da pogoršaju postojeće oboljenje žučne kese. Međutim, za razliku od COC, pokazalo se da CIC imaju minimalno dejstvo na funkcije jetre kod zdravih žena, i nema metabolisanja materija pri prvom prolasku kroz jetru.

**Istorijat holestaze:** U vezi s trudnoćom: istorijat holestaze tokom trudnoće može da predvidi povišeni rizik od razvoja holestaze vezane za COC.

**Istorijat holestaze:** U vezi s prošlom upotrebom COC: istorijat holestaze tokom upotrebe COC u prošlosti može da predvidi povišeni rizik od razvoja holestaze vezane za dalju upotrebu COC.

**Tumori jetre:** Ne postoje dokazi vezani za upotrebu kombinovanih hormonskih kontraceptivnih sredstava među ženama s hepatocelularnim adenomom. Upotreba COC od strane zdravih žena se dovodi u vezu s razvojem i rastom hepatocelularnih adenoma.

**Talasemija:** U zemljama u kojima je talasemija rasprostranjena, postoje posredni, neprovereni dokazi da upotreba COC ne pogoršava ovo stanje.

**Sideropenijska anemija:** Upotreba kombinovanih hormonskih kontraceptivnih sredstava može da umani obim gubitka krvi menstruacijom.

## LITERATURA:

- (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) Kesseru 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 nonfatal 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, Skorzeqska 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) Ziemann 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 drospirenone. *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, 19:2668-2673.

- (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) Magnusdottir 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, Lete 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, Mahan JD et al. A prospective comparison of bone density in adolescent girls receiving depot medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), levonorgestrel (Norplant), or oral contraceptives. *The Journal of Pediatrics*, 1996, 129:671-676.
- (46) 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.
- (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-Trøndelag 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) Kanders 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, Valimäki 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, Wahner HW et al. Influence of breast-feeding 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, 182:265- 269.
- (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) Pettiti 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, 16:1538- 1544.
- (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, Taponco 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 perimenopausal 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, Jaisamram 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, Ibarra 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 breast-feeding 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) Lidgaard 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-progestin 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, 348:498-505.
- (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, 33:1202-1208.
- (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 für Gynäkologie*, 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 sinus 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) Slioter 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, 20:427-433.
- (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, 53:609-612.
- (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) Etmnan 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, 94:22-25.
- (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-HEBON, 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*, 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 dIP. 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, Holzhuetter MA et al. Selective screening for *Chlamydia trachomatis* infection in nonurban 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, Louw 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, Louw 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, 7:138-143.
- (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 papillomavirus 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 gonorrhoea. *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, 160:396-402.
- (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, 31:561-567.
- (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 chlamydial 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) Staerfelt 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, 15:2148-2153.
- (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, 17:30-36.
- (396) Wolinska WH, Melamed MR. *Herpes genitalis* in women attending Planned Parenthood of New York City. *Acta Cytologica*, 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) 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.
- (400) Allen S, Serufilira 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, Mmiro 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, Siraprasasiri 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, Kigundu CS et al. Contraceptive use and HIV infection in Kenyan family planning clinic attenders. *International Journal of STD & AIDS*, 1996, 7:65-70.
- (432) Siraprasasiri T, Thanprasertsuk 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 postpartum 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-Splenologica*, 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. Effectiveness 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, 35:257-269.
- (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, Saubrey 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 medroxyprogesterone 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, 88:310-316.
- (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]. *Gastro-entérologie clinique et biologique*, 2001, 25:1008- 1010.
- (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, Petrenaite 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, 61:570- 571.
- (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, 12:101- 109.
- (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, 72:924- 926.
- (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 second-ary 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, 17:451-454.
- (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, noretindrone, 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 tirazole 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, Kaewwichit 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 ethinyloestradiol 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 médicale*, 1973, 2:2957.
- (563) Hirsch A, Tillement JP, Chretien J. Effets contrariaires de la rifampicine sur les contraceptifs oraux: a propos de trois grossesses non desirées chez trois malades. *Revue française 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, Chalain G. [Letter: Oral contraception and rifampicin]. [French]. *La Nouvelle presse médicale*, 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.

## KONTRACEPTIVNA SREDSTVA ISKLJUČIVO NA BAZI PROGESTOGENA

POC ne štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.				
ZDRAVSTVENO STANJE	KATEGORIJA			POJAŠNENJA/ DOKAZI
	I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe			
POP = tablete isključivo na bazi progesterona LNG/ETG = implanti s levonogestrelom i etonogestrelom D/NE = injekcije depo- medroksiprogesteron acetata (DMPA) / noretisteron enantata (NET-EN)				
LIČNE ODLIKE I REPRODUKTIVNI ISTORIJAT				
<b>TRUDNOĆA</b>	NA	NA	NA	NA = nije primeljivo <b>Pojašnjenje:</b> Upotreba POC nije neophodna. Nisu dokumentovane štetne posledice po ženu, tok njene trudnoće ili fetus ukoliko se POC slučajno upotrebi u toku trudnoće. Međutim, i dalje nije jasna veza između upotrebe DMPA u toku trudnoće i njegovog delovanja na fetus.
<b>GODINE STAROSTI*</b> a) od prve menstruacije do 18. godine b) 18 do 45 godina c) > 45 godina	1 1 1	2 1 2	1 1 1	<b>Dokazi:</b> Većina studija je utvrdila da žene gube gustinu koštane mase kad koriste DMPA, ali kad prestanu s korišćenjem DMPA gustina koštane mase se vraća. Nije poznato da li upotreba DMPA među adolescentima utiče na postizanje maksimalne gustine koštane mase, niti da li odrasle žene mogu da povrate gustinu koštane mase na početni nivo pre nego što uđu u menopauzu. Nije poznata veza između promena u gustini koštane mase izazvanih DMPA u reproduktivnim godinama i budućih rizika od fraktura.(1-41) Što se tiče POC koje nisu DMPA, studije nisu utvrdile dejstvo ili nemaju dosledne rezultate kada je reč o njihovom uticaju na gustinu koštane mase.(42-54)
<b>PARITET</b> a) Žene koje su rađale b) Žene koje nisu rađale	1 1	1 1	1 1	
<b>DOJENJE</b> a) < 6 nedelja posle porođaja b) ≥ 6 nedelja do < 6 meseci posle porođaja (primarno dojenje) c) ≥ 6 meseci posle porođaja	3 1 1	3 1 1	3 1 1	<b>Pojašnjenje:</b> Postoji bojazan da za novorođenče izaganje steroidnim hormonima u toku prvih šest nedelja nakon porođaja predstavlja rizik. Međutim, u mnogim sredinama visoki su rizici od morbiditeta i mortaliteta vezanih za trudnoću, a ograničen je pristup uslugama. U takvim sredinama, POC mogu spadati u malobrojne metode koji su široko dostupni i pristupačni ženama koje doje neposredno nakon porođaja. <b>Dokazi:</b> Neposredni dokazi iz kliničkih studija pokazali su da POC ne utiču na osobine dojenja (55-90) i da uglavnom nemaju štetne posledice po odojčad mlađu od 6 nedelja izloženu POP putem majčinog mleka; međutim, ove studije nisu bile odgovarajuće osmišljene da utvrde da li postoji rizik od teških ili blagih dugoročnih neželjenih dejstava. (55- 59; 67;69; 71;73; 80; 83; 84) Podaci iz studija sa životinjama ukazuju da progesteron ima efekta na mozak u razvoju; nije jasno da li izlaganje ljudi progesteronu ostavlja slične posledice.(91-95)

POC ne štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.				
ZDRAVSTVENO STANJE	KATEGORIJA			POJAŠNENJA/ DOKAZI
	I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe			
	POP	D/NE	LNG/ETG	
POP = tablete isključivo na bazi progesterona LNG/ETG = implanti s levonogestrelom i etonogestrelom D/NE = injekcije depo- medroksiprogesteron acetata (DMPA) / noretisteron enantata (NET-EN)				
<b>POSLE POROĐAJA</b> (kod žena koje ne doje)				
a) < 21 dan	1	1	1	
b) ≥ 21 dan	1	1	1	
<b>POSLE POBAČAJA</b>				<b>Pojašnjenje:</b> S upotrebom POC može da se započne odmah nakon pobačaja. <b>Dokazi:</b> Malobrojni dokazi ukazuju da nema štetnih neželjenih dejstava kada se s upotrebom Norplanta ili NET-EN počne posle pobačaja u prvom trimestru tri. (96-99)
a) prvi trimestar	1		1	
b) drugi trimestar	1		1	
c) neposredno nakon septičkog pobačaja	1		1	
<b>ISTORIJAT VANMATERIČNE TRUDNOĆE*</b>	2	1	1	
<b>ISTORIJAT HIRURŠKIH ZAHVATA U KARLICI</b>	1	1	1	
<b>PUŠENJE</b>				
a) manje od 35 godina starosti	1	1	1	
b) više od 35 godina starosti				
(iii) < 15 cigareta dnevno	1	1	1	
(iv) ≥ 15 cigareta dnevno	1	1	1	
<b>GOJAZNOST</b>				<b>Pojašnjenje:</b> Ne postoje dokazi o različitom dobijanju na težini među adolescentkinjama normalne težine i gojaznim adolescentkinjama koji koriste NET-EN; ovo zdravstveno stanje je klasifikovano u kategoriju 1. Međutim, devojke mlađe od 18 godina su svrstane u kategoriju 2, zbog dokaza o mogućim dejstvima NET-EN na gustinu koštane mase. <b>Dokazi:</b> Veća je verovatnoća da će gojazne adolescentkinje koje koriste DMPA dobiti na težini u poređenju s gojaznim adolescentkinjama koje ih ne koriste, koje koriste COC, ili koje koriste DMPA ali nisu gojazne. Ovakva veza nije opažena među odraslim ženama. Jedna manja studija nije zabeležila porast težine među adolescentkinjama koje koriste Norplant u bilo kojoj kategoriji početne težine. (100-108)
a) indeks telesne mase ≥ 30 kg/m <sup>2</sup> (BMI)	1	1	1	
b) od prve menstruacije do 18. godine uz indeks telesne mase ≥ 30 kg/m <sup>2</sup> (BMI)	1	DMPA=2 NET-EN=1	1	
<b>NEMOGUĆNOST MERENJA KRVNOG PRITISKA</b>	NA	NA	NA	<b>Pojašnjenje:</b> Poželjno je da se krvni pritisak izmeri pre nego što se počne s upotrebom POC. Međutim, u nekim sredinama, nije moguće izmeriti krvni pritisak. U mnogim ovakvim sredinama, visoki su rizici od morbiditeta i mortaliteta u trudnoći, i POC mogu spadati u malobrojne široko dostupne metode. U takvim sredinama, ženama ne treba uskratiti upotrebu POC samo zato što nije moguće izmeriti im krvni pritisak.

POC ne štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.				
ZDRAVSTVENO STANJE	KATEGORIJA			POJAŠNJENJA/ DOKAZI
	I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe			
	POP	D/NE	LNG/ETG	
POP = tablete isključivo na bazi progestogena LNG/ETG = implanti s levonogestrelom i etonogestrelom D/NE = injekcije depo- medroksiprogesteron acetata (DMPA) / noretisteron enantata (NET-EN)				
<b>KARDIOVASKULARNA OBOLJENJA</b>				
<b>VIŠESTRUKI FAKTORI RIZIKA ZA ARTERIJSKA KARDIOVASKULARNA OBOLJENJA</b> (kao što su poznije godine, pušenje, dijabetes ili povišeni krvni pritisak)	2	3	2	<b>Pojašnjenje:</b> Kada kod žene postoje višestruki krupni faktori rizika, rizik od kardiovaskularnog oboljenja se može znatno povećati. Neki POC mogu da povećaju rizik od tromboze, iako je to povećanje znatno manje nego u slučaju upotrebe COC. Dejstvo DMPA i NET-EN može da traje neko vreme i nakon prestanka korišćenja.
<b>POVIŠENI KRVNI PRITISAK *</b> Za sve kategorije povišenog krvnog pritiska, klasifikacije su zasnovane na pretpostavci da ne postoje drugi faktori rizika za kardiovaskularna oboljenja. Kada višestruki faktori rizika postoje, rizik of kardiovaskularnog oboljenja se može dramatično povećati. Samo jedno merenje krvnog pritiska nije dovoljno da bi se žena klasifikovala kao osoba koja pati od povišenog krvnog pritiska.				
a) povišeni krvni pritisak u prošlosti, kada se krvi pritisak NE MOŽE proceniti (uključujući krvni pritisak u trudnoći)	2	2	2	<b>Pojašnjenje:</b> Poželjno je da se krvni pritisak izmeri pre nego što se počne s upotrebom POC. Međutim, u nekim sredinama, nije moguće izmeriti krvni pritisak. U mnogim ovakvim sredinama, visoki su rizici od morbiditeta i mortaliteta u trudnoći, i POC mogu spadati u malobrojne široko dostupne metode. U takvim sredinama, ženama ne treba uskratiti upotrebu POC samo zato što nije moguće izmeriti im krvni pritisak. <b>Pojašnjenje:</b> Žene koje su adekvatno lečene od povišenog krvnog pritiska izložene su manjem riziku od akutnog infarkta miokarda i moždanog udara u poređenju sa ženama koje nisu lečene. Iako ne postoje podaci, korisnice POC čiji se povišeni krvni pritisak adekvatno kontroliše i nadzire trebalo bi da budu izložene manjem riziku od akutnog infarkta miokarda i moždanog udara u poređenju s nelečenim korisnicama POC koje imaju povišen pritisak. <b>Dokazi:</b> Malobrojni dokazi ukazuju na to da među ženama s povišenim krvnim pritiskom, one koje koriste POP i injekcije isključivo na bazi progestogena izložene su malo većem riziku od kardiovaskularnih insulata nego žene koje nisu korisnice.(109)
b) adekvatno kontrolisan povišeni krvni pritisak, kada se krvi pritisak MOŽE proceniti	1	2	1	
c) povišeni nivoi krvnog pritiska (na osnovu propisno izvršenog merenja) (i) sistolni 140-159 ili dijastolni 90-99 mm Hg	1	2	1	
(ii) sistolni ≥ 160 ili dijastolni ≥ 100 mm Hg	2	3	2	
d) vaskularno oboljenje	2	3	2	

POC ne štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.

ZDRAVSTVENO STANJE	KATEGORIJA			POJAŠNJENJA/ DOKAZI	
	I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe				
	POP	D/NE	LNG/ETG		
POP = tablete isključivo na bazi progestogena LNG/ETG = implanti s levonogestrelom i etonogestrelom D/NE = injekcije depo- medroksiprogesteron acetata (DMPA) / noretisteron enantata (NET-EN)					
<b>ISTORIJAT POVIŠENOG KRVNOG PRITISKA U TOKU TRUDNOĆE</b> (kada je trenutni krvni pritisak merljiv i normalan)	1	1	1		
<b>DUBOKA VENSKA TROMBOZA (DVT)/ PLUĆNA EMBOLIJA (PE)*</b> a) DVT/PE u prošlosti b) akutna DVT/PE	2 3	2 3	2 3	<b>Dokazi:</b> Ne postoje neposredni dokazi u vezi sa upotrebom POC među ženama na anti-koagulantnoj terapiji. Iako dokazi o riziku od venske tromboze prilikom upotrebe POC među inače zdravim ženama nisu konzistentni, svaki blago povećani rizik je znatno manji od onog vezanog za upotrebnu COC. (109-111)	
c) Osobe sa DVT/PE na antikoagulantnoj terapiji	2	2	2	<b>Dokazi:</b> Ne postoje neposredni dokazi u vezi sa upotrebom POC među ženama na anti-koagulantnoj terapiji. Iako dokazi o riziku od venske tromboze prilikom upotrebe POC među inače zdravim ženama nisu dosledni, svaki blago povećani rizik je znatno manji od onog vezanog za upotrebu COC. (109-111) Malobrojni dokazi ukazuju na to da intramuskularne injekcije DMPA kod žena na hroničnoj antikoagulantnoj terapiji ne predstavljaju znatan rizik od hematoma na mestu uboda injekcije, niti povećavaju rizik od teškog ili neredovnog vaginalnog krvarenja. (112;113)	
d) porodični istorijat oboljenja (prvo koleno)	1	1	1		
e) veće hirurške intervencije					
(i) s dužim periodom nepokretnosti	2	2	2		
(ii) bez dužeg perioda nepokretnosti	1	1	1		
f) manje hirurške intervencije bez perioda nepokretnosti	1	1	1		
<b>POZNATE TROMBOGENE MUTACIJE</b> (npr. faktora V Lajden, protrombinske mutacije, proteina S, proteina C, i antitrombinske deficijencije)	2	2	2	<b>Pojašnjenje:</b> Rutinski skrining nije prikladan s obzirom da se radi o retkim oboljenjima i da su troškovi skrininga veliki.	
<b>TROMBOZA POVRŠINSKIH VENA</b> a) venski varikoziteti b) površinski tromboflebitis	1 1	1 1	1 1		
<b>TREKUTNO ILI PROŠLO ISHEMIJSKO OBOLJENJE SRCA *</b>	I	C	3	I	C
	2	3		2	3
<b>MOŽDANI UDAR*</b> (istorijat cerebrovaskularnog insulta)	I	C	3	I	C
	2	3		2	3



POC ne štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.							
ZDRAVSTVENO STANJE	KATEGORIJA			POJAŠNJENJA/ DOKAZI			
	I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe						
	POP	D/NE	LNG/ETG				
POP = tablete isključivo na bazi progestogena LNG/ETG = implantati s levonogestrelom i etonogestrelom D/NE = injekcije depo- medroksiprogesteron acetata (DMPA) / noretisteron enantata (NET-EN)							
<b>POZNATE HIPERLIPIDEMIJE</b>	2	2	2	<b>Pojašnjenje:</b> Rutinski skrining nije prikladan s obrizom da se radi o retkim oboljenjima i da su troškovi skrininga veliki. Neki tipovi hiperlipidemija predstavljaju faktore rizika za vaskularna oboljenja.			
<b>OBOLJENJA SRČANIH ZALISTAKA</b>							
a) bez komplikacija	1	1	1				
b) sa komplikacijama (plućna hipertenzija, povećani rizik od fibrilacije pretkomora, istorijat subakutnog bakterijskog endokarditisa)	1	1	1				
<b>DOJENJE</b>							
a) < 6 nedelja posle porođaja	3	3	3				
b) ≥ 6 nedelja do < 6 meseci posle porođaja (primarno dojenje)	1	1	1				
c) ≥ 6 meseci posle porođaja	1	1	1				
<b>REUMATSKA OBOLJENJA</b>							
<b>SISTEMSKI LUPUS ERYTHEMATOSUS (SLE)*</b>							
Osobe koje pate od SLE su izložene povećanom riziku od ishemijskog oboljenja srca, moždanog udara i venske tromboembolije. Kategorije dodeljene tim oboljenjima u <i>Kriterijumima medicinske podobnosti za upotrebu kontraceptivnih sredstava</i> treba da budu iste za žene s SLE koje imaju ova oboljenja. Za sve kategorije SLE, klasifikacije su zasnovane na pretpostavci da ne postoje drugi faktori rizika za kardiovaskularna oboljenja, i ove klasifikacije se moraju modifikovati u slučaju postojanja takvih faktora rizika. Raspoloživi dokazi upućuju na to da mnoge žene koje pate od SLE mogu da se smatraju za dobre kandidate za upotrebu većine kontraceptivnih sredstava, uključujući i hormonska kontraceptivna sredstva. (245-263)							
a) pozitivna (ili nepoznata) antifosfolipidna antitela	3	I C		3	3		<b>Dokazi:</b> Antifosfolipidna antitela se dovode u vezu sa većim rizikom i od arterijske i od venske tromboze. (133-135)
b) teška trombocitopenija		3	3				
c) imunosupresivna terapija		2	2				
d) ništa od gore navedenog		2	2				
<b>NEUROLOŠKA STANJA</b>							
<b>GLAVOBOLJE*</b>	I	C	I	C	I	C	<b>Pojašnjenje:</b> Klasifikacija zavisi od tačne dijagnoze toga koje teške glavobolje su migrenske a koje nisu. Treba proceniti sve nove glavobolje, ili registrovane promene u glavoboljama. Klasifikacija je za žene kojima ne pretili nijedan drugi faktor rizika za moždani udar. Rizik od moždanog udara raste s godinama, krvnim pritiskom i pušenjem.
a) pozitivna (ili nepoznata) antifosfolipidna antitela	1	1	1	1	1	1	
b) teška trombocitopenija	1	2	2	2	2	2	
c) imunosupresivna terapija	1	2	2	2	2	2	
d) ništa od gore navedenog	2	3	2	3	2	3	
<b>EPILEPSIJA</b>	1	1	1	1	1	1	<b>Pojašnjenje:</b> Ukoliko žena koristi antikonvulzante, pogledajte odeljak o međusobnom dejstvu lekova. Određeni antikonvulzanti umanjuju delotvornost POC.

