



Почему женщины не всегда доверяют врачам?

С.Н. Косьяненко, к.м.н., городская больница «Центр матери и ребенка», г. Винница

Образ современной женщины можно охарактеризовать такими словами: нежная, отважная, физически и морально сильная, энергичная. Как заслужить доверие такой женщины? Почему пациентки порой не спешат на профилактические осмотры к врачу? Доподлинно известно, что ранняя диагностика заболеваний, в т.ч. онкологических, позволяет полностью их излечить. В то же время онкологи отмечают, что на сегодняшний день эта патология все чаще становится причиной утраты женского здоровья, и бьют тревогу. Ведь ежегодно погибает множество женщин, которых удалось бы спасти, обратись они к врачу немного раньше. Несмотря на это, они все же не торопятся проконсультироваться у специалиста и пройти профилактическое обследование.

Женщины не спешат и в тех ситуациях, когда у них выявляют предраковые или фоновые заболевания. Не всегда причиной тому является экономический фактор. Ведь женщины, которые не обращаются за медицинской помощью, посещают гадалок, целителей, экстрасенсов, покупают дорогие биологические добавки, тратя при этом слишком много денег. Нельзя также сказать, что все пациентки необразованны, невежественны и поэтому не следят за своим здоровьем.

Предположительно причина низкой обращаемости к врачам кроется все-таки в недоверии к ним. В ходе одного из социологических опросов (www.med2.ru, 2011) были получены интересные результаты: если врач общей практики – женщина, больные охотно доверяют ей свои проблемы. Они полагают, что женщина-доктор терпеливо выслушает их, внимательно отнесется к ним, посвятит в тонкости лечения и примет к сведению их пожелания. В исследовании участвовали добровольцы, которым проводили анкетирование. Они должны были ответить на вопросы: ожидают ли они от врача, что он выслушает их, расскажет о болезни и о ходе терапии, а также станет ли принимать во внимание их суждения? Ответы участников касались пяти стандартных клинических ситуаций, включая боль в груди, ОРЗ, аномальные выделения, депрессивное состояние или семейное заболевание. Ожидания больных в значительной мере определялись характером их недуга. Так, 32% пациентов с болью в области груди желали принимать участие в лечении, а для лиц с серьезными наследственными заболеваниями этот показатель

повышался до 49%. Вывод один – пациенты надеялись на участливое отношение доктора, его внимание и понимание их проблем.

Таким образом, основной фактор, который может обеспечить высокую обращаемость женщин в медицинские учреждения, – это установление доверительных взаимоотношений между пациенткой и врачом. Доверие формируется только тогда, когда происходит правильное консультирование. Что же значит правильное консультирование? Консультирование – это прежде всего общение «глаза в глаза», отсутствие посторонних людей в кабинете. При этом врач не отвлекается на общение с коллегами, разговоры по телефону – создается интимная обстановка для осмотра и беседы с пациенткой. Акушер-гинеколог задает открытые вопросы, которые направлены на выявление желаний, потребности, проблемы женщины. Искусство врача состоит в умении не только слушать, но и слышать, а также убеждать доказательствами, а не страхами. Не бойтесь задавать вопросы: «Что вас беспокоит? Что вас тревожит? Что вы думаете...? Как вы поняли меня?» Узнать, услышали ли вы пациентку, можете с помощью уточняющих вопросов: «Если я вас правильно понял, вас беспокоит...». С помощью закрытого вопроса: «Расскажите, пожалуйста,...» вы всегда можете узнать, правильно ли вас поняла пациентка. К этому всегда необходимо прибегать, когда вы информируете ее о состоянии здоровья и назначаемом лечении. Избегайте фраз типа: «Я думаю, что...» или «Я считаю, что...», заменяя их на: «Согласно доказательным данным исследований...», «Что вы думаете по поводу этих данных?».

Не следует пугать женщину и усугублять в ее глазах проблему, поскольку это может привести к формированию страха, фобии, недоверия. В итоге она не вернется к вам, и, возможно, вообще какое-то время не будет обращаться за медицинской помощью, а будет искать решение проблемы там, где ее успокоят и помогут справиться со страхом. Поэтому никогда нельзя пугать пациентку, а следует объяснить, так как основное оружие против страха – это достоверная информация, доказательства и факты.

