

Гормональная контрацепция у больных туберкулезом

Е.Н. Кравченко, А.В. Мордык, Л.В. Пузырева, Г.А. Валеева

Hormonal contraception at tuberculosis patients

E.N. Kravchenko, A.V. Mordyk, L.V. Puzyreva, G.A. Valeyeva

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет», г. Омск, Россия

Ключевые слова: туберкулез, коморбидность, ВИЧ-инфекция, незапланируемая беременность, гормональная контрацепция

Резюме

Гормональная контрацепция у больных туберкулезом

Е.Н. Кравченко, А.В. Мордык, Л.В. Пузырева, Г.А. Валеева

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Омск, Россия

Незапланированная беременность и туберкулез – каждый случай по отдельности – являются важными социальными и медицинскими проблемами. Но они могут сочетаться и усиливать трагизм и неразрешимость ситуации, последствия которой, в том числе в виде аборта, могут привести к последующим репродуктивным нарушениям. Проблема может усугубляться третьей и последующими ситуациями в виде коморбидности и мультиморбидности при туберкулезе легких. Во избежание подобных ситуаций фтизиатр и акушер-гинеколог должны осуществить выбор приемлемого контрацептивного средства с наименьшими рисками для пациентки, дающими возможность сохранения репродуктивного здоровья и избегания беременности в период активного лечения. Прогестиновые оральные контрацептивы безопасны при туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, ВИЧ-инфекции/СПИДе, сахарном диабете, осложненных приобретенных пороках сердца, эпилепсии, а также в период лактации. Использование чисто прогестиновых контрацептивов существенно расширяет возможности репродуктивного планирования женщин, имеющих ограничения или противопоказания к применению эстрогенов.

Ключевые слова: туберкулез, коморбидность, ВИЧ-инфекция, незапланируемая беременность, гормональная контрацепция.

Abstract

Hormonal contraception at tuberculosis patients

E.N. Kravchenko, A.V. Mordyk, L.V. Puzyreva, G.A. Valeyeva

Medical University Omsk State Medical University

Unplanned pregnancy and tuberculosis – each case individually – are important social and health problems. But they can be combined and strengthen the tragedy and untenable situation, the

Кравченко Елена Николаевна — профессор, доктор медицинских наук, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии последипломного образования, ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава РФ. Контактная информация: **E-mail:** kravchenko.en@mail.ru, 644043, г. Омск, ул. Ленина, д. 12

Мордык Анна Владимировна — доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой фтизиатрии и фтизиохирургии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава РФ. Контактная информация: **E-mail:** amordik@mail.ru, 644050, г. Омск, ул. Химиков, д. 8А

Пузырёва Лариса Владимировна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры инфекционных болезней ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава РФ. Контактная информация: **e-mail:** puzirevalv@mail.ru 644099, Омск, ул. Ленина 12

Валеева Галина Александровна — аспирант кафедры акушерства и гинекологии последипломного образования ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава РФ. Контактная информация: **E-mail:** missgalin@mail.ru, 644043, г. Омск, ул. Ленина, д. 12.

consequences of which, including in the form of abortion may lead to subsequent reproductive disorders. The problem may be exacerbated by a third and subsequent situations of comorbidity and multimorbid pulmonary tuberculosis. To avoid such situations, phthisiatrician and obstetrician must implement acceptable contraceptive choice with the lowest risk for the patient, making it possible to reproductive health and to avoid pregnancy during active treatment. Progestin oral contraceptives are safe for tuberculosis, sexually transmitted infections, HIV / AIDS, diabetes, complications of acquired heart diseases, epilepsy, as well as during lactation. The use of progestin-only contraceptives greatly enhances reproductive planning women with limitations or contraindications to the use of estrogen.

Keywords: tuberculosis, comorbidity, HIV infection, unplanned pregnancy, hormonal contraception.