POC ne štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.				
ZDRAVSTVENO STANJE	KATEGORIJA			POJAŠNJENJA/ DOKAZI
	I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe			
	POP	D/NE	LNG/ETG	
POP = tablete isključivo na bazi progestogena LNG/ETG = implanti s levonogestrelom i etonogestrelom D/NE = injekcije depo- medroksiprogesteron acetata (DMPA) / noretisteron enantata (NET-EN)				
<b>DEPRESIVNI POREMEĆAJI</b>				
<b>DEPRESIVNI POREMEĆAJI</b>	1	1	1	<b>Pojašnjenje:</b> Klasifikacija je zasnovana na podacima za žene sa odabranim depresivnim poremećajima. Na raspolaganju nisu bili podaci o bipolarnom poremećaju ili postporođajnoj depresiji. Postoji mogućnost interakcije između lekova, kada je reč o određenim antidepresivima i hormonskim kontraceptivnim sredstvima. <b>Dokazi:</b> Upotreba COC nije povećala depresivne simptome kod žena s depresijom, u poređenju sa njihovom polazišnom situacijom (136-139)
<b>INFEKCIJE I POREMEĆAJI REPRODUKTIVNOG TRAKTA</b>				
<b>KARAKTERISTIKE VAGINALNOG KRVARENJA*</b>				
a) neredovno krvarenje koje nije obilno	2	2	2	<b>Pojašnjenje:</b> Neobičajeno obilno krvarenje treba da pobudi sumnju u ozbiljno medicinsko oboljenje.
b) obilno ili produženo krvarenje (i redovno i neredovno)	2	2	2	
<b>NEOBJAŠNJENO VAGINALNO KRVARENJE*</b> (sumnje u ozbiljnije oboljenje) Pre procene	2	3	3	<b>Pojašnjenje:</b> Ukoliko se sumnja u trudnoću ili neko patološko stanje (kao što su maligni tumori u predelu karlice), mora da se utvrdi uzrok i potom odredi kategorija.
<b>ENDOMETRIOZA</b>	1	1	1	
<b>BENIGNI TUMORI JAJNIKA</b> (uključujući i ciste)	1	1	1	
<b>TEŠKA DISMENOREJA</b>	1	1	1	
<b>GESTACIJSKA TROFOBLASTNA BOLEST</b>				
a) umanjeni ili neprimetni nivoi $\beta$ -hCG	1	1	1	
b) konstantno povišeni nivoi $\beta$ -hCG ili maligna oboljenja	1	1	1	
<b>EKTROPION GRLIĆA MATERICE</b>	1	1	1	
<b>CERVICALNA INTRAEPITELNA NEOPLAZIJA (CIN)</b>	1	2	2	<b>Dokazi:</b> Među ženama s perzistentnom HPV infekcijom, dugoročna upotreba DMPA ( $\geq 5$ godina) može da poveća rizik od karcinoma in situ i invazivnog karcinoma.(140)
<b>KARCINOM GRLIĆA MATERICE*</b> (u iščekivanju lečenja)	1	2	2	
<b>OBOLJENJA DOJKI*</b>				
a) nedijagnostifikovana masa	2	2	2	<b>Pojašnjenje:</b> Procenu treba obaviti što je pre moguće
b) benigno oboljenjedojki	1	1	1	
c) istorijat karcinoma u porodici	1	1	1	
d) karcinom dojke (i) trenutni	4	4	4	
(ii) u prošlosti, bez pokazatelja ponovnog oboljenja u toku 5 godina	3	3	3	

POC ne štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.				
ZDRAVSTVENO STANJE	KATEGORIJA			POJAŠNJENJA/ DOKAZI
	I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe			
	POP	D/NE	LNG/ETG	
POP = tablete isključivo na bazi progestogena LNG/ETG = implanti s levonogestrelom i etonogestrelom D/NE = injekcije depo- medroksiprogesteron acetata (DMPA) / noretisteron enantata (NET-EN)				
<b>KARCINOM ENDOMETRIJUMA*</b>				
<b>KARCINOM JAJNIKA*</b>				
<b>MIOMI MATERICE*</b> a) s poremećajem oblika materične duplje b) bez poremećaja oblika materične duplje				
<b>PELVIČNA INFLAMATORNA BOLEST (PID)*</b> a) ranije preležana PID (pod uslovom da nema trenutnih faktora rizika za STI) (i) posle koje je sledila trudnoća (ii) posle koje nije sledila trudnoća b) trenutna PID				
<b>SEKSUALNO PRENOSIVE INFEKCIJE (STI)</b> a) gnojna upala grlića materice ili infekcija hlamidijom ili gonoreja b) druge STI (izuzev HIV-a i hepatitisa) c) vaginitis – vaginalna upala (uključujući trihomonas vaginalis i bakterijsku vaginozu) d) povećan rizik od STI	1 1 1 1	1 1 1 1	1 1 1 1	<b>Dokazi:</b> Dokazi ukazuju da postoji veći rizik od hlamidijske upale grlića materice među korisnicama DMPA koje su izložene velikom riziku od STI. Što se tiče drugih STI, dokazi ili upućuju na to da nema veze između upotrebe DMPA i oboljenja od STI, ili su previše malobrojni za izvlačenje bilo kakvih zaključaka. Ne postoje dokazi za druge POC. (141-148)
<b>HIV/AIDS</b>				
<b>VISOK RIZIK OD HIV-a</b>	1	1	1	<b>Dokazi:</b> Uravnotežen pregled dokaza ukazuje na to da ne postoji veza između upotrebe POC i infekcije HIV-om, iako su studije o upotrebi DMPA sprovedene među grupama populacije koje su izložene većem riziku došle do nedoslednih nalaza.(149-173)

POC ne štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.				
ZDRAVSTVENO STANJE	KATEGORIJA			POJAŠNJENJA/ DOKAZI
	I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe			
	POP	D/NE	LNG/ETG	
POP = tablete isključivo na bazi progestogena LNG/ETG = implanti s levonogestrelom i etonogestrelom D/NE = injekcije depo- medroksiprogesteron acetata (DMPA) / noretisteron enantata (NET-EN)				
<b>INFICIRANE HIV-om</b>	1	1	1	<b>Dokazi:</b> Većina studija navodi da ne postoji povećan rizik od progresije HIV infekcije zbog upotrebe hormonskih kontraceptivnih sredstava, što je zaključeno na osnovu merenja promena u broju CD4 ćelija, virulencije ili preživljavanja. Studije koje navode da su žene s HIV-om koje koriste hormonska kontraceptivna sredstva izložene većem riziku od STI uglavnom jesu u skladu s izveštajima o neinficiranim ženama. Jedna neposredna studija nije pronašla vezu između upotrebe hormonskih kontraceptivnih sredstava i povećanog rizika od prenosa HIV-a nezaraženim partnerima; nekoliko posrednih studija je prijavilo mešovite rezultate u pogledu toga da li je hormonalna kontracepcija povezana sa povišenim rizikom od oslobađanja HIV-1 DNK ili RNK iz genitalnog trakta.(174-191)
<b>AIDS</b>	1	1	1	<b>Pojašnjenje:</b> Zbog toga što može da dođe do interakcije između hormonskih kontraceptivnih sredstava i antiretroviralne (ARV) terapije, pogledajte odeljak o međusobnom dejstvu lekova.
<b>DRUGE INFEKCIJE</b>				
<b>SHISTOSOMIJAZA</b>				<b>Dokazi:</b> Među ženama sa shistosomijazom bez komplikacija, malobrojni dokazi ukazuju da upotreba DMPA nema štetne posledice po jetrinu funkciju. (192)
a) bez komplikacija	1	1	1	
b) fibroza jetre (ukoliko je teška, pogledajte pod 'ciroza')	1	1	1	
<b>TUBERKULOZA</b>				<b>Pojašnjenje:</b> Ukoliko žena koristi rifampicin, pogledajte odeljak o interakciji lekova. Postoji verovatnoća da će rifampicin umanjiti delotvornost nekih POC.
a) nekarlična	1	1	1	
b) karlična	1	1	1	
<b>MALARIJA</b>	1	1	1	
<b>ENDOKRINI POREMEĆAJI</b>				
<b>DIJABETES*</b>				
a) istorijat gestacijskog dijabetesa	1	1	1	<b>Dokazi:</b> Dve manje studije su pokazale da POC nemaju štetno dejstvo na nivoe serumskih lipida kod žena s istorijatom gestacijskog dijabetesa. (193;194) Malobrojni dokazi su nedosledni u pogledu razvoja insulins nezavisnog dijabetesa među korisnicama POC koje ima istorijat gestacijskog dijabetesa. (195-198)
	1	1	1	<b>Dokazi:</b> Među ženama sa insulin zavisnim i insulin nezavisnim dijabetesom, malobrojni dokazi ukazuju na to da upotreba metoda isključivo na bazi progestogena (POP, DMPA, LNG implanti) ima slab uticaj na kratkoročnu ili dugoročnu kontrolu dijabetesa (npr. A1c nivoi hemoglobina, hemostatski markeri ili profil lipida). (199-202)
b) nevaskularno oboljenje				
(i) insulin nezavisni				
(ii) insulin zavisni				
c) nefropatija/retinopatija/ neuropatija				
d) drugo vaskularno oboljenje ili dijabetes koji traje više od 20 godina				

POC ne štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.				
ZDRAVSTVENO STANJE	KATEGORIJA			POJAŠNJENJA/ DOKAZI
	I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe			
	POP	D/NE	LNG/ETG	
POP = tablete isključivo na bazi progestogena LNG/ETG = implanti s levonogestrelom i etonogestrelom D/NE = injekcije depo- medroksiprogesteron acetata (DMPA) / noretisteron enantata (NET-EN)				
<b>POREMEĆAJI TIROIDNE ŽLEZDE</b>				
a) prosta gušavost (struma)	1	1	1	
b) hipertiroidizam	1	1	1	
c) hipotiroidizam	1	1	1	
<b>GASTROINTESTINALNI POREMEĆAJI</b>				
<b>OBOLJENJA ŽUČNE KESE*</b>				
a) simptomatska				<b>Dokazi:</b> Uravnotežen pregled dokaza ukazuje na to da ne postoji veza između upotrebe POC i infekcije HIV-om, iako su studije o upotrebi DMPA sprovedene među grupama populacije koje su izložene većem riziku došle do nedoslednih nalaza. (149-173)
(i) lečena holecistektomijom	2	2	2	
(ii) lečena medikamentima	2	2	2	
(iii) trenutna	2	2	2	
b) asimptomatska	2	2	2	
<b>ISTORIJAT HOLESTAZE*</b>				
a) vezana za trudnoću	1	1	1	
b) vezana za upotrebu COC u prošlosti	2	2	2	
<b>VIRUSNI HEPATITIS</b>				
a) akutni ili egzacerbacija hroničnog	1	1	1	
b) prenosilac	1	1	1	
c) hronični	1	1	1	
<b>CIROZA</b>				
a) blaga (kompenzovana)	1	1	1	
b) teška (dekompenzovana)	3	3	3	
<b>TUMORI JETRE*</b>				
a) benigni				<b>Dokazi:</b> Postoje malobrojni neposredni dokazi da upotreba hormonskih kontraceptivnih sredstava ne utiče ni na progresiju ni na regresiju lezija na jetri među ženama sa fokalnom nodularnom hiperplazijom. (203-205)
(i) fokalna nodularna hiperplazija	2	2	2	
(ii) hepatocelularni adenom	3	3	3	
b) maligni (hepatoma)	3	3	3	
<b>ANEMIJE</b>				
<b>TALASEMIJA</b>				
	1	1	1	
<b>ANEMIJA SRPASTIH ČELIJA</b>				
	1	1	1	<b>Dokazi:</b> Među ženama sa anemijom, srpastih ćelija POC nisu imali štetna dejstva na hematološke parametre i, prema nekim studijama, delovali su pozitivno na kliničke simptome. (206-213)
<b>SIDEROPENIJSKA ANEMIJA*</b>				
	1	1	1	

POC ne štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.				
ZDRAVSTVENO STANJE	KATEGORIJA			POJAŠNJENJA/ DOKAZI
	I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe			
	POP	D/NE	LNG/ETG	
POP = tablete isključivo na bazi progestogena LNG/ETG = implanti s levonogestrelom i etonogestrelom D/NE = injekcije depo- medroksiprogesteron acetata (DMPA) / noretisteron enantata (NET-EN)				
<b>MEDUSOBNA DEJSTVA LEKOVA</b>				
<b>ANTIRETROVIRUSNA TERAPIJA</b>				
a) inhibitori nukleozidne reverzne transkriptaze (NRTI)	1	DMPA=1 NET-EN=1	1	<b>Pojašnjenje:</b> Antiretrovirusni lekovi mogu da ili smanje ili povećaju bioraspoloživost steroidnih hormona u hormonskim kontraceptivnim sredstvima. Malobrojni podaci (rezimirani u Aneksu 1) ukazuju na moguću interakciju između mnogih antiretrovirusnih lekova (posebno određenih NNRTI i inhibitora proteaza pojačanih ritonavinom) i hormonskih kontraceptivnih sredstava. Ova međusobna dejstva mogu da izmene bezbednost i delotvornost kako hormonskog kontraceptivnog sredstva, tako i antiretrovirusnog leka. Stoga, ukoliko žena na antiretrovirusnoj terapiji odluči da započne ili nastavi s upotrebom hormonskih kontraceptivnih sredstava, preporučuje se i dosledno korišćenje kondoma. Ovo je i radi sprečavanja prenošenja HIV-a i da bi se nadoknadilo bilo kakvo moguće gubljenje delotvornosti hormonskog kontraceptivnog sredstva.
b) inhibitori nenukleozidne reverzne transkriptaze (NNRTI)	2	DMPA=1 NET-EN=2	2	
c) inhibitori proetaza pojačani ritonavinom	3	DMPA=1 NET-EN=2	2	
<b>ANTIKONVULZIVNA TERAPIJA</b>				
a) određeni antikonvulzanti (fenitoin, karbamazepin, barbiturati, pirimidon, topiramaf, okskarbazepin)	1 1	1 1	1 1	<b>Pojašnjenje:</b> Iako interakcija određenih antikonvulzanata i POP, NET-EN i LNG/ETG implanta nije štetna za žene, verovatno će umanjiti delotvornost POP, NET-EN i LNG/ETG implanta. Nije jasno da li povećanje hormonske doze POP rešava ovaj problem. Ženama na dugoročnoj terapiji ovim lekovima treba preporučiti upotrebu drugih kontraceptivnih sredstava. Upotreba DMPA spada u kategoriju 1, zato što se u ovom slučaju delotvornost ne smanjuje zbog korišćenja određenih antikonvulzanata. <b>Dokazi:</b> Upotreba određenih antikonvulzanata može da umanjiti delotvornost POC. (214-216) <b>Dokazi:</b> Nije prijavljena nikakva interakcija lekova među ženama s epilepsijom koje uzimaju lamotrigin i koriste POC. (217)
b) lamotrigin				
<b>ANTIMIKROBNA TERAPIJA</b>				
a) antibiotici širokog spektra	1	1	1	<b>Pojašnjenje:</b> Iako interakcija između rifampicina ili rifabutina i POP, NET-EN i LNG/ETG implanta nije štetna za žene, verovatno će umanjiti delotvornost POP, NET-EN i LNG/ETG implanta. Ženama na dugoročnoj terapiji ovim lekovima treba preporučiti upotrebu drugih kontraceptivnih sredstava. Upotreba DMPA spada u kategoriju 1, zato što se u ovom slučaju delotvornost ne smanjuje zbog korišćenja rifampicina ili rifabutina. Nije jasno da li povećanje hormonske doze POP rešava ovaj problem.
b) antimikotici	1			
c) antiparazitna terapija	1			
d) terapija rifampicinom ili rifabutinom	3	1	1	

## DODATNI KOMENTARI

**Vanmaterična trudnoća u prošlosti:** POP imaju višu apsolutnu stopu vanmaterične trudnoće u poređenju sa drugim POC, koja je ipak manja nego kad se ne koristi nijedan metod. Tableta koja sadrži 75 µg dezogestrela inhibira ovulaciju u većini ciklusa, što ukazuje na nizak rizik od vanmaterične trudnoće.

**Povišen krvni pritisak:** Vaskularna oboljenja: postoji zabrinutost zbog efekata sniženih nivoa estrogena i sniženja nivoa lipoproteina velike gustine (HDL), posebno među korisnicama DMPA i NET-EN. Međutim, zabrinutost u vezi sa ovim dejstvima kada je reč o POP ili LNG/ETG implantima je mala. Dejstvo DMPA i NT-EN može da traje i neko vreme nakon prestanka upotrebe.

**Duboka venska tromboza/plućna embolija:** Žene na anticoagulantnoj terapiji koje su imale hemoragične ciste na jajnicima mogu imati koristi od upotrebe DMPA.

**Trenutno ili prošlo ishemijsko oboljenje srca:** Postoji zabrinutost u vezi s dejstvima sniženih nivoa estrogena i sniženja nivoa lipoproteina velike gustine (HDL), posebno među korisnicama DMPA i NET-EN. Međutim, zabrinutost u vezi sa ovim dejstvima kada je reč o POP ili LNG/ETG implantima je mala. Dejstvo DMPA i NT-EN može da traje i neko vreme nakon prestanka upotrebe.

**Moždani udar:** Postoji zabrinutost u vezi s dejstvima sniženih nivoa estrogena i sniženja nivoa lipoproteina velike gustine (HDL), posebno među korisnicama DMPA i NET-EN. Međutim, zabrinutost u vezi sa ovim dejstvima kada je reč o POP ili LNG/ETG implantima je mala. Dejstvo DMPA i NT-EN može da traje i neko vreme nakon prestanka upotrebe.

**Sistemski lupus eritematosus (SLE):** Teška trombocitopenija povećava rizik od krvarenja. POC mogu biti korisni u lečenju menoragije kod žena sa teškom trombocitopenijom. Međutim, imajući u vidu obilnija ili nepredviđena krvarenja koja se mogu javiti nakon početka upotrebe DMPA, kao i to da je nemoguće vratiti se na početno stanje nekih 11-13 nedelja nakon administriranja sredstva, žene s teškom trombocitopenijom treba da budu oprezne kada se opredele za ovaj metod.

**Glavobolje:** Aura je specifičan fokalni neurološki simptom. Za više informacija o ovome i drugim kriterijumima za dijagnozu, pogledajte: Podkomitet za klasifikaciju glavobolja, *Međunarodna klasifikacija glavobolja*, drugo izdanje, *Cephalalgia*. 2004;24(Suppl 1):1-150. [http://ihs-classification.org/en/02\\_klasifikation](http://ihs-classification.org/en/02_klasifikation) (linku pristupljeno 21. avgusta 2009.)

Postoji zabrinutost da se teške glavobolje mogu pogoršati s upotrebom NET-EN, DMPA, i implanta. Dejstvo DMPA i NT-EN može da traje i neko vreme nakon prestanka upotrebe.

**Karakteristike vaginalnog krvarenja:** Među zdravim ženama nisu retki neredovni obrasci menstruacionog krvarenja. POC često izazivaju neredovna krvarenja. Upotreba implanta može da izazove neredovna krvarenja, naročito u prvih 3-6 meseci, ali ona mogu da traju i duže. Veća je verovatnoća da će kod korisnica ETG nastupiti amenoreja u poređenju s korisnicama LNG.

**Neobjašnjeno vaginalno krvarenje:** POC mogu da uzrokuju neredovna krvarenja koji mogu da zamaskiraju simptome nekog ozbiljnijeg oboljenja. Dejstvo DMPA i NT-EN može da traje i neko vreme nakon prestanka upotrebe.

**Karcinom grlića materice (u iščekivanju lečenja):** Postoji teoretska zabrinutost da bi upotreba POC mogla da utiče na prognozu postojeće bolesti. Dok čekaju lečenje, žene mogu da koriste POC. Lečenje ovog oboljenja najčešće ostavlja žene sterilnim.

**Oboljenja dojki:** Karcinom dojke: Karcinom dojke predstavlja hormonski osetljiv tumor, i prognoza za žene sa trenutnim ili nedavnim rakom dojke može da se pogorša uz upotrebu kombinovanih hormonskih kontraceptivnih sredstava.

**Karcinom endometrijuma:** U iščekivanju lečenja, žene mogu da koriste POC. Lečenje ovog oboljenja najčešće ostavlja žene sterilnim.

**Karcinom jajnika:** U iščekivanju lečenja, žene mogu da koriste POC. Lečenje ovog oboljenja najčešće ostavlja žene sterilnim.

**Miomi materice:** Čini se da POC ne uzrokuju stvaranje mioma materice.

**Pelvična inflamatorna bolest (PID):** Nije poznato da li POC smanjuju rizik od PID među ženama sa STI, ali ni oni ne štite od HIV-a ili drugih STI koje napadaju donji genitalni trakt.

**Dijabetes:** Nefropatija/retinopatija/neuropatija: postoji zabrinutost u vezi s dejstvima sniženih nivoa estrogena i sniženja nivoa lipoproteina velike gustine (HDL), posebno među korisnicama DMPA i NET-EN. Dejstvo DMPA i NT-EN može da traje i neko vreme nakon prestanka upotrebe. Neki POC mogu da povećaju rizik od tromboze, iako će ga povećati znatno manje u poređenju sa COC.

Druga vaskularna oboljenja ili dijabetes koji traje više od 20 godina: postoji zabrinutost u vezi s dejstvima

sniženi nivoa estrogena i sniženja nivoa lipoproteina velike gustine (HDL), posebno među korisnicama DMPA i NET-EN. Dejstvo DMPA i NT-EN može da traje i neko vreme nakon prestanka upotrebe. Neki POC mogu da povećaju rizik od tromboze, iako će ga povećati znatno manje u poređenju sa COC.

**Istorijat holestaze:** Teoretski, holestaza koja se pojavila tokom uzimanja COC u prošlosti može da predvidi novu holestazu izazvanu upotrebom POC. Ovo, međutim, do sada nije dokumentovano.

**Tumori jetre:** Ne postoje dokazi vezani za upotrebu kombinovanih hormonskih kontraceptivnih sredstava među ženama s hepatocelularnim adenomom. S obzirom da se upotreba COC od strane zdravih žena se dovodi u vezu s razvojem i rastom hepatocelularnih adenoma, nije poznato da li druga hormonska kontraceptivna sredstva imaju slično dejstvo.

**Sideropenijska anemija:** Promene u karakteristikama menstruacije povezane s upotrebom POC imaju mali uticaj na nivo hemoglobina.



## LITERATURA:

- (1) Albertazzi P, Bottazzi M, Steel SA. Bone mineral density and depot medroxyprogesterone acetate. *Contraception*, 2006, 73:577-583.
- (2) 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.
- (3) Beksinska 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.
- (4) 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.
- (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-menopausal 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) Tharnprisan 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) Virutamasen P, Wangsuphachart S, Reinprayoon D et al. Trabecular bone in long-term depot-medroxyprogesterone acetate users. *Asia-Oceania Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1994, 20:269-274.58
- (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) Beerthuis 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 progestogen-only contraception may protect against loss of bone mass in breast-feeding 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 etonorgestrel- 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]. *Ginecología Obstétrica de México*, 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 breast-feeding 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 progestogen 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, Tothill 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, 25:107-111.
- (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 levonorgestrel 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 breast-fed 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 breast-fed infants. *Contraception*, 2006, 73:368-371.
- (86) West CP. The acceptability of a progestagen-only contraceptive during breast-feeding. *Contraception*, 1983, 27:563-569.
- (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 postpartum 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-medroxy-progesterone 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 medroxy-progesterone acetate. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 2002, 15:79-82.
- (106) Risser WL, Geffter 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 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.
- (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) Sonmezer M, Atabekoglu C, Cengiz B et al. Depot-medroxy-progesterone 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; 80:337-345.
- (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, 20:427-433.
- (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, 53:609-612.
- (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, Veraseritnyom O, Totemchokchyakam 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, 31:561-567.
- (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) 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.
- (150) Allen S, Serufilira 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.
- (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, Siraprasasiri T et al. Risk factors of HIV-1 infection among female prostitutes in Khon Kaen, Northeast Thailand. *Infection*, 1992, 20:328-331.
- (171) Siraprasasiri T, Thanprasertsuk S, Rodklay A et al. Risk factors for HIV among prostitutes in Chiangmai, Thailand. *AIDS*, 1991, 5:579-582.

- (172) 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.
- (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 postpartum 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 medroxyprogesterone 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 nomegestrol 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. Nomogestrol 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 *epilepsia*. *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





**HITNA ORALNA KONTRACEPCIJA (ECP)**  
**(uključujući kontraceptivne tablete s levonorgestrelom i kombinovane oralne kontraceptivne tablete)**

ECP ne štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.		
ZDRAVSTVENO STANJE *dodatni komentari na kraju tabele	KATEGORIJA I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe	POJAŠNJENJA/ DOKAZI
<b>TRUDNOĆA</b>	NA	NA = nije dostupno <b>Pojašnjenje:</b> Iako ovaj metod nije namenjen ženama kod kojih je trudnoća potvrđena ili se u nju sumnja, ukoliko dođe do slučajne upotrebe ECP, nije zabeleženo da će žena, tok trudnoće ili sam fetus pretrpeti štetne posledice.
<b>DOJENJE</b>	1	
<b>ISTORIJAT VANMATERIČNE TRUDNOĆE</b>	1	
<b>ISTORIJAT TEŠKIH KARDIOVASKULARNIH KOMPLIKACIJA*</b> (ishemijsko oboljenje srca, cerebrovaskularni insult, ili druga tromboembolijska oboljenja)	2	
<b>ANGINA PECTORIS*</b>	2	
<b>MIGRENA*</b>	2	
<b>TEŠKO OBOLJENJE JETRE*</b> (uključujući žuticu)	2	
<b>PONOVLJENA UPOTREBA ECP</b>	1	<b>Pojašnjenje:</b> Ponovljena upotreba ECP predstavlja siguran znak da je ženi potrebno opširnije savetovanje u vezi sa drugim kontraceptivnim metodima. Učestala upotreba ECP može da škodi ženama čija su zdravstvena stanja kategorisana kao 2, 3 ili 4 za upotrebu CHC ili POC.
<b>SILOVANJE*</b>	1	

**DODATNI KOMENTARI**

**Istorijat teških kardiovaskularnih komplikacija:** Dužina upotrebe ECP je kraća od redovne upotrebe COC ili POP, te se stoga očekuje da ima manji klinički uticaj.

**Angina pectoris:** Dužina upotrebe ECP je kraća od redovne upotrebe COC ili POP, te se stoga očekuje da ima manji klinički uticaj.

**Migrena:** Dužina upotrebe ECP je kraća od redovne upotrebe COC ili POP, te se stoga očekuje da ima manji klinički uticaj.

**Teška oboljenja jetre (uključujući žuticu) :** Dužina upotrebe ECP je kraća od redovne upotrebe COC ili POP, te se stoga očekuje da ima manji klinički uticaj.