Что мы знаем о страхе и чем он опасен? Страх – это прежде всего защитная реакция организма. Человек рождается без чувства страха. Так, совсем маленький ребенок не боится потрогать огонь



или упасть с высоты. Но с приобретением жизненного опыта эмоция страха все-таки появляется. В основном страх играет позитивную роль — именно он помогает избежать опасных ситуаций и предотвратить их возникновение. Это нормальное и естественное чувство, не являясь чрезмерным, управляется с помощью разума и логики. Однако в некоторых случаях под воздействием страха человек способен совершать самые безумные поступки. Когда страх неконтролируемый, то он лишает человека возможности распоряжаться собственным разумом. Страхи и фобии очень часто бывают беспочвенными, но избавиться от них не удается на протяжении всей жизни. Эта эмоция иногда становится постоянной и мешает жить, превращаясь в фобию. Страх не позволяет правильно оценивать ситуацию и принимать нужное решение, а во многих случаях ставит под угрозу саму жизнь. Особенности нашей психики заключаются в том, что за одну и ту же функцию отвечают сразу и страх, и здравый смысл. И вот реально взвесив угрозу нашей жизни и здоровью, здравый смысл определяет, как реагировать на ту или иную опасность. Итак, страх — внутреннее состояние, обусловленное грозящим реальным или предполагаемым бедствием. С точки зрения психологии он рассматривается как отрицательно окрашенный эмоциональный процесс. Страх не позволяет нам иногда увидеть положительные стороны ситуации и концентрирует нас на негативных ее аспектах.

Необходимо отметить, что страхам подвержены не только больные, но и врачи, которые их консультируют. В данном случае речь идет не о боязни доктора за судьбу своего пациента, а о его страхах-мифах по отношению к методам или препаратам, которые он должен назначить. Причина этого страха — недостаток знаний по данному вопросу, а следствие — неуверенность, которая передается пациентам. К сожалению, определенные нежелательные эффекты назначаемых лекарственных средств достаточно часто неправильно трактуются акушерами-гинекологами, что приводит к отказу женщины от данного метода. Отказ от назначенной терапии в 50% случаев происходит по «рекомендации» врача (Прилепская В.Н., 2004).

Страх — основа недоверия между врачом и пациенткой. Причина возникновения страха у врача — концентрация на негативе и неточная интерпретация научных фактов; у пациентки — опасе-

ния доктора, данных из интернета, советы подруг, невозможность разобраться в информации (отсутствие медицинского образования и доверия к специалисту).

Именно поэтому доказательства и факты — лучшее оружие против страха, которое позволяет объективно воспринимать действительность и восстановить доверие между пациенткой и акушером-гинекологом. Рациональное консультирование и индивидуальный подход — основа успешного общения между врачом и больной.

Наглядным примером взаимосвязи между рекомендациями врача и стремлением их выполнять является желание использовать комбинированные оральные контрацептивы (КОК) с целью защиты от нежелательной беременности. Как видно из таблицы 1, о КОК знают большинство (93,5%) врачей, но назначают их только 3,7%. Такая огромная разница связана с тем, что специалисты назначают КОК преимущественно с лечебной целью, поскольку эти препараты являются эффективными при ряде заболеваний. Когда же возникает необходимость использования КОК с целью контрацепции, врачи их назначают реже. Они опасаются развития побочных эффектов и не всегда могут объяснить их природу в период адаптации, следовательно, не могут успокоить женщину и правильно проконсультировать ее (Полишук И.Ю., 2010).

Существует множество доказательств, что КОК безопасны для здоровья женщины при условии их правильного выбора и назначения (с учетом показаний, противопоказаний, рисков, семейного анамнеза). Так почему же врачи порой не видят преимуществ от их назначения, а постоянно обсуждают только недостатки данного метода?

Наиболее изученными являются КОК с прогестинами 2-го (левоноргестрел, медроксипрогестерона ацетат) и 3-го (дезогестрел, гестоден) поколения. Левоноргестрел обладает наибольшей андрогенной активностью (в группе 19-норстероидов), которая зависит от его дозы. Так, КОК, содержащие менее 125 мкг левоноргестрела, имеют низкую андрогенную активность, а препараты с дозой в 150 мкг (входит в состав Микрогинона) или выше — высокую. Гестагены 3-го поколения — гестоден (входит в состав Линдинета 20 и Линдинета 30) и дезогестрел (входит в состав Новинета и Регулона) — отличаются низкой тропностью к рецепторам андрогенов, что определяет их низкую андрогенную активность

Таблица 1. Выбор акушером-гинекологом методов контрацепции у женщин репродуктивного возраста

Метод	Знает о методе, %	Отдает предпочтение, %
ВМК	94	12,1
ОК (КОК, ПТП)	93,5	3,7
Презервативы	98,8	21,2
Женская стерилизация	79,5	0,5

ВМК — внутриматочные контрацептивы; ОК — оральные контрацептивы;

ПТП — противозачаточные таблетки прогестеронового ряда.