Туберкулез всегда являлся важной медицинской и социальной проблемой [1, 2]. В настоящее время в условиях снижения заболеваемости туберкулезом, неблагоприятными тенденциями являются эпидемия ВИЧ-инфекции, с ростом числа инфицированных половым путем; напряженность ситуации по туберкулезу поддерживается за счет развития заболевания на поздних стадиях инфекции [3, 4]. Рядом авторов отмечен рост доли женщин репродуктивного возраста среди заболевших туберкулезом, в том числе и с ассоциированной инфекцией ВИЧ/ТБ [5, 6]. Женщины с активным туберкулезом ввиду небрежного отношения к своему здоровью, отсутствию должного консультирования по вопросам контрацепции, снижению эффективности гормональной контрацепции на фоне приема противотуберкулезных препаратов в некоторых случаях имеют незапланированные беременности на фоне лечения [5, 7]. Особенностью данной категории пациенток является поздняя диагностика беременности, приводящая к невозможности ее прерывания, а также отказы от ее прерывания по медицинским показаниям даже в случаях якобы нежеланной беременности [5, 7]. Часто это связано с социальным статусом женщины, позволяющим отнести ее к категории социально дезадаптированных или социопатических лиц [2, 5, 7, 8].

Еще одной стороной проблемы сочетания туберкулеза и беременности является развитие и выявление заболевания на фоне последней [1, 7, 9, 10]. Причинами этого может быть естественное снижение иммунитета во время беременности, нахождение в условиях контакта с больным туберкулезом [1, 7]. Обычно специфический процесс в легких выявляется у беременных женщин по обращению в общую лечебную сеть с жалобами в пределах интоксикационного и бронхолегочного синдрома, свидетельствуя об осложненном распаде легочной ткани или распространенном туберкулезе [6, 10]. Часть пациенток с туберкулезом, выявленным во время настоящей беременности, являются социально дезадаптированными, имеющими серьезные проблемы по сочетанию нескольких заболеваний, таких как ВИЧ-инфекция, инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), реже тяжелых соматических заболеваний (например, сахарного диабета, системной патологии, требующей приема глюкокортикостероид-

ных гормонов, цитостатиков, иммунодепрессантов) [4, 6, 11, 12, 13]. И беременность в данной ситуации, являясь незапланированной, может представлять угрозу для жизни женщины [1, 5, 7].

Непланируемая беременность, так же, как и туберкулез, признается острой социальной и медицинской проблемой, не имеющей географических границ и далекой от окончательного решения [14]. В то же время противники контрацепции осуждают и обсуждают возможность свободного репродуктивного выбора женщин и использования ими различных контрацептивных методов и технологий [15, 16, 17]. Россия является страной с традиционно сложившейся «абортной культурой», где контрацепция не является основным методом регулирования рождаемости [11, 15, 16, 18, 19, 20]. Самое убедительное доказательство недостаточного использования контрацепции — это число аборт в стране, которых в 2010 г. было зарегистрировано 1 054 320 (Росстат, 2011), хотя в последние годы эта цифра опустилась ниже миллиона.

Туберкулез является показанием к прерыванию беременности [1, 5, 7]. Но данное решение — это шаг в никуда, способствующий нарастанию демографических проблем в стране, приводящий к последующим репродуктивным нарушениям у женщины, на него решившейся [1, 5]. Задачей оказания помощи больным туберкулезом женщинам репродуктивного возраста является осуществление полноценной специфической терапии заболевания, которая в кратчайшие сроки приведет к его клиническому излечению, и обеспечение пациентки на весь период лечения полноценными контрацептивными средствами, позволяющими сохранить ее репродуктивное здоровье и обеспечить ей возможность иметь здоровое потомство.

Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) определен перечень заболеваний и состояний, ассоциированных с высоким риском развития осложнений при незапланированно наступившей беременности, вплоть до угрожающих жизни и здоровью. К ним отнесен туберкулез, а также рак молочной железы, тела матки и яичников; осложненные приобретенные пороки сердца; сахарный диабет; эпилепсия; ВИЧ-инфекция и СПИД; артериальная гипертензия; ишемическая болезнь сердца (ИБС); тяжелый цирроз печени; серповидно-клеточная анемия;

инфекции, передаваемые половым путем; инсульт; системная красная волчанка и др. [21].

Если женщина страдает одним или несколькими из перечисленных заболеваний, врач или медицинский работник, оказывающий ей медицинскую помощь, обязан рекомендовать безопасный, эффективный и приемлемый для нее метод контрацепции [5]. В случае если это не было сделано, медицинская помощь может считаться оказанной не в полном объеме, а факт развития осложнений, ассоциированных с угрозой жизни и здоровью женщины, не получившей должной информации, может стать поводом для судебного иска.