**Silovanje:** Nema restrikcija vezanih za upotrebu ECP u slučaju silovanja.



## INTRAUTERINI ULOŠCI (IUD)

IUD ne štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.			
ZDRAVSTVENO STANJE <small>*dodatni komentari na kraju tabele</small>	KATEGORIJA <b>I = početak upotrebe</b> <b>C = nastavak upotrebe</b>		POJAŠNJENJA/ DOKAZI
	Cu-IUD	LNG-IUD	
Cu-IUD = IUD sa dodatkom bakra LNG-IUD = IUD koje otpuštaju levonorgestrel (20 µg/24h)			
LIČNE ODLIKE I REPRODUKTIVNI ISTORIJE			
<b>TRUDNOĆA</b>	4	4	<b>Pojašnjenje:</b> IUD nisu namenjene korišćenju za vreme trudnoće, i ne treba da se upotrebljavaju zbog opasnosti od teške pelvične infekcije i septičkog spontanog pobačaja.
<b>GODINE STAROSTI*</b> a) od prve menstruacije do 20. godine b) ≥ 20 godina	2 1	2 1	
<b>PARITET</b> a) Žene koje su rađale b) Žene koje nisu rađale	2 1	2 1	<b>Dokazi:</b> Postoje protivrečni podaci na temu toga da li je upotreba IUD povezana sa sterilitetom među ženama koje nisu rađale, iako dobro sprovedene studije ukazuju da ne postoji povišen rizik. (1-9)
<b>POSLE POROĐAJA*</b> (žene koje doje ili koje ne doje, uključujući i žene posle carskog reza) a) < 48 časova uključujući postavljanje odmah nakon izbacivanja posteljice (i) koje doje (ii) koje ne doje b) ≥ 48 časova do < 4 nedelje c) ≥ 4 nedelje d) postporođajna sepsa	1 1 3 1 4	3 1 3 1 4	<b>Dokazi:</b> Postavljanje bakarne IUD neposredno nakon porođaja, posebno ukoliko se to radi odmah nakon izbacivanja posteljice, povezano je s nižom stopom odbacivanja u poređenju s kasnijim postavljanjem nakon porođaja. Takođe, postavljanje nakon nakon carskog reza i uklanjanja posteljice ima nižu stopu odbacivanja u poređenju sa vaginalnim postavljanjem nakon izbacivanja posteljice. Rizik od komplikacija vezanih za postavljanje, kao što su perforacija i infekcija, ne povećavaju se ni u jednom trenutku u toku perioda posle porođaja. (10-24)
<b>POSLE POBAČAJA</b> a) u prvom trimestru b) u drugom trimestru c) neposredno nakon septičkog pobačaja	1 2 4	1 2 4	<b>Pojašnjenja:</b> IUD se mogu postaviti odmah nakon pobačaja u prvom trimestru, bilo da je bio spontan ili indukovan. Ekspulzija IUD je češća ukoliko se IUD postavi nakon pobačaja u drugom trimestru, nego nakon pobačaja u prvom trimestru. Kada je reč o bezbednosti ili ekspulziji, nema razlike između LNG-IUD i Cu-IUD postavljenih posle pobačaja. (25-37)
<b>ISTORIJE VANMATERIČNE TRUDNOĆE*</b>	1	1	
<b>ISTORIJE HIRURŠKIH ZAHVATA U KARLICIMA</b> (pogledati tabele za posle porođaja, uključujući i deo o carskom rezu)	1	1	

IUD ne štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.			
ZDRAVSTVENO STANJE *dodatni komentari na kraju tabele	KATEGORIJA		POJAŠNJENJA/ DOKAZI
	I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe		
	Cu-IUD	LNG-IUD	
Cu-IUD = IUD sa dodatkom bakra LNG-IUD = IUD koje otpuštaju levonorgestrel (20 µg/24h)			
<b>PUŠENJE</b> a) manje od 35 godina starosti b) više od 35 godina starosti (i) < 15 cigareta dnevno (ii) ≥ 15 cigareta dnevno	1 1 1	1 1 1	
<b>GOJAZNOST</b> a) indeks telesne mase ≥ 30 kg/m <sup>2</sup> (BMI) b) od prve menstruacije do 18. godine uz indeks telesne mase ≥ 30 kg/m <sup>2</sup> (BMI)	1 1	1 1	
<b>NEMOGUĆNOST MERENJA KRVNOG PRITISKA</b>	NA	NA	<b>Pojašnjenje:</b> Dok je merenje krvnog pritiska važno za dobru preventivnu zdravstvenu zaštitu, nije suštinski povezano sa bezbednom i delotvornom upotrebom IUD. Ženama ne treba uskratiti upotrebu IUD samo zato što im nije moguće izmeriti krvni pritisak.
<b>KARDIOVASKULARNA OBOLJENJA</b>			
<b>VIŠESTRUKI FAKTORI RIZIKA ZA ARTERIJSKO KARDIOVASKULARNO OBOLJENJE</b> (kao što su poznije godine, pušenje, dijabetes ili povišeni krvni pritisak)	1	2	
<b>POVIŠENI KRVNI PRITISAK *</b> Za sve kategorije povišenog krvnog pritiska, klasifikacije su zasnovane na pretpostavci da ne postoje drugi faktori rizika za kardiovaskularna oboljenja. Kada višestruki faktori rizika postoje, rizik od kardiovaskularnog oboljenja se može dramatično povećati. Samo jedno merenje krvnog pritiska nije dovoljno da bi se žena klasifikovala kao osoba koja pati od povišenog krvnog pritiska.			
a) povišeni krvni pritisak u prošlosti, kada se krvni pritisak NE MOŽE proceniti (uključujući krvni pritisak u trudnoći) b) adekvatno kontrolisan povišeni krvni pritisak, kada se krvni pritisak MOŽE proceniti c) povišeni nivoi krvnog pritiska (na osnovu proposino izvršenog merenja) (i) sistolni 140-159 ili dijastolni 90-99 mm Hg (ii) sistolni ≥ 160 ili dijastolni ≥ 100 mm Hg d) vaskularno oboljenje	1 1 1 1 1	2 1 1 2 2	
<b>ISTORIJA POKREĆENOG KRVNOG PRITISKA U TOKU TRUDNOĆE</b> (kada je trenutni krvni pritisak merljiv i normalan)	1	1	

IUD ne štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.

ZDRAVSTVENO STANJE *dodatni komentari na kraju tabele	KATEGORIJA I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe		POJAŠNJENJA/ DOKAZI
	Cu-IUD	LNG-IUD	
Cu-IUD = IUD sa dodatkom bakra LNG-IUD = IUD koje otpuštaju levonorgestrel (20 µg/24h)			
<b>DUBOKA VENSKA TROMBOZA (DVT)/ PLUĆNA EMBOLIJA (PE)*</b> a) istorijat DVT/PE b) akutna DVT/PE  c) DVT/PE i osobe na antikoagulantnoj terapiji  d) porodični istorijat oboljenja (prvo koleno) e) veće hirurške intervencije (i) s dužim periodom nepokretnosti (ii) bez dužeg perioda nepokretnosti f) manje hirurške intervencije bez perioda nepokretnosti	1 1  1  1 1 1 1	2 3  2  1 2 1 1	<b>Dokazi:</b> lako su dokazi o riziku od venske tromboze s upotrebom POC nedosledni, svaki blago povišeni rizik je znatno manji od rizika vezanog za upotrebu COC. (38-40)  <b>Dokazi:</b> lako su dokazi o riziku od venske tromboze s upotrebom POC nedosledni, svaki blago povišeni rizik je znatno manji od rizika vezanog za upotrebu COC. (38- 40) Malobrojni dokazi ukazuju na to da postavljanje LNG-IUD ne povećava rizik od krvarenja među ženama na hroničnoj antikoagulantnoj terapiji.(41-43)
<b>POZNATE TROMBOGENE MUTACIJE</b> (npr. faktora V Lajden, protrombinske mutacije, proteina S, proteina C, i antitrombinske deficijencije)	1	2	Pojašnjenje: Rutinski skrining nije prikladan s obzirom da se radi o retkim oboljenjima i da su troškovi skrininga veliki.v
<b>TROMBOZA POVRŠINSKIH VENA*</b> a) venski varikoziteti b) površinski tromboflebitis	1 1	1 1	
<b>TRETNUTNO ILI PROŠLO ISHEMIJSKO OBOLJENJE SRCA*</b>	1	I   C 2   3	
<b>MOŽDANI UDAR*</b> (istorijat cerebrovaskularnog insulata)	1	2	
<b>POZNATE HIPERLIPIDEMIJE</b>	1	2	<b>Pojašnjenje:</b> Rutinski skrining nije prikladan s obzirom da se radi o retkim oboljenjima i da su troškovi skrininga veliki.
<b>OBOLJENJA SRČANIH ZALISTAKA</b> a) bez komplikacija b) sa komplikacijama (plućna hipertenzija, povećani rizik od fibrilacije pretkomora, istorijat subakutnog bakterijskog endokarditisa)	1 2	1 2	<b>Pojašnjenje:</b> Prilikom postavljanja, preporučuje se uzimanje profilaktičkih antibiotika kako bi se predupredio endokarditis.

IUD ne štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.				
ZDRAVSTVENO STANJE *dodatni komentari na kraju tabele	KATEGORIJA		POJAŠNJENJA/ DOKAZI	
	I = početak upotrebe	C = nastavak upotrebe		
	Cu-IUD	LNG-IUD		
Cu-IUD = IUD sa dodatkom bakra LNG-IUD = IUD koje otpuštaju levonorgestrel (20 µg/24h)				
<b>REUMATSKA OBOLJENJA</b>				
<b>SISTEMSKI LUPUS ERYTHEMATOSUS (SLE)</b>				
Osobe koje pate od SLE su izložene povećanom riziku od ishemijskog oboljenja srca, moždanog udara i venske tromboembolije. Kategorije dodeljene tim oboljenima u <i>Kriterijumima medicinske podobnosti za upotrebu kontraceptivnih sredstava</i> treba da budu iste za žene s SLE koje imaju ova oboljenja. Za sve kategorije SLE, klasifikacije su zasnovane na pretpostavci da ne postoje drugi faktori rizika za kardiovaskularna oboljenja, i ove klasifikacije se moraju modifikovati u slučaju postojanja takvih faktora rizika. Raspoloživi dokazi upućuju na to da mnoge žene koje pate od SLE mogu da se smatraju za dobre kandidate za upotrebu većine kontraceptivnih sredstava, uključujući i hormonska kontraceptivna sredstva. (245-263)				
		I	C	
a) pozitivna (ili nepoznata) antifosfolipidna antitela		1	1	3
b) teška trombocitopenija		3	2	2
c) imunosupresivna terapija		2	1	2
d) ništa od gore navedenog		1	1	2
<b>NEUROLOŠKA STANJA</b>				
<b>GLAVOBOLJE*</b>				
			I	C
a) nemigrenske (blage ili teške)		1	1	1
b) migrenske				
(i) bez aure				
manje od 35 godina		1	2	2
više od 35 godina		1	2	2
(ii) sa austom, u bilo kojim godinama		1	2	3
<b>EPILEPSIJA</b>				
		1	1	
<b>DEPRESIVNI POREMEĆAJI</b>				
<b>DEPRESIVNI POREMEĆAJI</b>		1	1	<b>Pojašnjenje:</b> Klasifikacija je zasnovana na podacima za žene sa odabranim depresivnim poremećajima. Na raspolaganju nisu bili podaci o bipolarnom poremećaju ili postporođajnoj depresiji. Postoji mogućnost interakcije lekova, kada je reč o određenim antidepresivima i hormonskim kontraceptivnim sredstvima.

IUD ne štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.						
ZDRAVSTVENO STANJE *dodatni komentari na kraju tabele	KATEGORIJA		POJAŠNJENJA/ DOKAZI			
	I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe					
		Cu-IUD	LNG-IUD			
Cu-IUD = IUD sa dodatkom bakra LNG-IUD = IUD koje otpuštaju levonorgestrel (20 µg/24h)						
INFEKCIJE I POREMEĆAJI REPRODUKTIVNOG TRAKTA						
<b>KARAKTERISTIKE VAGINALNOG KRVARENJA*</b> a) neredovna krvarenja koja nisu obilna b) obilna ili produžena krvarenja (i redovna i neredovna)			I	C		<b>Pojašnjenje:</b> Neuobičajeno obilno krvarenje treba da pobudi sumnju u ozbiljno medicinsko oboljenje. <b>Dokazi:</b> Dokazi iz studija koje su se bavile ispitivanjem terapijskog delovanja LNG-IUD na žene s obilnim ili produženim krvarenjima pokazali su da nije došlo do povećanja štetnih dejstava i utvrdile su da LNG-IUD pozitivno deluje u lečenju menoragije. (65-72)
	1		1	1		
	2		2	2		
<b>NEOBJAŠNJENO VAGINALNO KRVARENJE</b> (sumnje u ozbiljnije oboljenje) Pre procene	I	C	I	C		<b>Pojašnjenje:</b> Ukoliko se sumnja u trudnoću ili neko patološko stanje (kao što su maligni tumori u predelu karlice), situacija se mora proceniti i kategorija se mora prilagoditi posle procene. Nema potrebe da se IUD ukloni pre procene.
	4	2	4	2		
<b>ENDOMETRIOZA</b>	2		1		<b>Dokazi:</b> Upotreba LNG-IUD među ženama s endometrizom umanjila je dismenoreju, bolove u predelu karlice i dispareuniju. (73-77)	
<b>BENIGNI TUMORI JAJNIKA</b> (uključujući i ciste)	1		1			
<b>TEŠKA DISMENOREJA*</b>	2		1			
<b>GESTACIJSKA TROFOBLASTNA BOLEST</b> a) umanjeni ili neprimetni nivoi β-hCG b) konstantno povišeni nivoi β-hCG ili maligna oboljenja	3		3		<b>Dokazi:</b> Malobrojni dokazi ukazuju na to da upotreba IUD nakon evakuacije molarne trudnoće nije povećala rizik od post-molarne trofoblastne bolesti u poređenju sa ženama koje koriste druge kontraceptivne metode. (78-81)	
	4		4			
<b>EKTROPION GRLIĆA MATERICE</b>	1		1			
<b>CERVIKALNA INTRAEPITELNA NEOPLAZIJA (CIN)*</b>	1		2			
<b>KARCINOM GRLIĆA MATERICE*</b> (u iščekivanju lečenja)	I	C	I	C		
	4	2	4	2		
<b>OBOLJENJA DOJKI*</b> a) nedijagnostifikovana masa b) benigna oboljenja dojki c) istorijat karcinoma u porodici d) karcinom dojke (i) trenutni (ii) u prošlosti, bez pokazatelja ponovnog oboljenja u toku 5 godina	1		2			
	1		1			
	1		1			
	1		4			
	1		3			

IUD ne štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.					
ZDRAVSTVENO STANJE *dodatni komentari na kraju tabele	KATEGORIJA				POJAŠNJENJA/ DOKAZI
	I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe				
	Cu-IUD		LNG-IUD		
Cu-IUD = IUD sa dodatkom bakra LNG-IUD = IUD koje otpuštaju levonorgestrel (20 µg/24h)					
<b>KARCINOM ENDOMETRIJUMA*</b>	I	C	I	C	
	4	2	4	2	
<b>KARCINOM JAJNIKA*</b>	3	2	3	2	
<b>MIOMI MATERICE*</b>					<b>Dokazi:</b> Među ženama s miomima, nije bilo štetnih zdravstvenih događaja tokom upotrebe LNG-IUD, a kod nekih žena je došlo i do ublažavanja simptoma i smanjenja veličine mioma. (82-88)
a) s poremećajem oblika materične duplje	1		1		
b) bez poremećaja oblika materične duplje	4		4		
<b>ANATOMSKE NEPRAVILNOSTI*</b>					
a) deformisana materična duplja (bilo kakva urođena ili stečena nepravilnost koja deformiše materičnu duplju tako da nije moguće postaviti IUD)	4		4		
b) druge nepravilnosti (uključujući cervikalnu stenozu ili cervikalne laceracije) koja ne deformiše materičnu duplju i predstavlja prepreku za postavljanje IUD	2		2		
<b>PELVIČNA INFLAMATORNA BOLEST (PID)*</b>	I	C	I	C	<b>Pojašnjenje</b> za nastavak upotrebe: PID treba lečiti pomoću odgovarajućih antibiotika. Nema potrebe za uklanjanjem IUD ukoliko korisnica želi da nastavi s upotrebom (Pogledajte <i>Odabrane preporuke prakse za upotrebu kontraceptivnih sredstava</i> , SZO, Ženeva 2005). Nastavak upotrebe IUD zavisi od inormisane odluke žene, kao i od trenutnih faktora rizika u vezi s STI i PID. <b>Dokazi:</b> Među korisnicama IUD koje su lečene od PID, nije bilo razlike u kliničkom toku lečenja u zavisnosti od toga da li je IUD uklonjena ili ostavljena na mestu. (89-91)
a) ranije preležana PID (pod uslovom da nema trenutnih faktora rizika za STI)					
(i) posle koje je sledila trudnoća	1	1	1	1	
(ii) posle koje nije sledila trudnoća	2	2	2	2	
b) trenutna PID	4	2	4	2	



IUD ne štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.

ZDRAVSTVENO STANJE *dodatni komentari na kraju tabele	KATEGORIJA				POJAŠNJENJA/ DOKAZI
	I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe				
	Cu-IUD	LNG-IUD			
Cu-IUD = IUD sa dodatkom bakra LNG-IUD = IUD koje otpuštaju levonorgestrel (20 µg/24h)					
<b>SEKSUALNO PRENOSIVE INFEKCIJE (STI)</b> a) gnojna upala grlića materice ili infekcija hlamidijom ili gonoreja  b) druge STI (izuzev HIV-a i hepatitisa) c) vaginitis – vaginalna upala (uključujući trihomonas vaginalis i bakterijsku vaginozu) d) povećan rizik od STI	I	C	I	C	<b>Pojašnjenje</b> za nastavak upotrebe: STI treba lečiti pomoću odgovarajućih antibiotika. Nema potrebe za uklanjanjem IUD ukoliko korisnica želi da nastavi s upotrebom. Nastavak upotrebe IUD zavisi od informisane odluke žene, kao i od trenutnih faktora rizika u vezi s STI i PID. <b>Dokazi:</b> Nema dokaza o tome da li postavljanje IUD kod žena sa STI povećava rizik od PID u poređenju sa onima kojima nije postavljena IUD ili ne. Među ženama koje imaju postavljenu IUD, apsolutni rizik od buduće PID bio je nizak među ženama koje su imale STI u trenutku postavljanja, ali je ipak bio veći nego među ženama koje nisu imale STI u trenutku postavljanja IUD. (92-98)  <b>Pojašnjenje:</b> Ukoliko postoji velika individualna verovatnoća da će se žena zaraziti gonorejom ili hlamidijom, uslov spada u kategoriju 3. <b>Dokazi:</b> Uz pomoć algoritma čija je svrha bila da klasifikuje status rizika od STI među korisnicama IUD, jedna studija je utvrdila da je 11% žena izloženih visokom riziku od STI doživela komplikacije u vezi s IUD, u poređenju s 5% korisnica koje nisu bile izložene visokom riziku. (99)
	4	2	4	2	
	2	2	2	2	
	2	2	2	2	
	2/3	2	2/3	2	
<b>HIV/AIDS</b>					
<b>VISOK RIZIK OD HIV-a</b>	I	C	I	C	<b>Dokazi:</b> Među ženama izloženim riziku od HIV-a, bakarne IUD nisu povećale rizik od infekcije HIV-om. (100-110)
	2	2	2	2	
<b>INFIGIRANE HIV-om</b> a) nedijagnostifikovana masa b) benigna oboljenja dojki c) istorijat karcinoma u porodici d) karcinom dojke (i) trenutni (ii) u prošlosti, bez pokazatelja ponovnog oboljenja u toku 5 godina	I	C	I	C	<b>Dokazi:</b> Među korisnicama IUD, kada su se poredile žene inficirane HIV-om sa nezaraženima, malobrojni dokazi nisu ukazali na to da su inficirane žene izložene povišenom riziku od ukupnih komplikacija ili infektivnih komplikacija. Upotreba IUD nije imala štetno dejstvo na progresiju HIV-a u poređenju s upotrebom hormonskih kontraceptivnih sredstava među ženama zaraženim HIV-om. Takođe, upotreba IUD među ženama zaraženim HIV-om nije bila povezana sa povišenim rizikom od prenosa infekcije seksualnim partnerima. (111-119)
	2	2	2	2	

IUD ne štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.					
ZDRAVSTVENO STANJE *dodatni komentari na kraju tabele	KATEGORIJA				POJAŠNJENJA/ DOKAZI
	I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe				
	Cu-IUD		LNG-IUD		
Cu-IUD = IUD sa dodatkom bakra LNG-IUD = IUD koje otpuštaju levonorgestrel (20 µg/24h)					
<b>AIDS</b> Klinički dobro, na antiretrovirusnoj terapiji	3 2	3 2	3 2	3 2	<b>Pojašnjenje za nastavak upotrebe:</b> Treba pažljivo pratiti zdravstveno stanje korisnica IUD koje boluju od AIDS-a zbog mogućih infekcija u predelu karlice.
<b>DRUGE INFEKCIJE</b>					
<b>SHISTOSOMIJAZA</b> a) bez komplikacija b) fibroza jetre (ukoliko je teška, pogledajte pod 'ciroza')		1 1		1 1	
<b>TUBERKULOZA*</b> a) nekarlična b) karlična		I 1 4	C 1 3	I 1 4	C 1 3
<b>MALARIJA</b>		1		1	
<b>ENDOKRINI POREMEĆAJI</b>					
<b>DIJABETES</b> a) istorijat gestacijskog dijabetesa b) nevaskularno oboljenje (i) insulin nezavisni (ii) insulin zavisni  c) nefropatija/retinopatija/ neuropatija d) drugo vaskularno oboljenje ili dijabetes koji traje više od 20 godina		1 1 1 1		1 2 2	<b>Dokazi:</b> Malobrojni dokazi ukazuju na to da upotreba LNG-IUD među ženama s insulin zavisnim i insulin nezavisnim dijabetesom ima mali uticaj na kratkoročnu ili dugoročnu kontrolu dijabetesa (npr. A1c nivoi hemoglobina, hemostatski markeri ili profil lipida). (120;121)
<b>POREMEĆAJI TIROIDNE ŽLEZDE</b> a) prosta gušavost (struma) b) hipertiroidizam c) hipotiroidizam		1 1 1		1 1 1	
<b>GASTROINTESTINALNI POREMEĆAJI</b>					
<b>OBOLJENJA ŽUČNE KESE</b> a) simptomatska (i) lečena holecistektomijom (ii) lečena medikamentima (iii) trenutna b) asimptomatska		1 1 1 1		2 2 2 2	

IUD ne štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.					
ZDRAVSTVENO STANJE *dodatni komentari na kraju tabele	KATEGORIJA		POJAŠNJENJA/ DOKAZI		
	I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe				
	Cu-IUD	LNG-IUD			
Cu-IUD = IUD sa dodatkom bakra LNG-IUD = IUD koje otpuštaju levonorgestrel (20 µg/24h)					
<b>ISTORIJAT HOLESTAZE*</b> a) vezana za trudnoću b) vezana za upotrebu COC u prošlosti	1 1	1 2			
<b>VIRUSNI HEPATITIS</b> a) akutni ili egzacerbacija hroničnog b) prenosilac c) hronični	1 1 1	1 1 1			
<b>CIROZA</b> a) blaga (kompenzovana) b) teška (dekompenzovana)	1 1	1 1			
<b>TUMORI JETRE*</b> a) benigni (i) fokalna nodularna hiperplazija (ii) hepatocelularni adenom b) maligni (hepatoma)	1 1 1	2 3 3			
<b>ANEMIJE</b>					
<b>TALASEMIJA*</b>	2	1			
<b>ANEMIJA SRPASTIH ČELIJA*</b>	2	1			
<b>SIDEROPENIJSKA ANEMIJA *</b>	2	1			
<b>MEDUSOBNA DEJSTVA LEKOVA</b>					
<b>ANTIRETROVIRUSNA TERAPIJA</b>	I	C	I	C	<b>Pojašnjenje:</b> Nije zabeležena interakcija između antiretrovirusne terapije i upotrebe IUD. Međutim, AIDS je kao oboljenje svrstan u kategoriju 3 za postavljanje IUD i kategoriju 2 za nastavak upotrebe, osim ukoliko žena nije klinički dobro i na antiretrovirusnoj terapiji, u kom slučaju i postavljanje i nastavak upotrebe spadaju u kategoriju 2. (Pogledajte pod HIV/AIDS).
a) inhibitori nukleozidne reverzne transkriptaze (NRTI)	2/3	2	2/3	2	
b) inhibitori nenukleozidne reverzne transkriptaze (NNRTI)	2/3	2	2/3	2	
c) inhibitori proetaza pojačani retonavirom	2/3	2	2/3	2	
<b>ANTIKONVULZIVNA TERAPIJA</b>					<b>Dokazi:</b> Malobrojni dokazi ukazuju na to da upotreba određenih antikonvulzanata ne utiče na kontraceptivnu delotvornost LNG-IUD.(122)  <b>Dokazi:</b> Nije zabeležena nikakva interakcija lekova u slučaju žena s epilepsijom koje uzimaju lamotrigin i koriste LNG-IUD. (123)
a) određeni antikonvulzanti (fenitoin, karbamazepin, barbiturati, pirimidon, topirammat, okskarbazepin)  b) lamotrigin	1  1		1  1		
<b>ANTIMIKROBNA TERAPIJA</b>					<b>Dokazi:</b> Terapija rifampicinom ili rifabutinom: Jedna studija više oblasti utvrdila je da rifabutin nema uticaja na delotvornost LNG-IUD.(122)
a) antibiotici širokog spektra	1		1		
b) antimikotici	1		1		
c) antiparazit	1		1		
d) terapija rifampicinom ili rifabutinom	1		1		

## DODATNI KOMENTARI

**Godine:** Od prve menstruacije do < 20. godine: postoji bojazan od ekspanzije IUD i zato što žena nije rađala, i zbog rizika od STI zbog seksualnog ponašanja u mlađim starosnim grupama.

**Posle porođaja:** < 48 časova, > 48 časova do < 4 nedelje: postoji bojazan da će novorođenče biti izloženo riziku usled izlaganja steroidnim hormonima povezanim s upotrebom LNG-IUD u toku prve četiri nedelje.

**Postporođajna sepsa:** Postavljanje IUD može da znatno pogorša stanje.

**Posle pobačaja:** Neposredno nakon pobačaja izazvanog infekcijom: postavljanje IUD može da znatno pogorša stanje.

**Vanmaterična trudnoća u prošlosti:** Apsolutni rizik od vanmaterične trudnoće je izuzetno mali s obzirom na visoku delotvornost IUD. Međutim, ako žena ostane u drugom stanju za vreme korišćenja IUD, relativna verovatnoća vanmaterične trudnoće je u priličnoj meri veća.

**Povišeni krvni pritisak:** Postoji teoretska bojazan u vezi s uticajem LNG na lipide. Ne postoji restrikcija za bakarne IUD.

**Duboka venska tromboza/plućna embolija:** LNG-IUD može da predstavlja korisnu terapiju menoragije kod žena na hroničnoj antikoagulantskoj terapiji.

**Trenutno i prošlo ishemijsko oboljenje srca:** Postoji teoretska bojazan u vezi sa dejstvom LNG na lipide. Ne postoje restrikcije za bakarne lipide.

**Moždani udar:** Postoji teoretska bojazan u vezi sa dejstvom LNG na lipide. Ne postoje restrikcije za bakarne lipide.

**Glavobolje:** Aura je specifičan fokalni neurološki simptom. Za više informacija o ovome i drugim kriterijumima za dijagnozu, pogledajte: Podkomitet za klasifikaciju glavobolja, *Međunarodna klasifikacija glavobolja*, drugo izdanje, *Cephalalgia*. 2004;24(Suppl 1):1-150. [http://ihs-classification.org/en/02\\_klassifikation](http://ihs-classification.org/en/02_klassifikation) (linku pristupljeno 21. avgusta 2009.)

**Teška dismenoreja:** Dismenoreja se može intenzivirati s upotrebom bakarnih IUD. Upotreba LNG-IUD se dovodi u vezi s ublažavanjem dismenoreje.

**Cervikalna intraepitelna neoplazija (CIN):** Postoji teoretska bojazan da LNG-IUDs mogu da pospeše progresiju CIN.

**Karcinom grlića materije (u iščekivanju lečenja):** Postoji bojazan u vezi s povišenim rizikom od infekcije i krvarenja prilikom postavljanja. IUD će verovatno morati da se ukloni kad počne lečenje, ali do tada, žena je izložena riziku od trudnoće.

**Oboljenja dojki:** Karcinom dojke: karcinom dojke je hormonski osetljiv tumor. Zabrinutost u vezi s progresijom bolesti može biti manja ukoliko korisnica upotrebljava LNG-IUDs nego ako koristi COC ili veće doze POC.

**Karcinom endometrijuma:** Postoji zabrinutost zbog povećanog rizika od infekcije, perforacije i krvarenja prilikom postavljanja. IUD će verovatno morati da se ukloni kad počne lečenje, ali do tada, žena je izložena riziku od trudnoće.

**Karcinom jajnika:** IUD će verovatno morati da se ukloni kad počne lečenje, ali do tada, žena je izložena riziku od trudnoće.

**Miomi materice:** Bez deformacije materične duplje: ženama s obilnim ili produženim krvarenjem treba dodeliti kategoriju s skladu s ovim stanjem.

S deformacijom materične duplje: postojeći miomi materice koji deformišu materičnu duplju mogu biti nekompatibilni s postavljanjem i pravilnim nameštanjem IUD.

**Anatomske nepravilnosti:** Deformisana materična duplja: u prisustvu anatomske nepravilnosti koja deformiše materičnu duplju, pravilno nameštanje IUD može biti nemoguće.

**Pelvična inflamatorna bolest (PID):** IUD ne štite od STI/HIV/PID. Žene koje su u malom riziku od STI biće u malom riziku od PID i ako postavljaju IUD. Treba uzeti u razmatranje trenutni rizik od STI i želju za budućom trudnoćom kao relevantne faktore.

**Tuberkuloza:** Pelvična: postavljanje IUD može da znatno pogorša stanje.

**Istorijat holestaze:** Postoji bojazan da istorijat holestaze vezane za CHC može da ukaže na buduću holestazu izazvanu upotrebom LNG. Nije jasno da li postoji nekakav rizik tokom upotrebe LNG-IUD.

**Tumori jetre:** Ne postoje dokazi vezani za upotrebu kombinovanih hormonskih kontraceptivnih sredstava od strane žena s hepatocelularnim adenomom. S obzirom da se upotreba COC od strane zdravih žena dovodi u vezu s razvojem i rastom hepatocelularnih adenoma, nije poznato da li druga hormonska kontraceptivna sredstva imaju slično dejstvo.

**Talasemija:** Postoji bojazan u vezi sa povećanim rizikom od gubitka krvi tokom upotrebe bakarnih IUD.

**Anemija srpastih ćelija:** Postoji bojazan u vezi sa povećanim rizikom od gubitka krvi tokom upotrebe bakarnih IUD.

**Sideropenijska anemija:** Postoji bojazan u vezi sa povećanim rizikom od gubitka krvi tokom upotrebe bakarnih IUD.

## LITERATURA:

- (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 (MI-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-abortion 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 multiload 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, 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.
- (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-Kigundu 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 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-Kigundu 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, Kigundu 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



## BAKARNA IUD ZA HITNU KONTRACENCIJU (E-IUD)

Ovaj metod je izuzetno delotvoran za sprečavanje trudnoće. IUD koja otpušta bakar (Cu-IUD) može da se upotrebi u roku od 5 dana nakon nezaštićenog snošaja kao kontraceptivno sredstvo za hitne slučajeve. Međutim, kada se vreme ovulacije može proceniti, Cu-IUD može da se postavi i posle više od 5 dana nakon snošaja, dokle god to nije više od 5 dana nakon ovulacije.

Kriterijumi podobnosti za intervale postavljanja Cu-IUD takođe se odnose i na postavljanje Cu-IUD kao sredstva za hitnu kontracepciju.

IUD za hitnu kontracepciju ne štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.

ZDRAVSTVENO STANJE *dodatni komentari na kraju tabele	KATEGORIJA	POJAŠNJENJA/ DOKAZI
<b>TRUDNOĆA</b>	4	<b>Pojašnjenje:</b> IUD se ne prepisuju tokom trudnoće i ne treba ih koristiti zbog rizika od ozbiljne infekcije u predelu karlice i septičkog spontanog pobačaja.
<b>SILOVANJE*</b> a) visok rizik od STI b) nizak rizik od STI	3 1	

### DODATNI KOMENTARI

**Silovanje:** IUD ne štite od STI/HIV/PID. Kod žena s hlamidijskom infekcijom ili gonorejom, treba izbegavati mogući rizik od PID izazvan postavljanjem IUD. Zabrinutost je manja kada su druge STI u pitanju.



## BARIJERNI METODI (BARR)

Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.				
ZDRAVSTVENO STANJE	KATEGORIJA			POJAŠNENJA/ DOKAZI
	I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe			
	C	S	D	
C = muški kondomi od lateksa, muški kondomi od poliutera, ženski kondomi S = spermicid D = dijafragma (sa spermicidom), cervikalna kapa				
Ženama sa zdravstvenim stanjima za koje trudnoća predstavlja neprihvatljiv rizik treba objasniti da barijerni metodi kao način sprečavanja trudnoće nisu najprikladnije rešenje za one koji ne mogu da ih koriste dosledno i pravilno, jer je njihova stopa neuspeha pri tipičnoj upotrebi relativno viša.				
LIČNE ODLIKE I REPRODUKTIVNI ISTORIJE				
<b>TRUDNOĆA</b>	NA	NA	NA	NA = nije dostupno <b>Pojašnjenje:</b> Nijedan od ovih metoda nije relevantan za kontracepciju tokom znane trudnoće. Međutim, za žene koje su i dalje izložene riziku od STI/HIV-a tokom trudnoće, preporučuje se pravilna i dosledna upotreba kondoma.
<b>GODINE STAROSTI</b>				
a) od prve menstruacije do 18. godine	1	1	1	
b) ≥ 40 godina	1	1	1	
<b>PARITET</b>				
a) Žene koje su rađale	1	1	1	<b>Pojašnjenje:</b> Postoji veći rizik od nefunkcionisanja cervikalne kape kod žena koje su rađale nego kod žena koje nisu rađale.
b) Žene koje nisu rađale	1	1	2	
<b>POSLE POROĐAJA</b>				
a) < 6 nedelja posle porođaja	1	1	NA	<b>Pojašnjenje:</b> Dijafragma i kapa nisu pogodni metodi dok se ne završi involucija materice.
b) ≥ 6 nedelja posle porođaja	1	1	1	
<b>POSLE POBAČAJA</b>				
a) u prvom trimestru	1	1	1	<b>Pojašnjenje:</b> Dijafragma i kapa nisu pogodni metodi dok ne prođe 6 nedelja nakon pobačaja u drugom trimestru.
b) u drugom trimestru	1	1	1	
c) neposredno nakon septičkog pobačaja	1	1	1	
<b>ISTORIJE VANMATERIČNE TRUDNOĆE</b>	1	1	1	
<b>ISTORIJE HIRURŠKIH ZAHVATA U KARLICI</b>	1	1	1	
<b>PUŠENJE</b>				
a) manje od 35 godina starosti	1	1	1	
b) više od 35 godina starosti				
(i) < 15 cigareta dnevno	1	1	1	
(ii) ≥ 15 cigareta dnevno	1	1	1	
<b>GOJAZNOST*</b>				
a) indeks telesne mase ≥ 30 kg/m <sup>2</sup> (BMI)	1	1	1	
b) od prve menstruacije do 18. godine uz indeks telesne mase ≥ 30 kg/m <sup>2</sup> (BMI)	1	1	1	

Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.

ZDRAVSTVENO STANJE	KATEGORIJA			POJAŠNJENJA/ DOKAZI
	I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe			
	C	S	D	
<b>C = muški kondomi od lateksa, muški kondomi od poliutera, ženski kondomi S = spermicid D = dijafragma (sa spermicidom), cervikalna kapa</b>				
Ženama sa zdravstvenim stanjima za koje trudnoća predstavlja neprihvatljiv rizik treba objasniti da barijerni metodi kao način sprečavanja trudnoće nisu najprikladnije rešenje za one koji ne mogu da ih koriste dosledno i pravilno, jer je njihova stopa neuspeha pri tipičnoj upotrebi relativno viša.				
<b>NEMOGUĆNOST MERENJA KRVNOG PRITISKA</b>	NA	NA	NA	<b>Pojašnjenje:</b> Dok je merenje krvnog pritiska važno za dobru preventivnu zdravstvenu zaštitu, nije suštinski povezano sa bezbednom i delotvornom upotrebom barijernog metoda. Ženama ne treba uskratiti upotrebu barijernog metoda samo zato što im nije moguće izmeriti krvni pritisak.
<b>KARDIOVASKULARNA OBOLJENJA</b>				
<b>VIŠESTRUKI FAKTORI RIZIKA ZA ARTERIJSKO KARDIOVASKULARNO OBOLJENJE</b> (kao što su poznije godine, pušenje, dijabetes ili povišeni krvni pritisak)	1	1	1	
<b>POVIŠENI KRVNI PRITISAK</b>				
a) istorijat povišenog krvnog pritiska, kada se krvi pritisak NE MOŽE proceniti (uključujući krvni pritisak u trudnoći)	1	1	1	
b) adekvatno kontrolisan povišeni krvni pritisak, kada se krvni pritisak MOŽE proceniti	1	1	1	
c) povišeni nivoi krvnog pritiska (na osnovu proposino izvršenog merenja)	1	1	1	
(i) sistolni 140-159 ili dijastolni 90-99 mm Hg	1	1	1	
(ii) sistolni ≥ 160 ili dijastolni ≥ 100 mm Hg	1	1	1	
d) vaskularno oboljenje	1	1	1	
<b>ISTORIJAT POVIŠENOG KRVNOG PRITISKA U TOKU TRUDNOĆE</b> (kada je trenutni krvni pritisak merljiv i normalan)	1	1	1	
<b>DUBOKA VENSKA TROMBOZA (DVT)/PLUĆNA EMBOLIJA (PE)</b>				
a) istorijat DVT/PE	1	1	1	
b) akutna DVT/PE	1	1	1	
c) DVT/PE i osobe na antikoagulantnoj terapiji	1	1	1	
d) porodični istorijat oboljenja (prvo koleno)	1	1	1	
e) veće hirurške intervencije				
(i) s dužim periodom nepokretnosti	1	1	1	
(ii) bez dužeg perioda nepokretnosti	1	1	1	
f) manje hirurške intervencije bez perioda nepokretnosti	1	1	1	

Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.

ZDRAVSTVENO STANJE	KATEGORIJA			POJAŠNJENJA/ DOKAZI
	I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe			
	C	S	D	
C = muški kondomi od lateksa, muški kondomi od poliutera, ženski kondomi S = spermicid D = dijafragma (sa spermicidom), cervikalna kapa				
Ženama sa zdravstvenim stanjima za koje trudnoća predstavlja neprihvatljiv rizik treba objasniti da barijerni metodi kao način sprečavanja trudnoće nisu najprikladnije rešenje za one koji ne mogu da ih koriste dosledno i pravilno, jer je njihova stopa neuspeha pri tipičnoj upotrebi relativno viša.				
<b>POZNATE TROMBOGENE MUTACIJE</b> (npr. faktora V Lajden, protrombinske mutacije, proteina S, proteina C, i antitrombinske deficijencije)	1	1	1	<b>Pojašnjenja:</b> Rutinski skrining nije prikladan s obrizom da se radi o retkim oboljenjima i da su troškovi skrininga veliki.
<b>TROMBOZA POVRŠINSKIH VENA</b> a) venski varikoziteti b) površinski tromboflebitis	1 1	1 1	1 1	
<b>TREKUTNO ILI PROŠLO ISHEMIJSKO OBOLJENJE SRCA</b>	1	1	1	
<b>MOŽDANI UDAR</b> (istorijat cerebrovaskularnog insulta)	1	1	1	
<b>POZNATE HIPERLIPIDEMIJE</b>	1	1	1	<b>Pojašnjenja:</b> Rutinski skrining nije prikladan s obrizom da se radi o retkim oboljenjima i da su troškovi skrininga veliki.
<b>OBOLJENJA SRČANIH ZALISTAKA*</b> a) bez komplikacija b) sa komplikacijama (plućna hipertenzija, povećani rizik od fibrilacije pretkomora, istorijat subakutnog bakterijskog endokarditisa)	1 1	1 1	1 2	
<b>REUMATSKA OBOLJENJA</b>				
<b>SISTEMSKI LUPUS ERYTHEMATOSUS (SLE)</b> a) pozitivna (ili nepoznata) antifosfolipidna anitela b) teška trombocitopenija c) imunosupresivna terapija d) ništa od gore navedenog	1 1 1 1	1 1 1 1	1 1 1 1	
<b>NEUROLOŠKA STANJA</b>				
<b>GLAVOBOLJE</b> a) nemigrenske (blage ili teške) b) migrenske (i) bez aure manje od 35 godina više od 35 godina (ii) sa aurom, u bilo kojim godinama	1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1	1 1 1 1 1 1	
<b>EPILESIJA</b>	1	1	1	
<b>DEPRESIVNI POREMEĆAJI</b>				
<b>DEPRESIVNI POREMEĆAJI</b>	1	1	1	

Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.

ZDRAVSTVENO STANJE	KATEGORIJA			POJAŠNJENJA/ DOKAZI
	I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe			
	C	S	D	
C = muški kondomi od lateksa, muški kondomi od poliutera, ženski kondomi S = spermicid D = dijafragma (sa spermicidom), cervikalna kapa				
Ženama sa zdravstvenim stanjima za koje trudnoća predstavlja neprihvatljiv rizik treba objasniti da barijerni metodi kao način sprečavanja trudnoće nisu najprikladnije rešenje za one koji ne mogu da ih koriste dosledno i pravilno, jer je njihova stopa neuspeha pri tipičnoj upotrebi relativno viša.				
<b>INFEKCIJE I POREMEĆAJI REPRODUKTIVNOG TRAKTA</b>				
<b>NEOBJAŠNJENO VAGINALNO KRVARENJE</b> (sumnje u ozbiljnije oboljenje) Pre procene	1	1	1	<b>Pojašnjenje:</b> Ukoliko se sumnja u trudnoću ili neko patološko stanje (kao što su maligni tumori u predelu karlice), situacija se mora proceniti i kategorija se mora prilagoditi posle procene.
<b>ENDOMETRIOZA</b>	1	1	1	
<b>BENIGNI TUMORI JAJNIKA</b> (uključujući i ciste)	1	1	1	
<b>TEŠKA DISMENOREJA</b>	1	1	1	
<b>GESTACIJSKA TROFOBLASTNA BOLEST</b> a) umanjeni ili neprimetni nivoi β-hCG b) konstantno povišeni nivoi β-hCG ili maligna oboljenja	1 1	1 1	1 1	
<b>EKTROPION GRLIĆA MATERICE</b>	1	1	1	
<b>CERVIKALNA INTRAEPITELNA NEOPLAZIJA (CIN)</b>	1	1	1	<b>Pojašnjenje:</b> Kapa ne treba da se koristi. Nema restrikcija za upotrebu dijafragme.
<b>KARCINOM GRLIĆA MATERICE*</b> (u iščekivanju lečenja)	1	2	1	<b>Pojašnjenje:</b> Kapa ne treba da se koristi. Nema restrikcija za upotrebu dijafragme.
<b>OBOLJENJA DOJKI</b> a) nedijagnostifikovana masa b) benigno oboljenje dojki c) istorijat karcinoma u porodici d) karcinom dojke (i) trenutni (ii) u prošlosti, bez pokazatelja ponovnog oboljenja u toku 5 godina	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1	1 1 1 1 1	
<b>KARCINOM ENDOMETRIJUMA</b>	1	1	1	
<b>KARCINOM JAJNIKA</b>	1	1	1	
<b>MIOMI MATERICE</b> a) s poremećajem oblika materične duplje b) bez poremećaja oblika materične duplje	1 1	1 1	1 1	
<b>ANATOMSKE NEPRAVILNOSTI</b>	1	1	NA	<b>Pojašnjenje:</b> Dijafragma ne može da se koristi u određenim slučajevima prolapsa. Upotreba kape nije prikladna za korisnice sa приметно deformisanom anatomijom grlića materice.

Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.

ZDRAVSTVENO STANJE	KATEGORIJA			POJAŠNJENJA/ DOKAZI
	I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe			
	C	S	D	
C = muški kondomi od lateksa, muški kondomi od poliutera, ženski kondomi S = spermicid D = dijafragma (sa spermicidom), cervikalna kapa				
Ženama sa zdravstvenim stanjima za koje trudnoća predstavlja neprihvatljiv rizik treba objasniti da barijerni metodi kao način sprečavanja trudnoće nisu najprikladnije rešenje za one koji ne mogu da ih koriste dosledno i pravilno, jer je njihova stopa neuspeha pri tipičnoj upotrebi relativno viša.				
<b>PELVIČNA INFLAMATORNA BOLEST (PID)</b>				
a) ranije preležana PID (pod uslovom da nema trenutnih faktora rizika za STI)				
(i) posle koje je sledila trudnoća	1	1	1	
(ii) posle koje nije sledila trudnoća	1	1	1	
b) trenutna PID	1	1	1	
<b>SEKSUALNO PRENOSIVE INFEKCIJE (STI)</b>				
a) gnojna upala grlića materice ili infekcija hlamidijom ili gonoreja	1	1	1	
b) druge STI (izuzev HIV-a i hepatitisa)	1	1	1	
c) vaginitis – vaginalna upala (uključujući trihomonas vaginalis i bakterijsku vaginozu)	1	1	1	
d) povećan rizik od STI	1	1	1	
<b>HIV/AIDS</b>				
<b>VISOK RIZIK OD HIV-a*</b>	1	4	4	<b>Dokazi:</b> Učestala visokodozna upotreba spermicida nonoksinol-9 bila je dovedena u vezu s povećanim rizikom od genitalnih lezija, što može da poveća rizik od infekcije HIV-om (1).
<b>INFICIRANE HIV-om*</b>	1	3	3	
<b>AIDS</b>	1	3	3	
<b>DRUGE INFEKCIJE</b>				
<b>SHISTOSOMIJAZA</b>				
a) bez komplikacija	1	1	1	
b) fibroza jetre (ukoliko je teška, pogledajte pod 'ciroza')	1	1	1	
<b>TUBERKULOZA</b>				
a) nekarlična	1	1	1	
b) karlična	1	1	1	
<b>MALARIJA</b>	1	1	1	
<b>ISTORIJE SINDROMA TOKSIČNOG ŠOKA*</b>	1	1	3	
<b>INFEKCIJA URINARNOG TRAKTA*</b>	1	1	2	

Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.

ZDRAVSTVENO STANJE	KATEGORIJA			POJAŠNJENJA/ DOKAZI
	I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe			
	C	S	D	
<b>C = muški kondomi od lateksa, muški kondomi od poliutera, ženski kondomi S = spermicid D = dijafragma (sa spermicidom), cervikalna kapa</b>				
Ženama sa zdravstvenim stanjima za koje trudnoća predstavlja neprihvatljiv rizik treba objasniti da barijerni metodi kao način sprečavanja trudnoće nisu najprikladnije rešenje za one koji ne mogu da ih koriste dosledno i pravilno, jer je njihova stopa neuspeha pri tipičnoj upotrebi relativno viša.				
<b>ENDOKRINI POREMEĆAJI</b>				
<b>DIJABETES</b>				
a) istorijat gestacijskog dijabetesa	1	1	1	
b) nevaskularno oboljenje				
(i) insulin nezavisni	1	1	1	
(ii) insulin zavisni	1	1	1	
c) nefropatija/retinopatija/ neuropatija	1	1	1	
d) drugo vaskularno oboljenje ili dijabetes koji traje više od 20 godina	1	1	1	
<b>POREMEĆAJI TIROIDNE ŽLEZDE</b>				
a) prosta gušavost (struma)	1	1	1	
b) hipertiroidizam	1	1	1	
c) hipotiroidizam	1	1	1	
<b>GASTROINTESTINALNI POREMEĆAJI</b>				
<b>OBOLJENJA ŽUČNE KESE</b>				
a) simptomatska				
(i) lečena holecistektomijom	1	1	1	
(ii) lečena medikamentima	1	1	1	
(iii) trenutna	1	1	1	
b) asimptomatska	1	1	1	
<b>ISTORIJAT HOLESTAZE</b>				
a) vezana za trudnoću	1	1	1	
b) vezana za upotrebu COC u prošlosti	1	1	1	
<b>VIRUSNI HEPATITIS</b>				
a) akutni ili egzacerbacija hroničnog	1	1	1	
b) prenosilac	1	1	1	
c) hronični	1	1	1	
<b>CIROZA</b>				
a) blaga (kompenzovana)	1	1	1	
b) teška (dekompenzovana)	1	1	1	
<b>TUMORI JETRE</b>				
a) benigni				
(i) fokalna nodularna hiperplazija	1	1	1	
(ii) hepatocelularni adenom	1	1	1	
b) maligni (hepatoma)	1	1	1	



Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.