В проблеме рассмотрения контрацепции выделяют контингент пациенток, имеющих «риск» [11]. Медицина, имеющая традиционно профилактическую направленность, выделяет группы риска для предупреждения развития нежелательных явлений, усугубления течения заболеваний или их осложнений.

Безопасность и эффективность метода для каждого конкретного пользователя на основании состояния его здоровья и образа жизни определяются «Медицинскими критериями приемлемости методов контрацепции (ВОЗ, пересмотр 2009 г.)», созданными на основе более чем 60-летнего опыта и работы 8000 экспертов из 150 стран. В 2009 г. был осуществлен уже 4-й пересмотр этого руководства, в процессе которого экспертной рабочей группой ВОЗ на основе активного систематического анализа последних клинических и эпидемиологических данных были выработаны 86 новых и перепроверены 165 существующих рекомендаций [21]. Состояния, влияющие на приемлемость использования каждого метода контрацепции, относят к одной из четырех категорий:

I категория — нет ограничений к использованию метода;

II категория — преимущества метода в целом превосходят теоретически обоснованный или доказанный риск. В большинстве случаев метод можно использовать;

III категория — теоретический или доказанный риск в целом превосходит преимущества метода. Как правило, метод не рекомендуют, если существуют другие, более приемлемые и доступные способы контрацепции;

IV категория — неприемлемо высокий риск для здоровья при использовании данного метода контрацепции [21].

Когда речь идет о гормональной контрацепции, риск ее использования в большей степени ассоциируется с эстрогеновым компонентом комбинированных гормональных контрацептивов (КГК) (пластырь, влагалищное кольцо) и связан с увеличением вероятности возникновения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [22, 23, 24, 25, 26].

Прием комбинированных оральных контрацептивов (КОК) является фактором, который потенцирует риск инфаркта миокарда (ИМ) у курящих

женщин старше 35 лет при условии потребления в сутки 15 сигарет и более (категория IV), способствует увеличению вероятности развития ишемического инсульта у пациенток старше 35 лет, страдающих мигренью (категории III–IV), повышению риска инсульта и ИМ при наличии артериальной гипертензии (АГ) (категории III–IV), увеличению риска венозного тромбоза у женщин с ожирением (категория II) [23, 24, 27, 28]. Эффекты КОК ввиду недостаточности данных в настоящее время принято экстраполировать на всю группу КГК. Вместе с тем прием эстроген-содержащих препаратов недопустим при кормлении грудью в первые 6 месяцев после родов (категории III–IV) и не является методом выбора в течение всего периода лактации [29].

По данным Госкомстата (2008), более 8,3 млн россиянок курят, 2,5 млн страдают АГ, ожирение имеет место у 1,2 млн женщин, около 900 тысяч страдают мигренью, 565 тысяч кормят грудью и свыше 500 тысяч женщин отмечают головные боли на фоне приема КОК. Пациентки с туберкулезом более чем в половине случаев оказываются злостными курильщицами [8]. В разрезе медико-социального риска, обусловленного наступлением непланируемой беременности в репродуктивном возрасте у женщин упомянутых категорий очевидна.

Возможность использования контрацепции с учетом риска развития осложнений проходила в нескольких направлениях: снижение дозы этинилэстрадиола в составе КГК; замена этинилэстрадиола на эстрадиол, идентичный эндогенному [27]; парентеральное введение стероидов; использование методов экстренной контрацепции (ЭК) с доказанной безопасностью; применение чисто прогестинных контрацептивов (ЧПК), в составе которых нет эстрогенового компонента [16, 25, 27]. В настоящее время спектр ЧПК весьма широк, к ним относят имплантаты (Импланон), инъекционные контрацептивы (Депо-Провера), прогестинные оральные контрацептивы (ПОК — Чарозетта, Экслютон, Лактинет), внутриматочные гормон-выделяющие системы (левоноргестрел-выделяющая внутриматочная система — ЛНГ-ВМС — Мирена) и таблетки ЭК (Постинор, Эскапел) [21].