ZDRAVSTVENO STANJE	KATEGORIJA			POJAŠNJENJA/ DOKAZI
	I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe			
	C	S	D	
C = muški kondomi od lateksa, muški kondomi od poliutera, ženski kondomi S = spermicid D = dijafragma (sa spermicidom), cervikalna kapa				
Ženama sa zdravstvenim stanjima za koje trudnoća predstavlja neprihvatljiv rizik treba objasniti da barijerni metodi kao način sprečavanja trudnoće nisu najprikladnije rešenje za one koji ne mogu da ih koriste dosledno i pravilno, jer je njihova stopa neuspeha pri tipičnoj upotrebi relativno viša.				
<b>ANEMIJE</b>				
TALASEMIJA	1	1	1	.
ANEMIJA SRPASTIH ČELIJA	1	1	1	
SIDEROPENIJSKA ANEMIJA	1	1	1	
<b>MEĐUSOBNA DEJSTVA LEKOVA</b>				
<b>ANTIRETROVIRUSNA TERAPIJA</b>				
a) inhibitori nukleozidne reverzne transkriptaze (NRTI)	1	3	3	<b>Pojašnjenje:</b> Nije poznata interakcija između ARV terapije i upotrebe metoda barijere. Ipak, HIV infekcija i AIDS kao zdravstvena stanja klasifikovani su kao kategorija 3 za spermicide i dijafragme (pogledajte deo tabele za HIV/AIDS)
b) inhibitori nenukleozidne reverzne transkriptaze (NNRTI)	1	3	3	
c) inhibitori proetaza pojačani retonavirom	1	3	3	
<b>ANTIKONVULZIVNA TERAPIJA</b>				
a) određeni antikonvulzanti (fenitoin, karbamazepin, barbiturati, pirimidon, topiram, okskarbazepin)	1	1	1	<b>Pojašnjenje:</b> Nije poznata interakcija između ARV terapije i upotrebe metoda barijere. Ipak, HIV infekcija i AIDS kao zdravstvena stanja klasifikovani su kao kategorija 3 za spermicide i dijafragme (pogledajte deo tabele za HIV/AIDS)
b) lamotrigin	1	1	1	
<b>ANTIMIKROBNA TERAPIJA</b>				
a) antibiotici širokog spektra	1	1	1	
b) antimikotici	1	1	1	
c) antiparazitna terapija	1	1	1	
d) terapija rifampicinom ili rifabutinom	1	1	1	
<b>ALERGIJA NA LATEKS</b>	3	1	3	<b>Pojašnjenje:</b> Ovo se ne odnosi na plastične kondome i dijafragmu.

## DODATNI KOMENTARI

**Gojaznost:** Ekstremna gojaznost može da oteža postavljanje dijafragme i kape.

**Oboljenja srčanih zalistaka:** Kod korisnica sa subakutnim bakterijskim endokarditisom, može da se poveća rizik of infekcije urinarnog trakta uz korišćenje dijafragme.

**Karcinom grlića materice (u iščekivanju lečenja):** Učestala i visokodozna upotreba nonoksinola-9 može da iritacije i abrazije vagine i grlića materice.

**Visok rizik od HIV-a:** Kategorija 4 za upotrebu dijafragme dodeljena je zbog zabrinutosti u vezi sa spermicidom, a ne sa dijafragmom.

**Inficirana HIV-om:** Upotreba spermicida i/ili dijafragme (sa spermicidom) može da štetno utiče na sluzokožu grlića materice, što može da dovede do pojačanog oslobađanja virusa i prenošenja HIV-a nezaraženim seksualnim partnerima.

**AIDS:** Upotreba spermicida i/ili dijafragme (sa spermicidom) može da štetno utiče na sluzokožu grlića materice, što može da dovede do pojačanog oslobađanja virusa i prenošenja HIV-a nezaraženim seksualnim partnerima.

**Istorijat sindroma toksičnog šoka:** Sindrom toksičnog šoka je prijavljivan u vezisa upotrebom kontraceptivnog sunčera i dijafragme.

**Infekcija urinarnog trakta:** Upotreba dijafragme i spermicida može da dovede do povišenog rizika od infekcija urinarnog trakta.

## LITERATURA:

(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)

## METODI ODREĐIVANJA PLODNIH DANA (FAB)

Metodi planiranja porodice određivanja plodnih dana (FAB) podrazumevaju utvrđivanje plodnih dana u toku menstruacionog ciklusa, bilo putem posmatranja znakova plodnosti kao što su sekret grlića materice i bazalna telesna temperatura, ili putem praćenja dana u ciklusu. FAB metodi mogu da se koriste u kombinaciji s apstinencijom ili barijernim metodima u toku plodnih dana. Ukoliko se koriste barijerni metodi (BARR), pogledajte odeljak koji je njima posvećen.

Ne postoji nijedno zdravstveno stanje koje se pogoršava upotrebom FAB metoda. Ovi metodi se uglavnom mogu preporučiti bez bojazni za zdravstvene posledice po ljude koji se opredele za njih. Međutim, postoje određena zdravstvena stanja koja čine upotrebu ovih metoda složenijom. U slučaju tih zdravstvenih stanja 1) upotrebu ovih metoda treba odložiti dok se stanje ne ispravi ili izleči, ili 2) korisnicama treba pružiti posebno savetovanje, i tu je potreban bolje obučan pružalac usluga koji će se postarati za pravilnu upotrebu metoda.

### Definicije

<b>SYM</b>	Metodi zasnovani na simptomima	FAB metodi zasnovani na posmatranju znakova plodnosti (npr. sekret grlića materice, bazalna telesna temperatura), kao što su Metod sluzokože grlića materice, Simptotermalni metod i Metod dva dana.
<b>CAL</b>	Metodi zasnovani na kalendaru	FAB metodi zasnovani na kalendarskom računanju, kao što su Metod kalendarskog ritma i Metod standardnih dana.
<b>A</b>	Prihvatiti	Ne postoje razlozi da se upotreba FAB metoda uskrati ženi pod ovim okolnostima.
<b>C</b>	Opez	Ovaj metod se uglavnom pruža rutinski, ali s dodatnim pripremanjima i merama predostrožnosti. Za FAB metode, to najčešće znači da je potrebno posebno savetovanje, kako bi se obezbedilo da klijentkinja u ovim okolnostima pravilno koristi metod.
<b>D</b>	Odložiti	Primena ovog metoda treba da se odloži sve dok se zdravstveno stanje ne proceni ili popravi. Treba ponuditi alternativne privremene metode kontracepcije.
<b>NA</b>	Nije primenjivo	

## METODI ODREĐIVANJA PLODNIH DANA (FAB)

Metodi zasnovani na svetsi o plodnosti ne štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.

ZDRAVSTVENO STANJE	KATEGORIJA		POJAŠNJENJA/ DOKAZI
	I = početak upotrebe C = nastavak upotrebe		
	SYM	CAL	
<b>LIČNE ODLIKE I REPRODUKTIVNI ISTORIJAT</b>			
Ženama sa zdravstvenim stanjima za koje trudnoća predstavlja neprihvatljiv rizik treba objasniti da metodi određivanja plodnih dana kao način sprečavanja trudnoće nisu najprikladnije rešenje za njih, jer stopa neuspeha ovih metoda pri tipičnoj upotrebi relativno viša.			
<b>TRUDNOĆA</b>	NA	NA	<b>Pojašnjenje:</b> Metodi određivanja plodnih dana nisu relevantni u toku trudnoće.
<b>ŽIVOTNO DOBA</b> a) posle prve menstruacije b) perimenopauza	C C	C C	<b>Pojašnjenje:</b> Neredovne menstruacije su česta pojava posle prve menstruacije i u perimenopauzi, i mogu da učine upotrebu metoda zasnovanog na svešću o plodnosti komplikovanom.
<b>DOJENJE*</b> a) < 6 nedelja posle porođaja b) ≥ 6 nedelja c) kad počnu menstruacije	D C C	D D C	
<b>POSLE POROĐAJA*</b> (kod žena koje ne doje) a) < 4 nedelje b) ≥ 4 nedelje	D A	D D	
<b>POSLE POBAČAJA*</b>	C	D	
<b>INFEKCIJE I POREMEĆAJI REPRODUKTIVNOG TRAKTA</b>			
<b>NEREDOVNO VAGINALNO KRVARENJE*</b>	D	D	
<b>VAGINALNI SEKRET*</b>	D	A	
<b>OSTALO</b>			
<b>UPOTREBA LEKOVA KOJI UTIČU NA REDOVNOST CIKLUSA, HORMONE I/ILI ZNAKOVE PLODNOŠTI*</b>	C/D	C/D	
<b>OBOLJENJA KOJA PODIŽU TELESNU TEMPERATURU*</b> a) hronična oboljenja b) akutna oboljenja	C D	A A	

## DODATNI KOMENTARI

**Dojenje:** Metodi određivanja plodnih dana u toku dojenja mogu biti manje delotvorni nego van perioda dojenja.

**Dojenje:** < 6 nedelja posle porođaja: mala je verovatnoća da će žene koje primarno doje i koje imaju amenoreju imati dovoljnu funkciju jajnika da ispolje primetne znakove ovulacije i hormonske promene u prvih 6 nedelja posle porođaja. Međutim, verovatnoća za ponovni povratak plodnosti raste kako prolazi više vremena posle porođaja, i kada se majčino mleko zameni drugom ishranom za odojče.

Kad se menstruacija vrati: kada žena primeti znake plodnosti (posebno sekret grlića materice), može da koristi metod na simptomima zasnovanog određivanja plodnih dana. Prvi postporođajni menstruacioni ciklusi kod žena koje doje znatno variraju u dužini. Potrebno je da prođe nekoliko ciklusa dok se ne ustale. Kada je žena imala barem tri menstruacije posle porođaja i kada su joj ciklusi ponovo postali redovni, može da koristi metod zasnovan na kalendaru. Kada je imala barem četiri menstruacije posle porođaja i poslednji ciklus joj je iznosio 26-32 dana, može da koristi Metod standardnih dana. Dok to vreme ne dođe, ženi bi trebalo ponuditi barijerni metod, ukoliko planira da koristi metod određivanja plodnih dana kasnije.

**Posle porođaja:** < 4 nedelje: mala je verovatnoća da će žene koje ne doje imati dovoljnu funkciju jajnika bilo da im bude potreban metod zasnovan na svesti o plodnosti, ili da ispolje primetne znakove ovulacije i hormonske promene u prve 4 nedelje posle porođaja. Iako je rizik od trudnoće mali, trebalo bi ponuditi metod koji je prikladan za period posle porođaja.

≥ 4 nedelje: u ovom trenutku, verovatno je da će žene koje ne doje imati dovoljnu funkciju jajnika da ispolje primetne znakove ovulacije i hormonske promene; verovatnoća brzo raste kako prolazi više vremena posle porođaja. Žene mogu da koriste metod kalendara čim im prođe barem 3 menstruacije nakon porođaja, i čim im se ciklus ustali. Žena može da koristi Metod standardnih dana nakon što je imala barem četiri menstruacije posle porođaja i poslednji ciklus joj je iznosio 26-32 dana. Dok to vreme ne dođe, ženi bi trebalo ponuditi metod prikladan za period posle porođaja.

**Posle pobačaja:** Posle pobačaja, verovatno je da će žene imati dovoljnu funkciju jajnika da ispolje primetne znakove ovulacije i/ili hormonske promene, i ova verovatnoća raste kako prolazi vreme posle pobačaja. Žene mogu da koriste kalendarski metod čim budu imale barem jednu menstruaciju nakon pobačaja (npr. žene čiji je ciklus uglavnom trajao 26-62 dana pre ove trudnoće tad mogu da koriste Metod standardnih dana). Dok to vreme ne dođe, ženi bi trebalo ponuditi metod prikladan za period posle pobačaja.

**Neredovna vaginalna krvarenja:** Ovo zdravstveno stanje čini metode određivanja plodnih dana nepouzdanim. Stoga treba preporučiti barijerne metode dok obrazac krvarenja ne bude kompatibilan sa odgovarajućom upotrebom metoda. Stanje treba proceniti i tretirati u skladu s procenom.

**Vaginalni sekret:** S obzirom da pojačana vaginalna sekrecija otežava prepoznavanje sekreta grlića materice, ovo stanje treba proceniti i lečiti ukoliko je potrebno, pre nego što se pređe na metode zasnovane na sekretu grlića materice.

**Upotreba lekova koji utiču na redovnost ciklusa, hormone i/ili znakove plodnosti:** Upotreba određenih lekova za promenu raspoloženja, kao što su litijum, triciklični antidepresivi i terapije protiv anksioznosti, kao i određenih antibiotika i lekova protiv upale, može da utiče na redovnost ciklusa i na znakove ovulacije. Stanje treba pažljivo proceniti i predložiti upotrebu barijernih metoda dok se ne utvrdi stepen uticaja ili dok se ne prestane s upotrebom leka. Metodi zasnovani na kalendaru prikladni su jedino ukoliko je menstruacioni ciklus redovan i predvidljiv.

**Oboljenja koja podižu telesnu temperaturu:** Povišena telesna temperatura otežava tumačenje bazalne telesne temperature, ali ne utiče na sekret grlića materice. Stoga bi upotrebu metoda koji se oslanja na telesnu temperaturu trebalo odgoditi dok ne popusti akutna bolest. Metodi zasnovani na telesnoj temperaturi nisu prikladni za žene sa hronično povišenom temperaturom. Pored ovog, neka hronična oboljenja utiču na redovnost ciklusa, što otežava tumačenje kalendarskog metoda.



## METOD LAKTACIONE AMENOREJE (LAM)

Metod laktacione amenoreje ne štiti od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.

Ženama sa zdravstvenim stanjima za koje trudnoća predstavlja neprihvatljiv rizik treba objasniti da metod laktacione amenoreje kao način sprečavanja trudnoće nije najprikladnije rešenje za njih, jer je stopa neuspeha ovog metoda pri tipičnoj upotrebi relativno visoka.

Belađo konsenzus (*the Bellagio Consensus*) je pružio naučne osnove za definisanje uslova pod kojima se dojenje može bezbedno i delotvorno koristiti kao metod za pravljenje razmaka između trudnoća, i napravljene su programske smernice za korišćenje laktacione amenoreje u planiranju porodice. Ove smernice obuhvataju sledeća tri kriterijuma, od kojih sva tri moraju biti ispunjena kako bi se obezbedila odgovarajuća zaštita od neplanirane trudnoće: 1) amenoreja, 2) isključivo dojenje ili skoro isključivo dojenje, i 3) manje od šest meseci posle porođaja.

Glavni razlog za dojenje i dalje ostaje potreba da se detetu pruži idealna ishrana i zaštita od bolesti. Ne postoje medicinski uslovi koji ograničavaju upotrebu laktacione amenoreje i nisu dokumentovani dokazi da je negativno uticala na majčino zdravlje. Međutim, određena zdravstvena stanja koja utiču na dojenje takođe mogu da ostave posledice na dužinu amenoreje, što ovaj metod onda čini manje korisnim izborom za planiranje porodice. U to spadaju:

### HIV infekcija

Dojenje treba promovisati, štiti i podržavati u svim grupama stanovništva, među svim ženama koje su HIV negativne ili je njihov HIV status nepoznat. Na drugoj strani, žena zaražena HIV-om može da dojenjem prenese virus detetu. Ipak, majčino mleko, posebno u njaranijem uzrastu i kada se dete hrani isključivo dojenjem, predstavlja jedan od glavnih faktora koji unapređuju izgleda za preživljavanje deteta. Dojenje takođe donosi mnoge druge koristi, pored smanjenja rizika od smrti deteta.

Danas postoje snažni dokazi da davanje antiretrovirusnih lekova (ARV) ili HIV-pozitivnoj majci ili HIV-izloženom detetu ili oboma može da znatno umanjiti rizik od prenosa HIV-a preko majčinog mleka (<http://www.who.int/hiv/topics/mtct>). Ovo menja okolnosti u kojima nacionalni organi zadu-

ženi za zdravstvo i majke kao pojedinci treba da donesu svoju odluku. Uz upotrebu ARV, bilo da je reč o majčinoj doživotnoj antiretrovirusnoj terapiji ili ARV intervencijama za majku ili dete, dete može da koristi sve blagodeti dojenja a da bude izloženo malom riziku od zaraze HIV-om. U nekim bogatijim zemljama, gde je stopa smrtnosti odojčadi i dece niska, i dalje je najprikladnije izbegnuti bilo kakvo dojenje.

Majke zaražene HIV-om treba da primaju odgovarajuće ARV intervencije i da isključivo doje svoju decu u prvih 6 meseci života, a zatim da pređu na odgovarajuću dopunsku ishranu pored koje će doći dete još 12 meseci života. Dojenje treba da prestane tek kada se detetu može pružiti nutricionio adekvatna i bezbedna ishrana bez majčinog mleka. Kada majke odluče da prestanu s dojenjem, treba da to učine postepeno u toku mesec dana, i deci treba pružiti bezbednu i adekvatnu ishranu u zamenu koja će im omogućiti normalan rast i razvoj.

Majke za koje je poznato da su zaražene HIV-om treba da svojoj nezaraženoj deci, ili deci čiji je HIV status nepoznat, daju isključivo veštačko mleko za odojčad kao zamenu, i to pod sledećim uslovima:

- a. kada u domaćinstvu i u zajednici postoje čista voda i sanitarni čvor, i
- b. ako majka ili drugi staratelj mogu sigurno da nabave dovoljno veštačkog mleka za odojčad koje će omogućiti normalan rast i razvoj deteta, i
- c. ako majka ili staratelj mogu dovoljno često i čisto da pripreme hranu, tako da bude bezbedna i da predstavlja nizak rizik od dijareje i neuhranjenosti, i
- d. ako majka ili staratelj mogu da u prvih šest meseci daju isključivo veštačko mleko za odojčad, i
- e. ako porodica podržava ovu praksu, i
- f. ako majka ili staratelj imaju pristup zdravstvenoj zaštiti koji nudi sveobuhvatne usluge zdravstvene zaštite za decu.

Ukoliko je poznato da su odojčad ili deca zaražena HIV-om, majke se snažno podstiču da ih isključivo hrane dojenjem u prvih 6 meseci života, i da nastave da ih doje u skladu s preporukama za opštu populaciju, što će reći do dve godine ili više.

Ženama koje su zaražene HIV-om treba pružiti stručno savetovanje. Takođe im treba obezbediti pristup pratećoj nezi i podršci, uključujući planiranje porodice i pomoć sa ishranom.

### **Upotreba lekova u toku dojenja**

Kako bi se zaštitilo zdravlje novorođenčeta, dojenje se ne preporučuje ženama koje koriste slede-

će lekove: antimetaboliti, bromokriptin, određeni antikoagulatni, kortikosteroidi (u visokim dozama), ciklosporin, ergotamin, litijum, lekovi za raspoložene, radioaktivni lekovi i rezerpin.

### **Zdravstvena stanja novorođenčeta**

Dojenje mogu otežati sledeća zdravstvena stanja deteta: urođeni deformiteti usta, vilice ili nepca, određena metabolička oboljenja, ili ukoliko je dete rođeno prevremeno ili je izuzetno sitno, te mu je potrebna intenzivna neonatalna nega.



## PREKINUT SNOŠAJ - COITUS INTERRUPTUS (CI)

Prekinut snošaj ne štiti od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i pravilna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.

Ženama sa zdravstvenim stanjima za koje trudnoća predstavlja neprihvatljiv rizik treba objasniti da prekinut snošaj kao način sprečavanja trudnoće nije najprikladnije rešenje za njih, jer je stopa neuspeha ovog metoda pri tipičnoj upotrebi relativno visoka.

Prekinut snošaj (CI), poznat i kao izvlačenje, predstavlja tradicionalan metod planiranja porodice u kome muškarac u potpunosti izvuče svoj penis iz vagine, i udalji ga od spoljnih genitalija žene, pre nego što ejakulira. CI sprečava da sperma uđe u ženinu vaginu, na taj način sprečavajući kontakt između spermatozoida i jajne ćelije.

Ovaj metod može biti prikladan za parove:

- koji su visoko motivisani i u stanju da koriste ovaj metod na delotvoran način;
- koji imaju verske ili filozofske razloge da ne koriste druge kontraceptivne metode;
- kojima je kontracepcija potrebna odmah i koji su stupili u seksualni čin a da nisu imali alternativne metode na raspolaganju;

- kojima je potreban privremeni metod dok čekaju da počnu s upotrebom drugog metoda;
- koji nemaju često snošaj.

Neke od prednosti CI jesu to što, ukoliko se koristi pravilno, ne utiče na dojenje, i što je uvek na raspolaganju za primarnu upotrebu ili kao rezervni metod. Pored ovog CI ne povlači sa sobom ekonomske troškove ili upotrebu hemikalija. Ne postoje zdravstveni rizici koji su neposredno povezani s CI. Žene i muškarci koji su izloženi visokom riziku od STI/HIV-a treba da koriste kondom prilikom svakog seksualnog čina.

CI ne dopušta nepravilnu upotrebu, i njegova delotvornost zavisi od volje i sposobnosti para da pribegne izvlačenju prilikom svakog seksualnog čina.



## POSTUPAK HIRURŠKE STERILIZACIJE (STER)

S obzirom da je sterilizacija hirurški postupak čiji je cilj da bude trajan, mora se obratiti posebna pažnja na to da svaki korisnik donese dobrovoljnu odluku zasnovanu na informacijama, kada je reč o ovom metodu. naročito je potrebno obratiti pažnju na mlade ljude, žene koje nisu rađale, muškarce koji još nisu postali očevi, i klijente sa problemima duševnog zdravlja, što obuhvata i depresivne poremećaje. Svim klijentima treba pažljivo dati savete u vezi s trajnošću sterilizacije i raspoloživošću alternativnih, dugoročnih i visoko delotvornih metoda. Ovo je posebno važno za mlade ljude. Nacionalni zakoni i postojeće norme za obavljanje postupka sterilizacije moraju biti uzeti u obzir prilikom donošenja odluke.

Transcervikalni metod ženske sterilizacije nije obrađen u okviru ovih preporuka.

Ne postoji nijedno zdravstveno stanje koje bi apsolutno sprečilo osobu da se sterilizuje, iako određena stanja i oboljenja zahtevaju određene mere predostrožnosti, što obuhvata one gde je preporuka C

(oprez), D (odložiti) ili S (posebne okolnosti). Za neke od ovih stanja i okolnosti, teoretski ili dokazani rizici mogu da prevagnu u odnosu na prednosti sterilizacije, i to posebno kada je reč o ženama. Kada je rizik od sterilizacije veći od koristi, bolje je opredeliti se ta dugoročne, visoko delotvorne kontraceptivne metode. Odluke u ovom pogledu moraju da se donose na individualnim osnovama, tako što će se razmotriti rizici i koristi od sterilizacije u odnosu na rizik od trudnoće, kao i dostupnost i prihvatljivost visoko delotvornih alternativnih metoda.

Klasifikacija koja sledi svrstava zdravstvena stanja u četiri različite kategorije, na osnovu detaljne procene epidemioloških i kliničkih dokaza relevantnih za medicinsku podobnost. Postupak sterilizacije treba da sprovode isključivo dobro obučeni pružaoци usluga u odgovarajućim kliničkim uslovima, uz upotrebu propisne opreme i materijala. Moraju se pratiti i smernice za odgovarajuće pružanje usluga, uključujući i protokole za sprečavanje infekcije, kako bi bezbednost korisnika bila na najvišem nivou.

### DEFINICIJE

<b>A</b>	Prihvatiti	Nema medicinskih razloga da se osobi s ovim zdravstvenim stanjem uskrati sterilizacija.
<b>C</b>	Oprez	Postupak se obično izvodi rutinski, ali s dodatnim pripremama i merama predostrožnosti.
<b>D</b>	Odložiti	Postupak se odlaže dok se zdravstveno stanje ne proceni i/ili popravi. Treba pružiti alternativne privremene metode kontracepcije.
<b>S</b>	Posebne okolnosti	Postupak treba sprovesti s iskusnim hirurgom i medicinskim osobljem, opremom potrebnom za opštu anesteziju, i drugim medicinskim merama podrške. U slučaju ovih zdravstvenih stanja, potrebna je i mogućnost opredeljivanja za najpogodniji postupak i režim anestezije. Treba pružiti alternativne privremene metode kontracepcije, ukoliko je potrebno upućivanje na drugi postupak ili je došlo do kašnjenja iz bilo kog razloga.