Среди факторов, влияющих на здоровье и продолжительность жизни, одним из наиболее значимых признано курение. Известно, что в возрасте старше 35 лет риск смерти, связанной с курением, повышается. Вместе с тем даже после полного отказа от курения смертность от рака уменьшается лишь в течение 20 лет, хотя смертность от ССЗ снижается уже в течение первого года. ЧПК, в отличие от КОК, не увеличивают риск ССЗ даже у женщин в возрасте старше 35 лет, курящих более 15 сигарет в день (категория I). При наличии множественных факторов риска ССЗ вероятность развития коронарной болезни сердца может существенно возрастать. Однако и в этом случае для ЧПК риск тромбозов существенно ниже, чем для КОК (категория II).

Исключение составляет Депо-Провера, применение которого при высоком риске ССЗ нежелательно, поскольку эффекты препарата могут наблюдаться в течение некоторого времени после прекращения использования (категория III) [21, 30, 31].

Грозным осложнением приема КОК являются тромбозы [30, 32, 33, 34]. КОК не вызывают тромбоз у здоровой женщины, однако могут явиться последним фактором в реализации исходно существующего риска, поскольку физиологическая необходимость обеспечить адаптацию женского организма к беременности и родам предусматривает определенное воздействие стероидных гормонов на сосудистую стенку артерий и вен, а также на состояние системы свертывания крови [28, 30, 35]. Эстрогены способствуют увеличению концентрации протромбина, фибриногена, VII, VIII, X и XI факторов коагуляции, количества тромбоцитов и активности фибринолиза, снижают уровень антитромбина III и пламиногена, оказывают сосудорасширяющее действие на артерии и вены. Отрицательное влияние прогестагенов на систему гемостаза отсутствует, но отмечается некоторое увеличение фибринолитической активности крови.

Прогестагены оказывают сосудосуживающее действие на артерии, их влияние на стенку венозных сосудов минимально [16]. При использовании ЧПК риск ИМ не повышается, а по некоторым данным, его частота даже имеет тенденцию к снижению [36]. Прием ЧПК допустим даже у женщин с верифицированными тромбогенными мутациями (категория II) и у пациенток с тромбозом глубоких вен/тромбоэмболией легочной артерии уже на стадии стабилизации показателей системы свертывания крови, на фоне использования антикоагулянтов (категория II) [28, 32, 33, 34].

АГ с цифрами АД до 160/100 мм рт. ст. относится к категории I для приема ЧПК. Однако при АГ выше 160/100 мм рт. ст. использование инъекционных прогестагенов нежелательно (категория III), в то время как прием ПОК и применение имплантатов возможны (категория II). Ситуация аналогична в отношении заболеваний сосудов, куда относят ИБС, сопровождающуюся стенокардией; болезни периферических сосудов, сопровождающиеся перемежающейся хромотой; гипертензивную ретинопатию и транзиторные ишемические атаки [11, 21, 22, 23, 27].

Значительным фактором риска является предстоящее хирургическое вмешательство, степень влияния которого зависит от продолжительности операции и последующей иммобилизации. Большое хирургическое вмешательство включает в себя операции продолжительностью более 30 минут. При необходимости длительной иммобилизации в послеоперационном периоде использование КГК должно быть прекращено, по меньшей мере, за 4 недели до плановой операции (категория IV), в то время как применение ЧПК возможно под врачебным наблюдением (категория II). Без продолжительной

иммобилизации после операции применение КГК возможно под врачебным наблюдением (категория II), применение ЧПК — без ограничений (категория I) [21, 28].

В отличие от КГК (категория IV), ЧПК могут без ограничений (категория I) использоваться у пациенток, страдающих клапанными и другими врожденными заболеваниями сердца, как без осложнений, так и с осложнениями (легочная гипертензия, риск фибрилляции предсердий, подострый бактериальный эндокардит в анамнезе). При наличии осложнений Чарозетта, Импланон, Мирена принадлежат к категории II [21, 31, 37].

Общепризнанным фактором риска для здоровья в целом и ССЗ в частности является ожирение, представляющее существенную проблему в отношении индивидуального выбора контрацептивного метода [22, 23, 35]. Риск венозного тромбоза у пользователей КОК любого возраста, имеющих индекс массы тела (ИМТ) $\geq 30,0$ кг/м², выше, чем у женщин с таким же ИМТ, не применяющих КОК (категория II) [11, 17]. Вместе с тем, ЧПК могут применяться без ограничений (категория I, для инъекций), у женщин в возрасте до 18 лет — категория II. Важно также понимать, что конечные риски ССЗ формирует не сам факт избыточной массы тела, а наличие метаболического синдрома, в том числе АГ, гиперлипидемии и инсулинорезистентности или сахарного диабета (СД), которые приносят целый ряд ограничений, не говоря уже о поведенческих факторах риска [12, 23].

Прогрессивный рост распространенности СД, существенно ухудшающего прогноз жизни и детородный прогноз в масштабах общества, в репродуктивном возрасте требует тщательного контроля за деторождением и специальной, зачастую длительной, прегравидарной подготовки женщин. Оценка критериев приемлемости методов контрацепции при СД предусматривает ряд позиций, которые включают гестационный диабет (КГК, ЧПК — категория I), диабет без сосудистых осложнений (КГК, ЧПК — категория II), диабет с тяжелым течением и формированием микро- и макроангиопатий (КГК — категория III/IV; Чарозетта, Мирена, Импланон — категория II) и длительность заболевания более 20 лет (КГК — категория III/IV; ЧПК — категория II) [12, 21].

Также прием КГК ограничивают состояния, сопровождающиеся головными болями, мигренью, ассоциированной с риском развития инсульта. Диагностика мигренозных головных болей и/или ауры имеет чрезвычайно большое значение, поскольку наличие немигренозных головных болей не является противопоказанием для использования КГК (категории I–II), равно как и ЧПК (категория I) [21]. Наличие мигрени без ауры у женщин до 35 лет допускает начало использования КГК (категория II), однако при ее появлении на фоне приема/ухудшении клинической симптоматики, в том числе при присоединении ауры, и по достижении возраста 35

лет применение КГК нежелательно (категории III–IV). При наличии мигрени с аурой в любом возрасте КГК противопоказаны (категория IV). На фоне приема КОК необходимо оценивать любые впервые появившиеся головные боли или значительные изменения характера исходно имеющих проявлений цефалгического синдрома [11, 21, 27]. В настоящее время нет никаких доказательств, что ЧПК повышают риск ишемического инсульта. ПОК (например, Чарозетта) можно начать использовать при мигрени в любом возрасте (без ауры — категория I, с аурой — категория II). Применение других ЧПК при мигрени может быть начато под врачебным наблюдением в любом возрасте независимо от ауры (категория II). Ограничения существуют для пациенток, страдающих мигренью с аурой в любом возрасте, и при ухудшении клинической симптоматики на фоне приема всех ЧПК (категория III) [21, 31, 37].

Социальную значимость в вопросах предупреждения беременности имеет экстренная контрацепция. Наиболее эффективным и безопасным методом ЭК признан левоноргестрел (ЛНГ) [18]. ВОЗ рекомендует 2 режима приема ЛНГ: 1) 0,75 мг в пределах 72 часов после незащищенного/неадекватно защищенного полового контакта + 0,75 мг через 12 часов после первой дозы или 2) 1,5 мг однократно одномоментно в пределах 72 часов. Использование ЛНГ возможно в любом возрасте, уже через 21 день после родов, безопасно у кормящих матерей (рекомендуется покормить грудью сразу после принятия таблетки, а затем в течение 6 часов воздержаться от вскармливания), у курящих женщин и у пациенток с ССЗ (категория I) [21].

Период лактации является критическим в отношении непланируемой беременности [16]. Метод лактационной аменореи, рекомендуемый ВОЗ, эффективен для контрацепции лишь при абсолютном соблюдении трех условий: 1) мать кормит ребенка исключительно грудью и часто: кормление грудью не реже, чем каждые 3–4 часа днем, и, по меньшей мере, один раз ночью; 2) у женщины не восстановились менструации; 3) возраст ребенка менее 6 месяцев. Проблема эффективной контрацепции становится актуальной обычно уже через 1,5–2 месяца после родов. У кормящих матерей противопоказаны любые гормональные контрацептивы вплоть до 6 недель после родов (категории III–IV), от 6 недель до 6 месяцев КГК не рекомендуются (категория III), после 6 месяцев их использование допустимо (категория II). Если женщина не кормит грудью, применение КГК возможно уже через 21 день после родов (категория I) [2]. Для ЧПК (в том числе Чарозетты) с 6 недель после родов (ЛНГ-ВМС — с 4 недель) ограничений для использования в послеродовом периоде, в том числе у кормящих матерей, нет (категория I) [21, 31].