## HIRURŠKA STERILIZACIJA ŽENA

Sterilizacija ne štiti od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i ispravna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.		
ZDRAVSTVENO STANJE	KATEGORIJA	POJAŠNENJA/ DOKAZI
*dodatni komentari na kraju tabele	A = prihvatiti C = oprez D = odložiti S = posebne okolnosti	
LIČNE ODLIKE I REPRODUKTIVNI ISTORIJE		
<b>TRUDNOĆA</b>	D	
<b>MLADOST</b>	C	<b>Pojašnjenje:</b> Mladim ženama, kao i svim ženama, treba pružiti savete u vezi sa trajnošću sterilizacije i raspoloživošću alternativnih, dugoročnih i visoko delotvornih metoda. <b>Dokazi:</b> Studije su pokazale da do 20% žena koje su se sterilisale u mladosti kasnije zažali zbog ove odluke, i da je mladost jedan od najsnažnijih faktora koji ukazuju na buduće kajanje (uključujući zahteve za informacije o uputima i reverznom postupku) koji se mogu prepoznati pre sterilizacije.(1-19)
<b>PARITET</b>		
a) Žene koje su rađale	A	
b) Žene koje nisu rađale	A	
<b>DOJENJE</b>	A	
<b>POSLE POROĐAJA*</b>		
a) < 7 dana	A	
7 do < 42 dana	D	
≥ 42 dana	A	
b) preeklampsija/eklampsija		
(i) blaga preeklampsija	A	
(ii) teška preeklampsija/ eklampsija	D	
c) produženo pucanje membrana, 24 časova ili više	D	
d) postporođajna sepsa u toku porođaja ili postporođajna groznica	D	
e) teško krvarenje, pre ili posle porođaja	D	
f) teška povreda genitalnog trakta (cepanje vagine ili grlića ma- terice u trenutku porođaja)	D	
g) pucanje ili perforacija materice	S	<b>Pojašnjenje:</b> Ukoliko se izvrši eksploratorna operacija ili laparaskopija i pacijent je stabilan, problem se istovremeno može ispraviti i može se izvršiti sterilizacija podvezivanjem jajovoda, ako to ne podrazumeva dodatne rizike.
<b>POSLE POBAČAJA*</b>		
a) bez komplikacija	A	
b) sepsa ili groznica posle pobačaja	D	
c) teško krvarenje posle pobačaja	D	
d) teška povreda genitalnog trakta (cepanje vagine ili grlića materice u trenutku pobačaja)	D	
e) perforacija materice	S	<b>Pojašnjenje:</b> Ukoliko se izvrši eksplorativna operacija ili laparaskopija i pacijent je stabilan, problem se istovremeno može ispraviti i može se izvršiti sterilizacija podvezivanjem jajovoda, ako to ne podrazumeva dodatne rizike.
f) akutna hematometra	D	

Sterilizacija ne štiti od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i ispravna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.		
ZDRAVSTVENO STANJE *dodatni komentari na kraju tabele	KATEGORIJA	POJAŠNJENJA/ DOKAZI
	A = prihvatiti C = oprez D = odložiti S = posebne okolnosti	
<b>ISTORIJAT VANMATERIČNE TRUDNOĆE</b>	A	
<b>PUŠENJE</b> a) manje od 35 godina starosti b) više od 35 godina starosti (i) < 15 cigareta dnevno (ii) ≥ 15 cigareta dnevno	A A A	
<b>GOJAZNOST</b> a) indeks telesne mase ≥ 30 kg/m <sup>2</sup> (BMI) b) od prve menstruacije do 18. godine uz indeks telesne mase ≥ 30 kg/m <sup>2</sup> (BMI)	C C	<b>Pojašnjenje:</b> Postupak može biti teži. Postoji veći rizik od inficiranja i otvaranja rane. Gojazne žene mogu imati ograničenu respiratornu funkciju i veća je verovatnoća da će im biti potrebna opšta anestezija. <b>Dokazi:</b> Veća je verovatnoća da će se javiti komplikacije kod gojaznih žena koje se podvrgavaju sterilizaciji.(20-23)
<b>KARDIOVASKULARNA OBOLJENJA</b>		
<b>VIŠESTRUKI FAKTORI RIZIKA ZA ARTERIJSKO KARDIOVASKULARNO OBOLJENJE*</b> (kao što su poznije godine, pušenje, dijabetes ili povišeni krvni pritisak)	S	
<b>POVIŠENI KRVNI PRITISAK</b> Za sve kategorije povišenog krvnog pritiska, klasifikacije su zasnovane na pretpostavci da ne postoje drugi faktori rizika za kardiovaskularna oboljenja. Kada višestruki faktori rizika postoje, rizik of kardiovaskularnog oboljenja se može dramatično povećati. Samo jedno merenje krvnog pritiska nije dovoljno da bi se žena klasifikovala kao osoba koja pati od povišenog krvnog pritiska.		
a) adekvatno kontrolisan povišeni krvni pritisak b) povišeni nivoi krvnog pritiska (na osnovu propisano izvršenog merenja) (i) sistolni 140-159 ili dijastolni 90-99 mm Hg (ii) sistolni ≥ 160 ili dijastolni ≥ 100 mm Hg c) vaskularno oboljenje	C C S S	<b>Pojašnjenje:</b> Povišeni krvni pritisak treba da se stavi pod kontrolu pre operacije. Postoji veći rizik vezan za anesteziju i povišeni rizik od srčane aritmije s nekontrolisanim povišenim krvnim pritiskom. Pažljivo intraoperativno praćenje krvnog pritiska je naročito neophodno u ovoj situaciji.
<b>ISTORIJAT POVIŠENOG KRVNOG PRITISKA U TOKU TRUDNOĆE</b> (kada je trenutni krvni pritisak merljiv i normalan)	A	
<b>DUBOKA VENSKA TROMBOZA (DVT)/PLUĆNA EMBOLIJA (PE)</b> a) istorijat DVT/PE b) akutna DVT/PE c) DVT/PE i osobe na antikoagulantnoj terapiji d) porodični istorijat oboljenja (prvo koleno) e) veće hirurške intervencije (i) s dužim periodom nepokretnosti (ii) bez dužeg perioda nepokretnosti f) manje hirurške intervencije bez perioda nepokretnosti	A D S A D A A	<b>Pojašnjenje:</b> Kako bi se umanjio rizik od DVT/PE, preporučuje se rana hospitalizacija.

Sterilizacija ne štiti od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i ispravna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.		
ZDRAVSTVENO STANJE *dodatni komentari na kraju tabele	KATEGORIJA	POJAŠNJENJA/ DOKAZI
	A = prihvatiti C = oprez D = odložiti S = posebne okolnosti	
<b>POZNATE TROMBOGENE MUTACIJE</b> (npr. faktora V Lajden, protrombinske mutacije, proteina S, proteina C, i antitrombinske deficijencije)	A	<b>Pojašnjenje:</b> Rutinski skrining nije prikladan s obzirom da se radi o retkim oboljenjima i da su troškovi skrininga veliki.
<b>TROMBOZA POVRŠINSKIH VENA</b> a) venski varikoziteti b) površinski tromboflebitis	A A	
<b>TREKUTNO ILI PROŠLO ISHEMIJSKO OBOLJENJE SRCA</b> a) trenutno ishemijsko oboljenje srca b) prošlo ishemijsko oboljenje srca	D C	
<b>MOŽDANI UDAR</b> (istorijat cerebrovaskularnog insulta)	C	
<b>POZNATE HIPERLIPIDEMIJE</b>	A	<b>Pojašnjenje:</b> Rutinski skrining nije prikladan s obzirom da se radi o retkim oboljenjima i da su troškovi skrininga veliki.
<b>OBOLJENJA SRČANIH ZALISTAKA</b> a) bez komplikacija b) sa komplikacijama (plućna hipertenzija, povećani rizik od fibrilacije pretkomora, istorijat subakutnog bakterijskog endokarditisa)	C S	<b>Pojašnjenje:</b> Ženi su potrebni profilaktički antibiotici. <b>Pojašnjenje:</b> Žena je izložena visokom riziku od komplikacija povezanih sa anestezijom i operacijom. Ukoliko žena ima pretkomornu fibrilaciju koja nije uspešno lečena ili trenutni subakutni bakterijski endokarditis, postupak treba odložiti.
<b>REUMATSKA OBOLJENJA</b>		
<b>SISTEMSKI LUPUS ERYTHEMATOSUS (SLE)</b> Osobe koje pate od SLE su izložene povećanom riziku od ishemijskog oboljenja srca, moždanog udara i venske tromboembolije. Kategorije dodeljene tim oboljenjima u <i>Kriterijumima medicinske podobnosti za upotrebu kontraceptivnih sredstava</i> treba da budu iste za žene s SLE koje imaju ova oboljenja. Za sve kategorije SLE, klasifikacije su zasnovane na pretpostavci da ne postoje drugi faktori rizika za kardiovaskularna oboljenja, i ove klasifikacije se moraju modifikovati u slučaju postojanja takvih faktora rizika. Raspoloživi dokazi upućuju na to da mnoge žene koje pate od SLE mogu da se smatraju za dobre kandidate za upotrebu većine kontraceptivnih sredstava, uključujući i hormonska kontraceptivna sredstva. (245-263)		
a) pozitivna (ili nepoznata) antifosfolipidna anitela b) teška trombocitopenija c) imunosupresivna terapija d) ništa od gore navedenog	S S S C	
<b>NEUROLOŠKA STANJA</b>		
<b>GLAVOBOLJE</b> a) nemigrenske (blage ili teške) b) migrenske (i) bez aure manje od 35 godina više od 35 godina (ii) sa aurom, u bilo kojim godinama	A A A A A	
<b>EPILEPSIJA</b>	C	

Sterilizacija ne štiti od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i ispravna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.		
ZDRAVSTVENO STANJE *dodatni komentari na kraju tabele	KATEGORIJA	POJAŠNJENJA/ DOKAZI
	A = prihvatiti C = oprez D = odložiti S = posebne okolnosti	
<b>DEPRESIVNI POREMEĆAJI</b>		
<b>DEPRESIVNI POREMEĆAJI</b>	C	
<b>INFEKCIJE I POREMEĆAJI REPRODUKTIVNOG TRAKTA</b>		
<b>KARAKTERISTIKE VAGINALNOG KRVARENJA</b>		
a) neredovna krvarenja koja nisu obilna	A	
b) obilno ili produženo krvarenje (i redovno i neredovno)	A	
<b>NEOBAŠNJENO VAGINALNO KRVARENJE</b> (sumnje u ozbiljnije oboljenje) Pre procene	D	<b>Pojašnjenje:</b> Neophodno je proceniti stanje pre nego što se izvrši postupak.
<b>ENDOMETRIOZA</b>	S	
<b>BENIGNI TUMORI JAJNIKA</b> (uključujući i ciste)	A	
<b>TEŠKA DISMENOREJA</b>	A	
<b>GESTACIJSKA TROFOBLASTNA BOLEST</b>		
a) umanjeni ili neprimetni nivoi $\beta$ -hCG	A	
b) konstantno povišeni nivoi $\beta$ -hCG ili maligna oboljenja	D	
<b>EKTROPION GRLIĆA MATERICE</b>	A	
<b>CERVIKALNA INTRAEPITELNA NEOPLAZIJA (CIN)</b>	A	
<b>KARCINOM GRLIĆA MATERICE*</b> (u iščekivanju lečenja)	D	
<b>OBOLJENJA DOJKI</b>		
a) nedijagnostifikovana masa	A	
b) benigno oboljenje dojki	A	
c) istorijat karcinoma u porodici	A	
d) karcinom dojke		
(i) trenutni	C	
(ii) u prošlosti, bez pokazatelja ponovnog oboljenja u toku 5 godina	A	
<b>KARCINOM ENDOMETRIJUMA*</b>	D	
<b>KARCINOM JAJNIKA*</b>	D	
<b>MIOMI MATERICE*</b>		
a) s poremećajem oblika materične duplje	C	
b) bez poremećaja oblika materične duplje	C	

Sterilizacija ne štiti od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i ispravna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.

ZDRAVSTVENO STANJE *dodatni komentari na kraju tabele	KATEGORIJA	POJAŠNJENJA/ DOKAZI
	A = prihvatiti C = oprez D = odložiti S = posebne okolnosti	
<b>PELVIČNA INFLAMATORNA BOLEST (PID)*</b> a) ranije preležana PID (pod uslovom da nema trenutnih faktora rizika za STI) (i) posle koje je sledila trudnoća (ii) posle koje nije sledila trudnoća b) trenutna PID	A C D	<b>Pojašnjenje:</b> Mora se izvršiti brižljiv pregled karlice kako bi se eliminisala uporna infekcija ili infekcija koja se ponavlja, i kako bi se odredila pokretljivost materice.
<b>SEKSUALNO PRENOSIVE INFEKCIJE (STI)*</b> a) gnojna upala grlića materice ili infekcija hlamidijom ili gonoreja b) druge STI (izuzev HIV-a i hepatitisa) c) vaginitis – vaginalna upala (uključujući trihomonas vaginalis i bakterijsku vaginozu) d) povećan rizik od STI	D A A A	<b>Pojašnjenje:</b> Ukoliko svi simptomi nestanu posle lečenja, može se izvršiti sterilizacija.
<b>HIV/AIDS</b>		
<b>VISOK RIZIK OD HIV-a</b>	A	<b>Pojašnjenje:</b> Nije potreban rutinski skrining. Prilikom svih hirurških postupaka, moraju se brižljivo poštovati svi postupci za prevenciju infekcije, uključujući i univerzalne mere predostrožnosti. Nakon sterilizacije, preporučuje se upotreba kondoma.
<b>INFICIRANE HIV-om</b>	A	<b>Pojašnjenje:</b> Nije potreban rutinski skrining. Prilikom svih hirurških postupaka, moraju se brižljivo poštovati svi postupci za prevenciju infekcije, uključujući i univerzalne mere predostrožnosti. Nakon sterilizacije, preporučuje se upotreba kondoma.
<b>AIDS</b>	S	<b>Pojašnjenje:</b> Prisustvo bolesti povezane s AIDS-om može da zahteva odlaganje postupka.
<b>DRUGE INFEKCIJE</b>		
<b>SHISTOSOMIJAZA</b> a) bez komplikacija b) fibroza jetre (ukoliko je teška, pogledajte pod 'ciroza')	A C	<b>Pojašnjenje:</b> Možda će biti potrebna procena funkcije jetre.
<b>TUBERKULOZA</b> a) nekarlična b) karlična	A S	
<b>MALARIJA</b>	A	



Sterilizacija ne štiti od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i ispravna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.

ZDRAVSTVENO STANJE *dodatni komentari na kraju tabele	KATEGORIJA	POJAŠNJENJA/ DOKAZI
	A = prihvatiti C = oprez D = odložiti S = posebne okolnosti	
<b>DIJABETES*</b>		
a) istorijat gestacijskog dijabetesa	A	<b>Pojašnjenje:</b> Ukoliko kontrola krvne glukoze nije na odgovarajućem nivou, preporučuje se upućivanje u zdravstvenu ustanovu višeg ranga.
b) nevaskularno oboljenje (i) insulin nezavisni (ii) insulin zavisni	C C	<b>Pojašnjenje:</b> Postoji mogućnost sporijeg zarastanja i povišenog rizika od infekcije rane. Preporučuje se upotreba profilaktičkih antibiotika. <b>Dokazi:</b> Veća je verovatnoća da će žene s dijabetesom doživeti komplikacije prilikom sterilizacije.(22)
c) nefropatija/retinopatija/ neuropatija	S	
d) drugo vaskularno oboljenje ili dijabetes koji traje više od 20 godina	S	
<b>POREMEĆAJI TIROIDNE ŽLEZDE*</b>		
a) prosta gušavost (struma)	A	
b) hipertiroidizam	S	
c) hipotiroidizam	C	
<b>GASTROINTESTINALNI POREMEĆAJI</b>		
<b>OBOLJENJA ŽUČNE KESE</b>		
a) simptomatska (i) lečena holecistektomijom (ii) lečena medikamentima (iii) trenutna	A A D	
b) asimptomatska	A	
<b>ISTORIJAT HOLESTAZE</b>		
a) vezana za trudnoću	A	
b) vezana za upotrebu COC u prošlosti	A	
<b>VIRUSNI HEPATITIS*</b>		
a) akutni ili egzacerbacija hroničnog	D	<b>Pojašnjenje:</b> Prilikom svih hirurških postupaka, moraju se brižljivo poštovati svi postupci za prevenciju infekcije, uključujući i univerzalne mere predostrožnosti.
b) prenosilac	A	
c) hronični	A	
<b>CIROZA</b>		
a) blaga (kompenzovana)	A	<b>Pojašnjenje:</b> Mogu se izmeniti funkcija jetre i koagulacija. Možda će biti potrebna procena funkcije jetre.
b) teška (dekompenzovana)	S	
<b>TUMORI JETRE</b>		
a) benigni (i) fokalna nodularna hiperplazija (ii) hepatocelularni adenom	A C	<b>Pojašnjenje:</b> Mogu se izmeniti funkcija jetre i ugrušci u jetri. Možda će biti potrebna procena funkcije jetre.
b) maligni (hepatoma)	C	

Sterilizacija ne štiti od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i ispravna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.		
ZDRAVSTVENO STANJE *dodatni komentari na kraju tabele	KATEGORIJA	POJAŠNJENJA/ DOKAZI
	A = prihvatiti C = oprez D = odložiti S = posebne okolnosti	
<b>ANEMIJE</b>		
<b>TALASEMIJA</b>	C	
<b>ANEMIJA SRPASTIH ČELIJA*</b>	C	
<b>SIDEROPENIJSKA ANEMIJA</b> a) Hb < 7 g/dl b) Hb ≥ 7 do < 10 g/dl	D C	<b>Pojašnjenje:</b> Treba utvrditi koje oboljenje je uzrokovalo ovo. Preoperativni nivo hemoglobina (Hb) i gubitak krvi tokom operacije su važni faktori kod žena s anemijom. Ukoliko je periferna prokrvljenost neadekvatna, to može da uspori zarastanje rane.
<b>DRUGA ZDRAVSTVENA STANJA RELEVANTNA ISKLJUČIVO ZA HIRURŠKU STERILIZACIJU ŽENA</b>		
<b>LOKALNE INFEKCIJE</b>	D	<b>Pojašnjenje:</b> Postoji povećan rizik od postoperativne infekcije.
<b>KOAGULACIONI POREMEĆAJI*</b>	S	
<b>RESPIRATORNA OBOLJENJA</b> a) akutna (bronhitis, upala pluća)  b) hronična (i) astma (ii) bronhitis (iii) emfizem (iv) infekcija pluća	D  S S S S	<b>Pojašnjenje:</b> Postupak treba odložiti dok se zdravstveno stanje ne popravi. Povišeni su rizici vezani za anesteziju, kao i drugi perioperativni rizici.
<b>OPŠTA INFEKCIJA ILI GASTROENTERITIS*</b>	D	
<b>FIKSIRANA MATERICA USLED RANIJE HIRURŠKE INTERVENCIJE ILI INFEKCIJE*</b>	S	
<b>HERNIJA TRBUŠNOG ZIDA ILI UMBILIKALNA HERNIJA</b>	S	<b>Pojašnjenje:</b> Ukoliko je moguće, korekciju hernije i sterilizaciju podvezivanjem jajovoda treba izvršiti istovremeno.
<b>DIJAFRAGMALNA HERNIJA*</b>	C	
<b>OBOLJENJE BUBREGA*</b>	C	
<b>TEŠKA NEUHRANJENOST*</b>	C	
<b>RANIJE HIRURŠKE INTERVENCIJE U OBLASTI TRBUŠNE DUPLJE ILI KARLICE</b>	C	<b>Pojašnjenje:</b> Veća je verovatnoća da će žene s ranijim hirurškim intervencijama u trbušnoj duplji ili karlici doživeti komplikacije prilikom podvrgavanja sterilizaciji. (21;22;24-26)
<b>STERILIZACIJA IZVRŠENA PARALELNO S HIRURŠKOM INTERVENCIJOM U OBLASTI TRBUŠNE DUPLJE</b> a) po izboru b) hitna (bez prethodnog savetovanja) c) infektivno stanje	C D D	
<b>STERILIZACIJA IZVRŠENA PARALELNO S CARSKIM REZOM*</b>	A	

## HIRURŠKA STERILIZACIJA MUŠKARACA

Sterilizacija ne štiti od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a. Ukoliko postoji rizik od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a (u toku trudnoće ili posle porođaja), preporučuje se dosledna i ispravna upotreba kondoma, bilo samih ili uz neko drugo kontraceptivno sredstvo. Muški kondomi od lateksa dokazano štite od seksualno prenosivih infekcija i HIV-a.		
ZDRAVSTVENO STANJE *dodatni komentari na kraju tabele	KATEGORIJA A = prihvatiti C = oprez D = odložiti S = posebne okolnosti	POJAŠNJENJA/ DOKAZI
<b>LIČNE ODLIKE I REPRODUKTIVNI ISTORIJAT</b>		
<b>MLADOST</b>	C	<b>Pojašnjenje:</b> Mladim muškarcima, kao i svim muškarcima, treba pružiti savete u vezi sa trajnošću sterilizacije i raspoloživošću alternativnih, dugoročnih i visoko delotvornih metoda. <b>Dokazi:</b> Veća je verovatnoća da će muškarci koji su se podvrgli vazektomiji u mladosti imati reverzni postupak nego oni koji su vazektomiju obavili u starijem dobu. (18)
<b>DEPRESIVNI POREMEĆAJI</b>		
<b>DEPRESIVNI POREMEĆAJI</b>	C	
<b>HIV/AIDS</b>		
<b>VISOK RIZIK OD HIV-a</b>	A	<b>Pojašnjenje:</b> Nije potreban rutinski skrining. Prilikom svih hirurških postupaka, moraju se brižljivo poštovati svi postupci za prevenciju infekcije, uključujući i univerzalne mere predostrožnosti. Nakon sterilizacije, preporučuje se upotreba kondoma.
<b>INFICIRANI HIV-om</b>	A	<b>Pojašnjenje:</b> Nije potreban rutinski skrining. Prilikom svih hirurških postupaka, moraju se brižljivo poštovati svi postupci za prevenciju infekcije, uključujući i univerzalne mere predostrožnosti. Nakon sterilizacije, preporučuje se upotreba kondoma.
<b>AIDS</b> Na antiretrovirusnoj terapiji	S	<b>Pojašnjenje:</b> Prisustvo bolesti povezane s AIDS-om može da zahteva odlaganje postupka.
<b>ENDOKRINI POREMEĆAJI</b>		
<b>DIJABETES*</b>	C	<b>Pojašnjenje:</b> Ukoliko kontrola koncentracije glukoze u krvi nije na odgovarajućem nivou, preporučuje se upućivanje u zdravstvenu ustanovu višeg ranga.
<b>ANEMIJE</b>		
<b>SRPASTA ANEMIJA</b>	A	
<b>DRUGA ZDRAVSTVENA STANJA RELEVANTNA ISKLJUČIVO ZA HIRURŠKU STERILIZACIJU MUŠKARACA</b>		
<b>LOKALNE INFEKCIJE*</b> a) infekcija kože skrotuma b) aktivna STI c) balanitis d) epididimitis ili orhitis	D D D D	
<b>KOAGULACIONI POREMEĆAJI*</b>	S	
<b>RANIJE POVREDE SKROTUMA</b>	C	
<b>OPŠTA INFEKCIJA ILI GASTROENTERITIS*</b>	D	
<b>VELIKE VARIKOCELE*</b>	C	
<b>VELIKE HIDROCELE*</b>	C	
<b>FILIARIJAZA, ELEFANTIJAZA*</b>	D	
<b>INTRASKROTALNA MASA*</b>	D	
<b>KRIPTORHIZAM</b>	C	
<b>HERNIJA PREPONA*</b>	S	

## DODATNI KOMENTARI ZA STERILIZACIJU ŽENA

**Paritet:** Žene koje nisu rađale: Ženama koje nisu rađale, kao i svim ženama, treba pružiti savete u vezi sa trajnošću sterilizacije i raspoloživošću alternativnih, dugoročnih i visoko delotvornih metoda.

**Posle porođaja:** < 7 dana posle porođaja: sterilizacija se bezbedno može izvršiti odmah posle porođaja.

7 do < 42 dana: postoji povišen rizik od komplikacija kada materica nije u potpunosti involuirala.

Preeklampsija/eklampsija: postoji povišeni rizik vezan za anesteziju.

Produženo pucanje membrana, 24 časova ili više: postoji povišen rizik od postoperativne infekcije.

Postporođajna sepsa u toku porođaja ili postporođajna groznica: postoji povišen rizik od postoperativne infekcije.

Teško krvarenje, pre ili posle porođaja: žena je možda anemična i nije u stanju da izdrži dalji gubitak krvi.