КГК показаны без ограничений и при таких состояниях, как рак эндометрия и рак яичников в ожидании лечения, эпилепсия (ограничения связаны с риском лекарственного взаимодействия с

противосудорожными препаратами), туберкулез, ИППП, ВИЧ-инфекция/СПИД (ограничения связаны с риском лекарственного взаимодействия с антиретровирусными препаратами), трофобластическая болезнь, диабет без сосудистых осложнений. Хронический стресс и хроническая инфекция форсирует элевационный механизм регуляции менструальной функции и способствует нарушению регуляции менструального цикла. Гормональная контрацепция в настоящее время — это не только один из путей сохранения репродуктивного здоровья женщины, но и средство профилактики и лечения ряда гинекологических заболеваний.

ПОК значительно расширяют возможности гормональной контрацепции, поскольку показаны без ограничений при туберкулезе, ИППП, ВИЧ-инфекции/СПИДе (ограничения связаны с риском лекарственного взаимодействия с антиретровирусными препаратами), осложненных приобретенных пороках сердца, эпилепсии (ограничения связаны с риском лекарственного взаимодействия с противосудорожными препаратами), диабете без сосудистых осложнений [21]. Преимуществами обладают ПОК последней генерации, содержащего дезогестрел (ДЗГ) [31, 37, 38]. ДЗГ в дозе 75 мг/сут., принимаемый в непрерывном режиме (Чарозетта, Лактинет), обладает столь выраженным антигонадотропным действием, что подавляет овуляцию с частотой, сопоставимой с таковой у КОК, и способствует купированию клинических проявлений заболеваний, ассоциированных с менструальным циклом, таких как дисменорея, предменструальный синдром, менструальная мигрень и болевой синдром при эндометриозе [37, 39].

Следовательно, препараты, содержащие лишь ДЗГ, исключая эффект эстрогенов, обладают отличным профилем безопасности в отношении углеводного, липидного обменов, гемостаза, они могут быть препаратом выбора для женщин, которые курят, и при таких заболеваниях и состояниях, как АГ, пороки сердца и сосудов, ожирение, множественные факторы риска ССЗ, туберкулезе [23, 27, 33, 34]. По данным клинико-экспериментальных исследований, дезогестрел не влияет на количество и качество грудного молока и развитие новорожденного, что делает использование ДЗГ-содержащего ПОК методом выбора и у кормящих матерей [31, 40].

Таким образом, опыт применения оральных контрацептивов составляет более 50 лет. В группе женщин, имеющих экстрагенитальную патологию, в особенности для тех, кому непланируемая беременность представляет угрозу жизни и здоровью, это особенно важно. Любая контрацепция — лучше, чем аборт. Гормональная контрацепция является более эффективной по сравнению с негормональными методами предупреждения беременности. При наличии противопоказаний или ограничений к использованию комбинированных гормональных контрацептивов методом выбора становятся чисто прогестиновые препараты, спектр которых в насто-

ящее время позволяет удовлетворить потребности абсолютного большинства потенциальных пользователей с учетом их индивидуальных возможностей, образа жизни, потребностей, приоритетов и состояния здоровья.

Данная статья подготовлена в рамках работы по гранту РГНФ регионального конкурса «Российское могущество прирастает будет Сибирью и Ледовитым океаном» по теме «Социальные аспекты взаимодействия проблем репродуктивного здоровья и туберкулеза» 15-16-55015 а (р).

Литература

1. Корецкая Н.М. Туберкулез, беременность и материнство // *Мать и дитя в Кузбассе*. – 2012. – № 1 (48). – С. 12-19.
2. Мордык А.В., Пузырева А.В., Ахметова А.П. Современные международные и национальные концепции борьбы с туберкулезом // *Дальневосточный журнал инфекционной патологии*. – 2013. – № 22. – С. 92-97.
3. Верещагин А.И., Пасечник О.А. Эффективность применения информационных технологий в системе профилактики социально-значимых заболеваний // *Врач-аспирант*. – 2015. – Т. 68, № 1.1. – С. 154-158.
4. Ерофеева А.Г., Мочалова М.Н., Ахметова Е.С. и др. Особенности ВИЧ-инфекции у женщин Забайкальского края // *Забайкальский медицинский вестник*. – 2014. – № 2. – С. 105-110.
5. Кравченко Е.Н., Мордык А.В., Валеева Г.А. и др. Аспекты прерывания беременности у женщин с активным туберкулезом легких // *Акушерство и гинекология*. – 2014. – № 8. – С. 100-105.
6. Башишева Н.В., Мордык А.В., Иванова О.Г. и др. Туберкулез и ХОБЛ: проблемы коморбидности // *Медицинский вестник Северного Кавказа*. – 2014. – Т. 9, № 4 (36). – С. 329-331.
7. Кравченко Е.Н., Мордык А.В., Валеева Г.А. и др. Благополучное материнство у женщин с туберкулезом: миф или реальность? // *Врач*. – 2015. – № 1. – С. 5-8.
8. Мордык А.В., Пузырева А.В., Подкопаева Т.Г. Социальный статус пациентов противотуберкулезного диспансера и его влияние на отношение к лечению // *Социология медицины*. – 2011. – № 2. – С. 44-47.
9. Мордык А.В., Кравченко Е.Н., Валеева Г.А. и др. Особенности течения туберкулеза на фоне беременности // *Кубанский научный медицинский вестник*. – 2014. – № 2 (144). – С. 87-92.
10. Мордык А.В., Кравченко Е.Н., Валеева Г.А. и др. Туберкулез у беременных женщин и его влияние на развитие плода и новорожденного пациента // *Врач-аспирант*. – 2014. – Т. 64, № 3. – С. 84-90.
11. Межевитинова Е.А., Хамошина М.Б., Руднева О.А. и др. Гормональная контрацепция у женщин высокого риска: пути решения проблемы // *Доктор. Ру*. – 2012. – № 1 (69). – С. 27-33.
12. Григорян О.Р., Гродницкая О.Р., Анциферов М.Б. Гормональная контрацепция у женщин с сахарным диабетом 1 типа // *Фарматека*. – 2006. – № 3. – С. 21-25.
13. Мордык А.В., Ситникова С.В., Пузырева А.В. и др. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Омской области с 1996 по 2013 год // *Медицинский альманах*. – 2014. – № 2 (32). – С. 62-64.
14. Толмских Э.С., Шильникова Н.Ф. Характеристика мировых демографических проблем и способов управления демографическими процессами // *Забайкальский медицинский вестник*. – 2013. – № 2. – С. 193-199.
15. Радзинский В. Е., Костин П. Н. Аборты в России // *Практическая медицина*. – 2009. – № 2 (34). – С. 29-33.
16. *Руководство по контрацепции / под ред. В.Н. Прилепской. 2-е изд., перераб. и доп.* – М.: МЕАпресс-информ, 2010. – 448 с.
17. Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Иванова Е.В. и др. Эволюция гормональной контрацепции // *Медицинский совет*. – 2011. – № 7-8. – С. 61-64.
18. Радзинский В.Е., Хамошина М.Б., Абдуллаева Р.Г. и др. Гормональная контрацепция у подростков и молодых женщин // *Фарматека*. – 2009. – № 1. – С. 10-16.
19. Дикке Г.Б. «Безопасного аборта не бывает»: ограничения, стереотипы и ошибки в медицинской практике при непланируемой беременности // *Доктор. Ру. Гинекология Эндокринология*. – 2012. – № 7 (75). – С. 55-63.
20. Савельева Н.С., Хамошина М.Б. Контрацепция после аборта: на чьей вы стороне? // *Доктор. Ру*. – 2011. – № 9 (68). – С. 54-57. 29
21. *Medical eligibility criteria for contraceptive use. 4th ed.* – WHO, 2010.
22. Зивалко А.Ф. Гормональная контрацепция после абортов у женщин с избыточной массой тела // *Российский медицинский журнал*. – 2011. – № 6. – С. 42-44.