Teška povreda genitalnog trakta (cepanje vagine ili grlića materice u trenutku porođaja): može da dođe do znatnog gubitka krvi i anemije.

Pucanje ili perforacija materice: može da dođe do znatnog gubitka krvi i oštećenja sadržine trbušne duplje.

**Posle pobačaja:** Sepsa ili groznica posle pobačaja: postoji povišen rizik od postoperativne infekcije.

Teško krvarenje posle pobačaja: žena je možda anemična i nije u stanju da izdrži dalji gubitak krvi.

Teška povreda genitalnog trakta (cepanje vagine ili grlića materice u trenutku pobačaja): žena je možda anemična i nije u stanju da izdrži dalji gubitak krvi. Postupak može da bude bolniji.

Perforacija materice: može da dođe do znatnog gubitka krvi i oštećenja sadržine trbušne duplje.

Akutna hematometra: žena je možda anemična i nije u stanju da izdrži dalji gubitak krvi.

**Višestruki faktori rizika za arterijsko kardiovaskularno oboljenje:** Kada su istovremeno prisutni višestruki faktori rizika, žena može biti izložena velikom riziku od komplikacija povezanih s anestezijom i operacijom.

**Trenutno ili prošlo ishemijsko oboljenje srca:** Žena je izložena velikom riziku od komplikacija povezanih s anestezijom i operacijom.

**Karcinom grlića materice (u iščekivanju lečenja):** Najčešće, lečenje ostavlja ženu sterilnom.

**Karcinom endometrijuma:** Najčešće, lečenje ostavlja ženu sterilnom.

**Karcinom jajnika:** Najčešće, lečenje ostavlja ženu sterilnom.

**Miomi materice:** U zavisnosti od veličine i lokacije mioma, može biti teško lokalizovati jajovide i mobilisati matericu.

**Pelvična inflamatorna bolest (PID):** PID može da dovede do povišenog rizika od infekcije ili priraslica posle sterilizacije.

**STI:** Postoji povišen rizik od postoperativne infekcije.

**Dijabetes:** Postoji rizik od hipoglikemije ili ketoacidoze prilikom vršenja postupka, posebno ukoliko nivo šećera u krvi nije bio dobro kontrolisan pre operacije.

**Poremećaji tiroidne žlezde:** Žena je izložena velikom riziku od komplikacija povezanih s anestezijom i operacijom.

**Virusni hepatitis:** Žena je izložena velikom riziku od komplikacija povezanih s anestezijom i operacijom.

**Anemija srpastih ćelija:** Postoji rizik od plućnih, neuroloških i srčanih komplikacija i mogući povišeni rizik od infekcije rane.

**Koagulacioni poremećaji:** Žene s poremećajima koagulacije su izložene povišenom riziku od hematoloških komplikacija prilikom operacije.

**Opšta infekcija ili gastroenteritis:** Postoji povećan rizik od postoperativne infekcije, komplikacija od dehidracije i komplikacija vezanih za anesteziju.

**Fiksirana materica usled ranije hirurške intervencije ili infekcije:** Smanjena pokretljivost materice, jajovoda i creva mogu da otežaju laparoskopiju i minilaparatomiju i povećaju rizik od komplikacija.

**Dijafragmalna hernija:** U slučaju laparoskopije, žena može da doživi aktune kardiorespiratorne komplikacije izazvane pneumoperitoneumom ili Trendelenburgovim položajem.

**Oboljenja bubrega:** Može se poremetiti zgrušavanje krvi. Može postojati povišen rizik od infekcije i hipovolemijskog šoka. Oboljenje može da izazove polazišnu anemiju, poremećaje elektrolita, i nepravilnosti u metabolizmu lekova i izlučivanju.

**Teška neuhranjenost:** Može postojati povišeni rizik od infekcije rane i otežanog zarastanja.

**Sterilizacija izvršena paralelno s carskim rezom:** Paralelna sterilizacija nije povećala rizik od komplikacija kod hirurški stabilnih pacijentkinja.

## **DODATNI KOMENTARI ZA STERILIZACIJU MUŠKARACA**

**Dijabetes:** Veća je vjerojatnoća da će se kod osoba s dijabetesom javiti postoperativna infekcija rane. Ukoliko se pojave znaci infekcije, potrebno je osobi dati antibiotike.

**Lokalna infekcija:** Postoji povećan rizik od postoperativne infekcije.

**Koagulacioni poremećaji:** Poremećaji krvarenja vode ka povišenom riziku od formiranja postoperativnih hematoma, što zatim vodi ka povišenom riziku od infekcije.

**Opšta infekcija ili gastroenteritis:** Postoji povećan rizik od postoperativne infekcije.

**Velike varikokele:** Može biti teško ili nemoguće locirati semenovod; jedna operacija kojom se uklanjaju varikokele i vrši vazektomija smanjuje rizik od komplikacija.

**Velike hidrocele:** Može biti teško ili nemoguće locirati semenovod; jedna operacija kojom se uklanjaju hidrocele i vrši vazektomija smanjuje rizik od komplikacija.

**Filarijaza, elefantijaza:** Ukoliko elefantijaza obuhvata i skrotum, može biti nemoguće napipati semenu traku i testise.

**Intraskrotalna masa:** Ovo može da ukazuje na ozbiljnije oboljenje.

**Hernija prepona:** Vazektomija se može obavljati paralelno s korekcijom hernije.

## LITERATURA:

- (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.

ZDRAVSTVENO STANJE	COC	CIC	P/R	POP	DMPA NET-EN	LNG/ETG Implanti	Cu-IUD	LNG-IUD
I = početak upotrebe, C = nastavak upotrebe, BF = dojenje								
<b>LIČNE ODLIKE I REPRODUKTIVNI ISTORIJAT</b>								
<b>TRUDNOĆA</b>	NA†	NA†	NA†	NA†	NA†	NA†	4†	4†
<b>GODINE STAROSTI</b>	Od prve menstruacije do < 40=1 ≥ 40=2	Od prve menstruacije do < 40=1 ≥ 40=2	Od prve menstruacije do < 18=1 18-45=1 >45=1	Od prve menstruacije do < 18=2 18-45=1 >45=2	Od prve menstruacije do < 18=1 18-45=1 >45=1	Od prve menstruacije do < 20=2 ≥ 20=1	Od prve menstruacije do < 20=2 ≥ 20=1	Od prve menstruacije do < 20=2 ≥ 20=1
<b>PARITET</b>								
a) Žene koje su rađale	1	1	1	1	1	1	2	2
b) Žene koje nisu rađale	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>DOJENJE</b>								
a) < 6 nedelja posle porođaja	4	4	4	3†	3†	3†		
b) ≥ 6 nedelja do < 6 meseci posle porođaja (primarno dojenje)	3	3	3	1	1	1		
c) ≥ 6 meseci posle porođaja	2	2	2	1	1	1		
<b>POSLE POROĐAJA</b> (žene koje ne doje)								
a) < 21 dan				1	1	1		
(i) bez drugih rizičnih faktora za VTE	3†	3†	3†					
(ii) sa drugim rizičnim faktorima za VTE	3/4†	3/4†	3/4†					
b) ≥ 21 dan				1	1	1		
(i) bez drugih rizičnih faktora za VTE	2†	2†	2†					
(ii) sa drugim rizičnim faktorima za VTE	2/3†	2/3†	2/3†					
c) > 42 dana	1	1	1	1	1	1		
<b>POSLE POROĐAJA</b> (žene koje doje i koje ne doje, uključujući i one koje su imale carski rez)								
a) < 48 časova uključujući postavljanje naprave odmah nakon izbacivanja posteljice							1	1=bez BF 3=sa BF
b) ≥ 48 časova do < 4 nedelje							3	3
c) ≥ 4 nedelje							1	1
d) postporođajna sepsa							4	4
<b>POSLE POBAČAJA</b>								
a) u prvom trimestru	1†	1†	1†	1†	1†	1†	1†	1†
b) u drugom trimestru	1	1	1	1	1	1	2	2
c) neposredno nakon septičkog pobačaja	1	1	1	1	1	1	4	4
<b>ISTORIJAT VANMATERIČNE TRUDNOĆE</b>	1	1	1	2	1	1	1	1
<b>ISTORIJAT HIRURŠKIH ZAHVATA U KARLICIMA</b> (videti šta piše za posle porođaja, uključujući i carski rez)	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>PUŠENJE</b>								
a) manje od 35 godina starosti	2	2	2	1	1	1	1	1
b) više od 35 godina starosti								
(iii) < 15 cigareta dnevno	3	3	3	1	1	1	1	1
(iv) ≥ 15 cigareta dnevno	4	4	4	1	1	1	1	1

†Molimo vas da pogledate tekst u tabelama radi pojašnjenja

ZDRAVSTVENO STANJE	COC	CIC	P/R	POP	DMPA NET-EN	LNG/ETG Implanti	Cu-IUD	LNG-IUD
<b>I = početak upotrebe, C = nastavak upotrebe, BF = dojenje</b>								
<b>GOJAZNOST</b>								
a) indeks telesne mase $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup> (BMI)	2	2	2	1	1	1	1	1
b) od prve menstruacije do 18. godine uz indeks telesne mase $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup> (BMI)	2	2	2	1	DMPA=2 NET-EN=1	1	1	1
<b>NEMOGUĆNOST MERENJA KRVNOG PRITISKA</b>	NA†	NA†	NA†	NA†	NA†	NA†	NA†	NA†
<b>KARDIOVASKULARNA OBOLJENJA</b>								
<b>VIŠESTRUKI FAKTORI RIZIKA ZA ARTERIJSKO KARDIOVASKULARNO OBOLJENJE</b> (kao što su poznije godine, pušenje, dijabetes ili povišeni krvni pritisak)	3/4†	3/4†	3/4†	2†	3†	2†	1	2
<b>POVIŠENI KRVNI PRITISAK</b>								
a) povišeni krvni pritisak u prošlosti, kada se krvni pritisak NE MOŽE proceniti (uključujući krvni pritisak u trudnoći)	3†	3†	3†	2†	2†	2†	1	2
b) adekvatno kontrolisan povišeni krvni pritisak, kada se krvni pritisak MOŽE proceniti	3†	3†	3†	1†	2†	1†	1	1
c) povišeni nivoi krvnog pritiska (na osnovu propisno izvršenog merenja)								
(i) sistolni 140-159 ili dijastolni 90-99 mm Hg	3	3	3	1	2	1	1	1
(ii) sistolni $\geq 160$ ili dijastolni $\geq 100$ mm Hg	4	4	4	2	3	2	1	2
d) vaskularno oboljenje	4	4	4	2	3	2	1	2
<b>ISTORIJAT POVIŠENOG KRVNOG PRITISKA U TOKU TRUDNOĆE</b> (kada je trenutni krvni pritisak merljiv i normalan)	2	2	2	1	1	1	1	1

†Molimo vas da pogledate tekst u tabelama radi pojašnjenja



ZDRAVSTVENO STANJE	COC	CIC	P/R	POP	DMPA NET-EN	LNG/ETG Implanti	Cu-IUD	LNG-IUD
I = početak upotrebe, C = nastavak upotrebe, BF = dojenje								
<b>DUBOKA VENSKA TROMBOZA (DVT)/ PLUĆNA EMBOLIJA (PE)*</b>								
a) istorijat DVT/PE	4	4	4	2	2	2	1	2
b) akutna DVT/PE	4	4	4	3	3	3	1	3
c) DVT/PE i osobe na antikoagulantnoj terapiji	4	4	4	2	2	2	1	2
d) porodični istorijat oboljenja (prvo koleno)	2	2	2	1	1	1	1	1
e) veće hirurške intervencije								
(i) s dužim periodom nepokretnosti	4	4	4	2	2	2	1	2
(ii) bez dužeg perioda nepokretnosti	2	2	2	1	1	1	1	1
f) manje hirurške intervencije bez perioda nepokretnosti	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>POZNATE TROMBOGENE MUTACIJE</b> (npr. faktora V Lajden, protrombinske mutacije, proteina S, proteina C, i antitrombinske deficijencije)	4†	4†	4†	2†	2†	2†	1†	2†
<b>TROMBOZA POVRŠINSKIH VENA</b>								
a) venski varikoziteti	1	1	1	1	1	1	1	1
b) površinski tromboflebitis	2	2	2	1	1	1	1	1
<b>TRETNUTNO ILI PROŠLO ISHEMIJSKO OBOLJENJE SRCA</b>	4	4	4	I   C 2   3	3	I   C 2   3	1	I   C 2   3
<b>MOŽDANI UDAR</b> (istorijat cerebrovaskularnog insulta)	4	4	4	I   C 2   3	3	I   C 2   3	1	2
<b>POZNATE HIPERLIPEMIJE</b>	2/3†	2/3†	2/3†	2†	2†	2†	1†	2†
<b>OBOLJENJA SRČANIH ZALISTAKA</b>								
a) bez komplikacija	2	2	2	1	1	1	1	1
b) sa komplikacijama (plućna hiper- tenzija, povećani rizik od fibrilacije pretkomora, istorijat subakutnog bakterijskog endokarditisa)	4	4	4	1	1	1	2†	2†
<b>REUMATSKA OBOLJENJA</b>								
<b>SISTEMSKI LUPUS ERYTHEMATOSUS</b>					I   C	I   C	I   C	
a) pozitivna (ili nepoznata) antifosfolipidna anitela	4	4	4	3	3   3	3	1   1	3
b) teška trombocitopenija	2	2	2	2	2   2	2	3†   2†	2†
c) imunosupresivna terapija	2	2	2	2	2   2	2	2   1	2
d) ništa od gore navedenog	2	2	2	2	2   2	2	1   1	2

†Molimo vas da pogledate tekst u tabelama radi pojašnjenja

ZDRAVSTVENO STANJE	COC		CIC		P/R		POP		DMPA NET-EN		LNG/ETG Implanti		Cu-IUD		LNG-IUD	
I = početak upotrebe, C = nastavak upotrebe, BF = dojenje																
<b>NEUROLOŠKA STANJA</b>																
<b>GLAVOBOLJE</b>	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C		I	C	
a) nemigrenske (blage ili teške)	1†	2†	1†	2†	1†	2†	1†	1†	1†	1†	1†	1†	1†	1†	1†	
b) migrenske																
(i) bez aure																
manje od 35 godina	2†	3†	2†	3†	2†	3†	1†	2†	2†	2†	2†	2†	1†	2†	2†	
više od 35 godina	3†	4†	3†	4†	3†	4†	1†	2†	2†	2†	2†	2†	1†	2†	2†	
(ii) sa austom, u bilo kojim godinama	4†	4†	4†	4†	4†	4†	2†	3†	2†	3†	2†	3†	1†	2†	3†	
<b>EPILEPSIJA</b>	1†		1†		1†		1†		1†		1†		1	1		
Ukoliko osoba prima terapiju pogledajte odeljak MEĐUSOBNO DEJSTVO LEKOVA																
<b>DEPRESIVNI POREMEĆAJI</b>																
<b>DEPRESIVNI POREMEĆAJI</b>	1†		1†		1†		1†		1†		1†		1†		1†	
<b>KARAKTERISTIKE VAGINALNOG KRVARENJA</b>													I	C		
a) neredovno bez obilnog krvarenja	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1		
b) obilno ili produženo krvarenje (i redovno i neredovno)	1†	1†	1†	1†	1†	1†	2†	2†	2†	2†	2†	2†	2†	1†	2†	
<b>NEOJASNJENO VAGINALNO KRVARENJE*</b> (sumnja u ozbiljno oboljenje) Pre procene													I	C	I	C
	2†	2†	2†	2†	2†	2†	3†	3†	3†	3†	3†	3†	4†	2†	4†	2†
<b>ENDOMETRIOZA</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1		
<b>BENIGNI TUMORI JAJNIKA</b> (uključujući i ciste)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
<b>TEŠKA DISMENOREJA</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1		
<b>GESTACIJSKA TROFOBLASTNA BOLEST</b>																
a) umanjani ili neprimetni nivoi β-hCG	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3		
b) konstantno povišeni nivoi β-hCG ili maligna oboljenja	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4		
<b>EKTROPION GRLIĆA MATERICE</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
<b>CERVIKALNA INTRAEPITELNA NEOPLAZIJA (CIN)</b>	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2		
<b>KARCINOM GRLIĆA MATERICE*</b> (u iščekivanju lečenja)	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	I	C	I	C
													4	2	4	2
<b>OBOLJENJA DOJKI</b>																
a) nedijagnostifikovana masa	2†	2†	2†	2†	2†	2†	2†	2†	2†	2†	2†	2†	1	2		
b) benigno oboljenje dojki	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
c) istorijat karcinoma u porodici	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
d) karcinom dojke																
(i) trenutni	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4		
(ii) u prošlosti, bez pokazatelja ponovnog oboljenja u toku 5 godina	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3		

†Molimo vas da pogledate tekst u tabelama radi pojašnjenja

ZDRAVSTVENO STANJE	COC	CIC	P/R	POP	DMPA NET-EN	LNG/ETG Implanti	Cu-IUD	LNG-IUD			
I = početak upotrebe, C = nastavak upotrebe, BF = dojenje											
<b>KARCINOM ENDOMETRIJUMA</b>	1	1	1	1	1	1	I	C	I	C	
							4	2	4	2	
<b>KARCINOM JAJNIKA</b>	1	1	1	1	1	1	I	C	I	C	
							3	2	3	2	
<b>MIOMI MATERICE</b> a) s poremećajem oblika materične duplje b) bez poremećaja oblika materične duplje	1	1	1	1	1	1	1	1			
	1	1	1	1	1	1	4	4			
<b>ANATOMSKE NEPRAVILNOSTI</b> a) koje deformišu materičnu duplju b) koje ne deformišu materičnu duplju							4	4			
							2	2			
<b>PELVIČNA INFLAMATORNA BOLEST (PID)</b> a) ranije preležana PID (pod uslovom da nema trenutnih faktora rizika za STI) (i) posle koje je sledila trudnoća (ii) posle koje nije sledila trudnoća b) trenutna PID											
							I	C	I	C	
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	
<b>SEKSUALNO PRENOSIVE INFEKCIJE (STI)</b> a) gnojna upala grlića materice ili infekcija hlamidijom ili gonoreja b) druge STI (izuzev HIV-a i hepatitisa) c) vaginitis – vaginalna upala (uključujući trihomonas vaginalis i bakterijsku vaginozu) d) povećan rizik od STI							I	C	I	C	
	1	1	1	1	1	1	4	2†	4	2†	
	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	
	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	
	1	1	1	1	1	1	2/3†	2	2/3†	2	
<b>HIV/AIDS</b>											
<b>VISOK RIZIK OD HIV-a</b>	1	1	1	1	1	1	I	C	I	C	
							2	2	2	2	
<b>INFICIRANE HIV-om</b>	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	
<b>AIDS</b> Klinički dobro na ARV terapiji	1†	1†	1†	1†	1†	1†	1†	3	2†	3	2†
								Ukoliko osoba prima terapiju pogledajte odeljak MEĐUSOBNO DEJSTVO LEKOVA			
<b>DRUGE INFEKCIJE</b>											
<b>SHISTOSOMIJAZA</b> a) bez komplikacija b) fibroza jetre (ukoliko je teška, pogledajte pod 'ciroza')	1	1	1	1	1	1	1	1			
	1	1	1	1	1	1	1	1			
<b>TUBERKULOZA</b> a) nekarlična b) karlična							I	C	I	C	
	1†	1†	1†	1†	1†	1†	1	1	1	1	
	1†	1†	1†	1†	1†	1†	4	3	4	3	
Ukoliko osoba prima terapiju pogledajte odeljak MEĐUSOBNO DEJSTVO LEKOVA											
<b>MALARIJA</b>	1	1	1	1	1	1	1	1			

†Molimo vas da pogledate tekst u tabelama radi pojašnjenja

ZDRAVSTVENO STANJE	COC		CIC		P/R	POP	DMPA NET-EN	LNG/ETG Implanti	Cu-IUD	LNG-IUD
I = početak upotrebe, C = nastavak upotrebe, BF = dojenje										
<b>ENDOKRINI POREMEĆAJI</b>										
<b>DIJABETES</b>										
a) istorijat gestacijskog dijabetesa	1		1		1	1	1	1	1	1
b) nevaskularno oboljenje										
(i) insulin nezavisni	2		2		2	2	2	2	1	2
(ii) insulin zavisni	2		2		2	2	2	2	1	2
c) nefropatija/retinopatija/ neuropatija	3/4†		3/4†		3/4†	2	3	2	1	2
d) drugo vaskularno oboljenje ili dija- betes koji traje više od 20 godina	4†		4†		4†	2	3	2	1	2
<b>POREMEĆAJI TIROIDNE ŽLEZDE</b>										
a) prosta gušavost (struma)	1		1		1	1	1	1	1	1
b) hipertiroidizam	1		1		1	1	1	1	1	1
c) hipotiroidizam	1		1		1	1	1	1	1	1
<b>GASTROINTESTINALNI POREMEĆAJI</b>										
<b>OBOLJENJA ŽUČNE KESE</b>										
a) simptomatska										
(i) lečena holecistektomijom	2		2		2	2	2	2	1	2
(ii) lečena medikamentima	3		2		3	2	2	2	1	2
(iii) trenutna	3		2		3	2	2	2	1	2
b) asimptomatska	2		2		2	2	2	2	1	2
<b>ISTORIJAT HOLESTAZE</b>										
a) vezana za trudnoću	2		3		2	1	1	1	1	1
b) vezana za upotrebu COC u prošlosti	3		2		3	2	2	2	1	2
<b>VIRUSNI HEPATITIS</b>										
a) akutni ili egzacerbacija hroničnog	3/4†	2	3	2	3/4†	2	1	1	1	1
b) prenosilac	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
c) hronični	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>CIROZA</b>										
a) blaga (kompenzovana)	1		1		1	1	1	1	1	1
b) teška (dekompenzovana)	4		3		4	3	3	3	1	3
<b>TUMORI JETRE</b>										
a) benigni										
(i) fokalna nodularna hiperplazija	2		2		2	2	2	2	1	2
(ii) hepatocelularni adenom	4		3		4	3	3	3	1	3
b) maligni (hepatoma)	4		3/4		4	3	2	3	1	3
<b>ANEMIJE</b>										
<b>TALASEMIJA</b>										
	1		1		1	1	1	1	2	1
<b>ANEMIJA SRPASTIH ČELIJA</b>										
	2		2		2	1	1	1	2	1
<b>SIDEROPENIJSKA ANEMIJA</b>										
	1		1		1	1	1	1	2	1

†Molimo vas da pogledate tekst u tabelama radi pojašnjenja

ZDRAVSTVENO STANJE	COC	CIC	P/R	POP	DMPA NET-EN	LNG/ETG Implanti	Cu-IUD	LNG-IUD		
I = početak upotrebe, C = nastavak upotrebe, BF = dojenje										
<b>MEĐUSOBNA DEJSTVA LEKOVA</b>										
<b>ANTIRETROVIRUSNA TERAPIJA (POGLEDAJTE ANEKS 1)</b>							I	C	I	C
a) inhibitori nukleozidne reverzne transkriptaze (NRTI)	1†	1†	1†	1†	DMPA=1 NET-EN=1	1†	2/3†	2†	2/3†	2†
b) inhibitori nenukleozidne reverzne transkriptaze (NNRTI)	2†	2†	2†	2†	DMPA=1 NET-EN=2†	2†	2/3†	2†	2/3†	2†
c) inhibitori proetaza pojačani retonavirom	3†	3†	3†	3†	DMPA=1 NET-EN=2†	2†	2/3†	2†	2/3†	2†
<b>ANTIKONVULZIVNA TERAPIJA</b>										
a) određeni antikonvulzanti (fenitoin, karbamazepin, barbiturati, pirimidon, topiramat, okskarbazepin)	3†	2	3†	3†	DMPA=1 NET-EN=2†	2†	1		1	
b) lamotrigin	3†	3	3	1	1	1	1		1	
<b>ANTIMIKROBNA TERAPIJA</b>										
a) antibiotici širokog spektra	1	1	1	1	1	1	1		1	
b) antimikotici	1	1	1	1	1	1	1		1	
c) antiparazitna terapija	1	1	1	1	1	1	1		1	
d) terapija rifampicinom ili rifabutinom	3†	2†	3†	3†	DMPA=1 NET-EN=2†	2†	1		1	

†Molimo vas da pogledate tekst u tabelama radi pojašnjenja



**ANEKS 1: HORMONSKA KONTRACEPTIVNA SREDSTVA I ANTIRETROVIRUSNE TERAPIJE**

Malobrojni podaci koji potiču iz malih, uglavnom neobjavljenih studija ukazuju na to da na farmakokinetiku COC mogu da utiču neke antiretrovirusne (ARV) terapije. Mali je broj studija koje su merile kliničke rezultate. Međutim, prilikom upotrebe inhibitora proteaza pojačanih retonavirom zabeležen je veliki pad nivoa kontraceptivnih steroida u krvi. Toliko veliki pad može da kompromituje delotvornost kontraceptivnog sredstva. Neke interakcije između kontraceptivnih sredstava i ARV dovele su i do povećane toksičnosti ARV. Što se tiče slabijih efekata inhibitora nenukleozidne reverzne transkriptaze (NNRTI), njihov klinički značaj nije poznat, posebno s obzirom na to

da studije nisu ispitivale stabilne nivoe kontraceptivnih hormona. Do danas, nisu zabeležene klinički značajne interakcije između kontraceptivnih hormona i inhibitora nukleozidne reverzne transkriptaze (NRTI).

Tabele koje slede predstavljaju rezime dosadašnjih dokaza u vezi sa interakcijom između ARV terapija i hormonskih kontraceptivnih sredstava. Za ažurirane, detaljne informacije o interakcijama lekova za HIV, predlažemo vam da konsultujete eksterni izvor informacija, kao što je internet sajt za interakcije lekova za HIV: [www.hiv-druginteractions.org](http://www.hiv-druginteractions.org)

ARV	KONTRACEPTIVNA SREDSTVA	DEJSTVA ARV
<b>INHIBITORI NUKLEOZIDNE REVERZNE TRANSKRIPTAZE (NRTI)</b>		
Tenofovir disaproksil fumarat (TDF)	EE ↔ NGM ↔ (1)	Tenofovir ↔ (1)
Zidovudin (ZDV ili AZT)		Zidovudin ↔ (2) Bez promena u virulenciji ili CD4 + (2)
<b>INHIBITORI NENUKLEOZIDNE REVERZNE TRANSKRIPTAZE (NNRTI)</b>		
Efavirenz (EFV ili EFZ)	EE (3), EE ↔ (4), NGM ↓ (4), LNG ↓ (4) Stopa trudnoće 2.6/100 žena u godinu dana, prema jednoj studiji u kojoj je do 80% ispitanica koristilo hormonska kontraceptivna sredstva (35% je koristilo COC) (5)	Efavirenz ↔ (3;4)
Etravirin	EE ↔ NET ↔ (6)	Etravirin ↑ (6) Istovremeno uzimanje lekova, uglavnom bezbedno i organizam ga dobro podnosi
Nevirapin	EE ↔ NET ↔ (7)	Nevirapin ↔ (7)
<b>INHIBITORI PROETAZE I INHIBITORI PROTEAZE POJAČANI RITONAVIROM</b>		
Atazanavir/ritonavir (ATV/r)	EE ↑ NET ↑ (8)	
Darunavir/ritonavir (DRV/r)	EE ↓ NET ↔ (9)	Darunavir ↔ (9)
Fos-amprenavir/ritonavir (FPV/r)	EE ↓ (10;11) NET ↓ (11)	Amprenavir ↔ ritonavir ↑ Povišena transaminaza jetre (10)
Indinavir (IDV) †	EE ↔ NET ↔ (12)	
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	EE ↓ NET ↔ (13)	
Nelfinavir (NFV)	EE ↓ NET ↔ (14)	
Sakvinavir (SQV) †		Sakvinavir ↔ (15;16)
Tipranavir/ritonavir (TPV/r)	EE ↓ (17)	↑ Štetne posledice po kožu, mišiće i skelet, moguća hiperosetljiva reakcija na lek (17)

Legenda:

↔ bez promena ili promena 30%

↑ povećanje > 30%

↓ smanjenje > 30%

Skraćenice:

COC = kombinovana oralna kontraceptivna sredstva

EE = etinilestradiol

LNG = levonorgestrel

NET = noretindron

NGM = norgestimat

† Sakvinavir i indinavir se najčešće daju pojačani ritonavikom, ali nema podataka o kontraceptivnim interakcijama s pojačanim režimom uzimanja.



ARV	KONTRACEPTIVNA SREDSTVA	DEJSTVA ARV
<b>INHIBITORI NUKLEOZIDNE REVERZNE TRANSKRIPTAZE (NRTI)</b>		
Zidovudin (ZDV ili AZT)		Zidovudin ↔ (2) Bez promena u virulenciji
<b>INHIBITORI NENUKLEOZIDNE REVERZNE TRANSKRIPTAZE (NNRTI)</b>		
Efavirenz (EFV ili EFZ)	MPA ↔ (18;19) Bez ovulacije u toku tri ciklusa (18;19) Stopa trudnoće 2.6/100 žena u godinu dana, prema jednoj studiji u kojoj je do 80% ispitanica koristilo hormonska kontraceptivna sredstva (65% je koristilo POI) (5)	Efavirenz ↔ (18) Bez promena u virulenciji ili CD4+, bez štetnih posledica 3. ili 4. kategorije† (20)
Nevirapin	MPA ↔ (18) Bez ovulacije u toku tri ciklusa (18)	Nevirapin ↑ (18) Bez promena u virulenciji ili CD4+, bez štetnih posledica 3. ili 4. kategorije† (20)
<b>INHIBITORI PROETAZE I INHIBITORI PROETAZE POJAČANI RETONAVIROM</b>		
Nelfinavir (NFV)	MPA ↔ (18)	Nelfinavir ↔ (18) Bez promena u virulenciji ili CD4+, bez štetnih posledica 3. ili 4. kategorije† (20)

Legenda:

↔ bez promena ili promena 30%

↑ povećanje > 30%

Skraćenice:

MPA = medroksiprogesteron acetat

POI = injekcioni kontraceptivi isključivo na bazi progestogena

† Testiranje je primenilo standardizovanu Tabelu za rangiranje stepena težine štetnih pojava među odraslima i decom Nacionalnog instituta za zdravlje, Odeljenja za AIDS, iz decembra 2004. (s pojašnjenjima iz avgusta 2009.) <http://rsc.tech-res.com/safetyandpharmacovigilance>. Pojave trećeg stepena klasifikovane su kao teške. Teške pojave su definisane kao simptomi koje ograničavaju obavljanje aktivnosti ili zahtevaju određenu pomoć u obavljanju aktivnosti, koje zahtevaju lekarsku intervenciju ili terapiju, i koje mogu da zahtevaju hospitalizaciju. Pojave četvrtog stepena klasifikovane su kao opasne po život. Pojave opasne po život obuhvataju simptome koji mogu dovesti do izuzetnog ograničenja u obavljanju aktivnosti i zahtevati veliku pomoć, kao i znatnu lekarsku intervenciju i terapiju, dok su hospitalizacija i bolnička nega verovatni.

## LITERATURA:

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/kaletatabpi.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, Poblete 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.

## ANEKS 2

Dr Hassan Baaqeel  
Bolnica Nacionalne garde kralja Kalida  
Odeljenje za akušerstvo i ginekologiju  
PO Box 9515  
Džeda 21423  
Saudijska Arabija

Dr David Back  
Odeljenje za farmakologiju i terapeutiku  
Medicinska škola Ešton strit  
Ashton Street, Liverpool, Merseyside  
Liverpool L69 3GE  
Velika Britanija

Dr Maria del Carmen Cravioto  
Odeljenje za reproduktivnu biologiju  
Nacionalni institut za ishranu, Salvador  
Zubiran, Vaso de Quiroga 15  
Delegacion Tlalpan  
CP 14000 Meksiko, DF  
Meksiko

Dr Willard Cates  
Međunarodno porodično zdravlje  
PO Box 13950  
Research Triangle Park, NC 27709  
Sjedinjene Američke Države

Dr Tsungai Chipato  
Katedra za OB/GYN  
Univerzitet u Zimbabveu  
PO Box A 178  
Harare  
Zimbabve

Dr Kathryn Curtis  
Odeljenje za reproduktivno zdravlje  
Zgrada Koger Rhodes  
CDC Mailstop K-34  
4770 Buford Highway, NE  
Atlanta, GA 30341-3717  
Sjedinjene Američke Države

Dr Juan Diaz  
R Maria Teresa Diaz da Silva 740  
Cidade Universitaria  
Caixa Postal 6019  
13083-970 – Campinas  
Sao Paolo  
Brazil

Dr Soledad Diaz  
Consultorio de Planification Familiar  
Instituto Chileno de Medicina Reproductiva  
José Victorino Latarria 29  
Depto 101, Correo 22, Casilla 96  
Santiago  
Čile

Dr Mohammad Eslami  
Odeljenje za porodično zdravlje i populaciju  
Ministarstvo zdravlja i medicinskog obrazovanja  
Raskrsnica Yussef abad (Raskrsnica Jomhuri eslami i Hafez)  
Teheran  
Iran

Dr El Hadj Oussenouye Faye  
Ministarstvo zdravlja  
K 55 Hamo Grand Yoff  
Dakar  
Senegal

Dr Karima Gholbzouri  
Načelnica odeljenja za planiranje porodice  
Direkcija za populaciju  
Ministarstvo zdravlja  
Rabat  
Maroko

Dr Anna Glasier  
Služba za planiranje porodice i zdravlje žena  
18 Dean Terrace  
Edinburg EH4 1NL  
Velika Britanija

Dr Kerstin Hagenfeldt  
Odeljenje za zdravlje žena i dece  
Jedinica za akušerstvo i ginekologiju  
Karolinska univerzitetaska bolnica  
177 76 Stokholm  
Švedska

Dr Phil Hannaford  
Katedra za opštu praksu i primarnu negu  
Univerzitet u Aberdinu  
Dom zdravlja Foresthill  
Westburn Road  
Aberdin AB25 2AY  
Velika Britanija

Profesor Ezzeldin Othman Hassan  
Nacionalna egipatska fondacija za brigu o fertilitetu  
2(A) Mahrouky Street Mohandessen  
PO Box 147 Orman  
Giza  
Egipat

Gdin Maurice Hiza  
Odeljenje za reproduktivno zdravlje i zdravlje deteta  
Ministarstvo zdravlja i socijalne politike  
PO Box 9083  
Dar-es-Salam  
Ujedinjena republika Tanzanija

Dr Douglas Huber  
1175 Chestnut Street, Unit 6  
Njuton, MA 02464  
Sjedinjene Američke Države

Dr Yolande Hyjazi  
Univerzitet u Konakriju  
Medicinski fakultet  
Farmacija, stomatologija  
BP 1017 Konakri  
Republika Gvineja

Dr Roy Jacobstein  
Polno zdravlje  
440 Ninth Ave.  
Njujork, NY 1001  
Sjedinjene Američke Države

Dr Victoria Jennings  
Institut za reproduktivno zdravlje  
Medicinski centar Univerziteta u Džordžtaunu  
Džordžtaun centar, 6. sprat  
2115 Wisconsin Ave., NW  
Vašington, DC 20007  
Sjedinjene Američke Države

Dr Pamela Lynam  
Regionalni tehnički direktor za Istočnu i Jugoistočnu Afriku  
Džpiego – Univerzitet Džons Hopkins  
PO Box 58247  
Najrobi  
Kenija

Dr Trent MacKay  
Specijalni pomoćnik za OB/GYN  
Ogranak za kontracepciju i reproduktivno zdravlje  
Centar za populaciona istraživanja  
Nacionalni institut za dečije zdravlje i humani razvoj,  
Nacionalni institut za zdravlje  
6100 Executive Blvd, Suite 8B13  
Betezda, MD 20892  
Sjedinjene Američke Države

Dr Polly Marchbanks  
Odeljenje za reproduktivno zdravlje  
Centar za kontrolu bolesti i prevenciju  
4770 Buford Highway, NE, MS K-34  
Atlanta, GA 30341-3717  
Sjedinjene Američke Države

Dr Olav Meirik  
Čileanski institut za reproduktivnu medicinu  
Jose Ramon Gutierres 295, Depto 3  
Santiago  
Čile

Dr Suneeta Mittal  
Načelnica odeljenja za akušerstvo i ginekologiju  
Aktivni direktor SZO CCR za ljudsku reprodukciju  
Sveindijski institut medicinskih nauka  
Ansari Nagar  
Nju Delhi, 110 029  
Indija

Dr Kavita Nanda  
 Međunarodno porodično zdravlje  
 PO Box 13950  
 Research Triangle Park, NC 27709  
 Sjedinjene Američke Države

Dr Nuriye Ortayli  
 Stručni savetnik  
 Ogranak za reproduktivno zdravlje  
 Tehničko odeljenje  
 UNFPA  
 220 East 42nd Street  
 Njujork, NY 10017  
 Sjedinjene Američke Države

Gđa Melissa Paulen  
 Odeljenje za reproduktivno zdravlje  
 Zgrada Koger Rhodes  
 CDC Mailstop K-34  
 4770 Buford Highway, NE  
 Atlanta, GA 30341-3717  
 Sjedinjene Američke Države

Dr Herbert Peterson  
 Katedra za zdravlje majke i deteta  
 Škola javnog zdravlja  
 Katedra za akušerstvo i ginekologiju  
 Medicinska škola  
 Univerzitet Severne Karoline na Čapel Hilu  
 CB # 7445 Rosenau Hall  
 Čapel Hil, NC 27599-7445  
 Sjedinjene Američke Države

Dr Svetlana Posohova  
 Zamenica Načelnika kliničke bolnice za oblast Odese  
 47A Malinovskogo str. Room N 24  
 6507 Odesa  
 Ukrajina

Profesor Helen Rees  
 Izvršni direktor  
 Jedinica za istraživanja o reproduktivnom zdravlju i HIV-u  
 Katedra za akušerstvo i ginekologiju  
 Univerzitet u Vitvatersrandu  
 Dom zdravlja u Hilbrou

Zgrada Hugh Solomon  
 Esselen Street (Cnr Klein St), Hillbrow  
 PO Box 18512, Hilbrou 2038  
 Johanesburg  
 Južna Afrika

Gdin Ward Rinehart  
 Univerzitet John Hopkins  
 Centar za komunikacione programe  
 111 Market Place, Suite 310  
 Baltimor, MD 21202  
 Sjedinjene Američke Države

Dr Cynthia Rhoda Lee-Blackwell  
 Stockley's - Međusobna dejstva lekova  
 Kraljevsko farmaceutsko društvo Velike Britanije  
 1 Lambeth High Street  
 London SE1 7JN  
 Velika Britanija

Dr Roberto Rivera  
 Međunarodno porodično zdravlje  
 PO Box 13950 Research Triangle Park, NC 27709  
 Sjedinjene Američke Države

Dr Annette Sachs Robertson  
 Savetnik za procenu programa reproduktivnog  
 zdravlja i operativnih istraživanja  
 Tim za stručne usluga na nivou Okeanije  
 Pošta za UNFPA  
 Suva  
 Fidži

Dr Wu Shangchun  
 Nacionalni istraživački institut za planiranje porodice  
 12 Da Hui Si (Hai Dian Qu)  
 Peking 100081  
 Narodna republika Kina

Dr James Shelton  
 Naučni savetnik  
 Biro za globalno zdravlje  
 USAID  
 1300 Pennsylvania Avenue, G/PHN  
 Vašington, DC 20523  
 Sjedinjene Američke Države

Dr Connie Smith  
Westminster PCT  
Vestsajd kontraceptivne usluge  
Klinika Rejmed  
Bolnica St. Čarls  
Exmoor Street  
London W10 6DZ  
Velika Britanija

Dr Bulbul Sood  
Direktor lokalne kancelarije  
CEDPA/Indija  
C-1, Hauz Khas,  
Nju Delhi 110 016  
Indija

Dr Tran Son Thach  
Istraživanje, obuka i međunarodna saradnja  
Bolnica Hungvuong  
128 Hungvuong, District 5  
Ho Ši Min Siti  
Vijetnam

Dr Marcel Vekemans  
Viši medicinski savetnik  
Centralna kancelarija Međunarodne fondacije za  
planiranje roditeljstva  
4 Newhams Row  
London, SE1 3UZ  
Velika Britanija

Dr Edith Weisberg  
Centar za istraživanje reproduktivnog zdravlja u  
Sidneju  
328-336 Liverpool Road Ashfield,  
NSW 2131  
Australija

Dr Ekaterina Yarotskaya  
Načelnik međunarodnog odeljenja Naučnog centra za  
akušerstvo i perinatologiju  
117 997 Oparin Street 4  
Moskva  
Ruska Federacija

## **SEKRETARIJAT SZO**

Dr Catherine d’Arcangues, RHR  
Dr Dalia Brahmi  
Dr Kelly Culwell, RHR  
Dr Mario Festin  
Dr Mary Lyn Gaffield, RHR  
Gđa Jennie Greaney  
Gđa Catherine Hamill, RHR  
Dr Emily Jackson, RHR  
Gđa Sarah Johnson, RHR  
Dr Nathalie Kapp, RHR  
Gđa Gloria Lamptey, RHR  
Gđa Sybil de Pietro  
Dr Ian Tilley, RHR

## **UČESNICI U STRUČNIM KONSULTACIJAMA, 22. OKTOBRA 2008.**

Dr Maria del Carmen Cravioto  
Odeljenje za reproduktivnu biologiju  
Nacionalni institut za ishranu, Salvador  
Zubiran, Vaso de Quiroga 15  
Delegacion Tlalpan  
CP 14000 Meksiko, DF  
Meksiko

Dr Kathryn Curtis  
Odeljenje za reproduktivno zdravlje  
Zgrada Koger Rhodes  
CDC Mailstop K-34  
4770 Buford Highway, NE  
Atlanta, GA 30341-3717  
Sjedinjene Američke Države

Dr Pierre Gressens  
Direktor UMR 676 Inserm-Pariz 7  
Bolnica Robert Debré  
48 Boulevard Serurier  
75019 Pariz  
Francuska

Dr Anna Glasier  
 Služba za planiranje porodice i zdravlje žena  
 18 Dean Terrace  
 Edinburg EH4 1NL  
 Velika Britanija  
 Dr Kerstin Hagenfeldt  
 Vendevag 23  
 18260 Djursholm  
 Švedska

Dr Betty Kalikstad  
 Katedra za pedijatriju  
 Univerzitet u Oslu  
 Boks 1072 Blindern NO-0316 Oslo  
 Norveška

Dr Olav Meirik  
 Čileanski institut za reproduktivnu medicinu  
 Jose Ramon Gutierres 295, Depto 3  
 Santiago  
 Čile

Dr Kavita Nanda  
 Međunarodno porodično zdravlje  
 PO Box 13950  
 Research Triangle Park, NC 27709  
 Sjedinjene Američke Države

Gđa Melissa Paulen  
 Odeljenje za reproduktivno zdravlje  
 Zgrada Koger Rhodes  
 CDC Mailstop K-34  
 4770 Buford Highway, NE  
 Atlanta, GA 30341-3717  
 Sjedinjene Američke Države

Dr Herbert Peterson  
 Katedra za zdravlje majke i deteta  
 Škola javnog zdravlja  
 Katedra za akušerstvo i ginekologiju  
 Medicinska škola  
 Univerzitet Severne Karoline na Čapel Hilu  
 CB # 7445 Rosenau Hall  
 Čapel Hil, NC 27599-7445  
 Sjedinjene Američke Države

Dr Jaclyn Schwarz  
 Program za neuronauku  
 Medicinski fakultet Univerziteta u Merilendu  
 655 W. Baltimore Street  
 Baltimor, MD 21201  
 Sjedinjene Američke Države

Dr Christine Wagner  
 Katedra za psihologiju  
 Centar za neuronačna istraživanja  
 Društvene nauke 369  
 Univerzitet u Albaniju  
 Albani, NY 12222  
 Sjedinjene Američke Države

### UČESNICI U TELEKONFERENCIJI 26. JANUARA 2010.

Dr Jacqueline Conard  
 Jedinica za hemostazu i trombozu  
 Hôtel-Dieu 1  
 Place du Parvis Notre-Dame  
 75181 Pariz  
 Francuska

Dr Maria del Carmen Cravioto  
 Odeljenje za reproduktivnu biologiju  
 Nacionalni institut za ishranu, Salvador  
 Zubiran, Vaso de Quiroga 15  
 Delegacion Tlalpan  
 CP 14000 Meksiko, DF  
 Meksiko

Dr Kathryn Curtis  
 Odeljenje za reproduktivno zdravlje  
 Zgrada Koger Rhodes  
 CDC Mailstop K-34  
 4770 Buford Highway, NE  
 Atlanta, GA 30341-3717  
 Sjedinjene Američke Države

Dr Anna Glasier  
 Služba za planiranje porodice i zdravlje žena  
 18 Dean Terrace  
 Edinburg EH4 1NL  
 Velika Britanija

Dr Ian Greer  
Medicinska škola Hal Jork  
Univerzitet u Jorku  
Jork YO105DD  
Velika Britanija

Dr Kerstin Hagenfeldt  
Vendevag 23  
18260 Djursholm  
Švedska

Dr Phil Hannaford  
Katedra za opštu praksu i primarnu negu  
Univerzitet u Aberdinu  
Dom zdravlja Foresthill  
Westburn Road  
Aberdin AB25 2AY  
Velika Britanija

Dr Andra James  
Katedra za akušerstvo i ginekologiju, i Katedra za  
medicinu  
Medicinski centar Djuk Univerziteta  
Box 3967  
Darem, NC  
Sjedinjene Američke Države

Dr Olav Meirik  
Čileanski institut za reproduktivnu medicinu  
Jose Ramon Gutierres 295, Depto 3  
Santiago  
Čile

Dr Herbert Peterson  
Katedra za zdravlje majke i deteta  
Škola javnog zdravlja  
Katedra za akušerstvo i ginekologiju  
Medicinska škola  
Univerzitet Severne Karoline na Čapel Hilu  
CB # 7445 Rosenau Hall  
Čapel Hil, NC 27599-7445  
Sjedinjene Američke Države

Ms Maria Steenland  
Odeljenje za reproduktivno zdravlje  
Centar za kontrolu bolesti i prevenciju  
CDC Mailstop K-34  
4770 Buford Highway, NE  
Atlanta, GA 30341-3717  
Sjedinjene Američke Države

Dr Naomi Tepper  
Odeljenje za reproduktivno zdravlje  
Centar za kontrolu bolesti i prevenciju  
CDC Mailstop K-34  
4770 Buford Highway, NE  
Atlanta, GA 30341-3717  
Sjedinjene Američke Države





Publikacija „*Kriterijumi medicinske podobnosti za upotrebu kontraceptivnih sredstava*” analizira kriterijume za upotrebu kontraceptivnih sredstava, i daje smernice o bezbednosti različitih metoda upotrebe za muškarce i žene uključujući određene karakteristike i poznata medicinska stanja. Preporuke su zasnovane na sistematskom pregledu dostupnih kliničkih i emidemioloških istraživanja. Ovo su prateće smernice koje idu uz publikaciju „*Odabrane praktične preporuke za upotrebu kontraceptivnih sredstava*”. Ova dva dokumenta su namenjena kreatorima politika, programskim menadžerima i naučnoj zajednici kao podrška nacionalnim programima u pripremi smernica za pružanje usluga.

Četvrto izdanje ovog korisnog resursa prevazilazi prethodna izdanja, i ovime je ono u potpunosti ažurirano i prošireno. Ono uključuje preko 86 preporuka i 165 dodataka preporukama iz prethodnog izdanja. Uključene su smernice za stanovništvo sa specijalnim potrebama, kao i novi aneks o detaljnim dokazima o interakciji lekova tokom istovremene upotrebe antiretroviralnih terapija i hormonalnih kontraceptivnih sredstava. Kako bi se izašlo u susret korisnicima upoznatim sa trećim izdanjem, nove i ažurirane preporuke su istaknute. Preporučujemo da svi koji su uključeni u usluge planiranja porodice i kontraceptivnih sredstava, imaju pri ruci četvrto izdanje „*Kriterijuma medicinske podobnosti za upotrebu kontraceptivnih sredstava*”.

Ukoliko Vam je potrebno izdanje „*Kriterijuma medicinske podobnosti za upotrebu kontraceptivnih sredstava*” na drugim jezicima, molimo Vas da posetite sajt SZO.

**Za više informacija, molimo Vas kontaktirajte:**

Odeljenje za reproduktivno zdravlje i istraživanje

Svetska zdravstvena organizacija

Avenue Appia 20, CH- 1211 Ženeva 27

Švajcarska

Fax: +41 22 791 4171

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

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

ISBN 978 92 4 156388 8