23. Мозес В.Г. Гормональная контрацепция у женщин группы риска по развитию артериальных и венозных тромбозов // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. – 2009. – № 2 (8). – С. 83-87.
24. Пустотина О.А. Дифференциальный подход к гормональной контрацепции у женщин группы риска // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. – 2013. – № 1(12). – С. 43-49.
25. Спероффи А., Дарни Ф. Д. Клиническое руководство по контрацепции. Пер. с англ. Под ред. В. Н. Прилепской. – М.: БИНОМ, 2009. – 432 с.
26. Pomp E.R., Rosendaal F.R., Doggen C.J.M. Smoking increases the risk of venous thrombosis and acts synergistically with oral contraceptive use // *Am. J. Hematol.* – 2008. – Vol. 83, № 2. – P. 97-102.
27. Хамошина М.Б., Межевитинова Е.А., Руднева О.А. и др. Гормональная контрацепция у женщин с высоким риском развития осложнений: грани проблемы, пути решения // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. – 2012. – Т. 11, № 3. – С. 41-47.
28. Пустотина З.М., Ларёва Н.В., Шаповалов К.Г., и др. Особенности микроциркуляции у женщин с хирургической менопаузой на фоне заместительной терапии // *Забайкальский медицинский вестник*. – 2011. – № 2. – С. 70-78.
29. Ядлов В.В. Особенности послеродовой контрацепции // *Акушерство и гинекология*. – 2011. – № 7-2. С. – 97-100.
30. Пустотина О.А. Современная гормональная контрацепция: эволюция и тромбофилические риски // *Эффективная фармакотерапия*. – 2014. – № 3 (45). – С. 4-17.
31. Хрустева Н.Б. Возможность применения препарата Чарозетта у женщин в послеродовом периоде на фоне лактации // *Журн. Рос. общества акушеров-гинекологов*. – 2006. – № 2. – С. 28-29.
32. Добросотова Ю.Э., Мандрюкина Ж.А., Серова А.Г. Влияние различных видов контрацепции (трансдермальной, внутриматочной, интравагинальной) на систему гемостаза // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. – 2012. – Т. 11, № 3. – С. 48-52.
33. Полякова В.А., Бышевский А.Ш., Карпова П.А., и др. Изменения гемостаза у женщин на фоне гормональной контрацепции в зависимости от состава, пути и длительности введения // *Медицинская наука и образование Урала*. – 2011. – Т. 12, № 3-2. – С. 18-21.
34. Бышевский А.Ш., Полякова В.А., Карпова П.А. и др. Изменения гемостаза у женщин на фоне гормональной контрацепции в зависимости от состава, пути и длительности введения // *Тромбоз, гемостаз и реология*. – 2011. – № 3. – С. 35-40.
35. Curtis K.M. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study // *BMJ*. – 2009. – Vol. 339. – P. 2890.
36. Chakhtoura Z. Progestogen-only contraceptives and the risk of acute myocardial infarction: a meta-analysis // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* – 2011. – Vol. 96, № 4. – P. 1169-1174.
37. Korver T, Klipping C., Heger-Mahn D. Maintenance of ovulation inhibition with the 75-mcg desogestrel-only contraceptive pill (Ceralette®) after scheduled 12-h delays in tablet intake // *Contraception*. – 2005. – Vol. 71, № 1. – P. 8-13.
38. Melo N.R. Estrogen-free oral hormonal contraception: benefits of the progestin-only pill // *Womens Health (Lond., Engl.)*. – 2010. – Vol. 6, № 5. – P. 721-735.
39. Abrendt H.J., Adolf D., Buhling K.J. Advantages and challenges of estrogen-free hormonal contraception // *Curr. Med. Res. Opin.* – 2010. Vol. 26, № 8. – P. 1947-1955.
40. Bjarnadóttir R.I., Gottfredsdóttir H., Sigurdardóttir K. et al. Comparative study of the effects of a progestogen-only pill containing desogestrel and an intrauterine contraceptive device in lactating women // *Br. J. Obstet. Gynaecol.* – 2001. – Vol. 108, № 11. – P. 1174-1180.