Источник: исследования здоровья Украины, 2007 г.



(Коган И.Ю., 2010). Возникает необходимость проведения дополнительных исследований касательно использования вагинальных колец и многофазных КОК с биоидентичными эстрогенами. Все остальные препараты на основе 19-норстероидов (например дезогестрел в составе Новинета и Регулона, гестоден в составе Линдинета 20 и Линдинета 30) хорошо изучены, профиль безопасности их известен.

Доказано, что вследствие применения КОК риск развития колоректального рака снижается на 18% (табл. 2).

Положительные эффекты женских половых гормонов с точки зрения профилактики колоректального рака достигаются за счет:

- уменьшения продукции желчи;
- снижения концентрации инсулиноподобного фактора роста 1;
- метилирования промоторного участка ДНК эстрогенных рецепторов, что ведет к подавлению роста клеток слизистой оболочки кишечника;
- угнетения эстрогенами *in vitro* роста кишечных раковых клеток;
- влияния на факторы апоптоза и воспаления (например на фактор некроза опухоли).

Кроме того, использование КОК также снижает риск рака яичников. На основании данных 45 эпидемиологических исследований с участием более 1 млн женщин можно констатировать, что:

- наблюдается снижение риска развития рака яичников среди пользователей КОК в два раза относительно риск (ОР 0,5), которое прямо пропорционально длительности приема препаратов;
- достигнутый эффект сохраняется на протяжении 30 лет после прекращения применения КОК;
- снижается уровень риска пограничных опухолей яичников среди пациенток, использующих КОК;
- отмечается отсутствие повышения (вероятно снижение) риска рака яичников для носителей мутаций гена BRCA (Ульрих Е.А. и соавт., 2009).

При приеме КОК снижается риск развития функциональных кист яичников (ОР 0,52; 95% доверительный интервал [ДИ]: 0,17-1,33) [1]. При их применении сохраняется овуляторный резерв за счет уменьшения количества овуляций. Предшествующее использование ОК не оказывает отрицательно влияния на время наступления беременности [2].

Представляет интерес опыт применения Регулона после неудачных попыток экстракорпорального оплодотворения и во время подготовки женщин к этой процедуре (Юзько А.М., 2010). Регулон содержит дезогестрел, который имеет высокий антиовуляторный индекс – 0,06 мг/сут, что, к примеру, выше, чем у диеногеста – 1 мг/сут. За счет этого достигается хорошее подавление овуляции, сохранение овуляторного резерва, лечебное и профилактическое действие вследствие ребаунд-эффекта.

На основании 4 когортных и 21 случай-контроль исследований можно констатировать, что прием ОК снижает риск рака эндометрия:

- наблюдается снижение риска развития рака эндометрия среди пользователей КОК в два раза (ОР 0,5), которое прямо пропорционально длительности их приема;
- достигнутый эффект сохраняется на протяжении 15 лет после прекращения использования КОК (Ульрих Е.А. и соавт., 2009);
- частота развития миомы матки у женщин, которые принимали КОК, снижалась на 17% по сравнению с контрольной группой каждые 5 лет приема контрацептивов;
- риск развития миомы матки снижался при более продолжительном использовании КОК: от 1,4% после одного года применения до 0,5% после семи лет лечения.

Интересен тот факт, что после использования КОК сохраняется органопротективный эффект относительно яичников и матки многие годы после их отмены. Согласно данным А.Л. Тихомирова (2009), прием препаратов Новинет и Регулон способствует профилактике гиперплазии эндометрия, стабилизирует рост простых миом с узлами размером до 2 см и ингибирует их рост после терапии базисными препаратами.

На основе исследований было доказано, что использование препарата Регулон является эффективным для лечения простой неатипической гиперплазии в сочетании с бесплодием. Так, у пациенток через год после лечения наблюдалось уменьшение рецидивов гиперплазии эндометрия в 4,17 раза и нарушений менструального цикла (МЦ) в 5,5 раза, а количество беременностей увеличилось в 1,71 раза (Носенко Е.Н., 2010). Прием Регулона способствует подготовке эндометрия к имплантации и к дальнейшему вынашиванию беременности.

Применение КОК (Линдинета, Новинета, Регулона) вызывает положительные эффекты, включающие:

Таблица 2. Влияние применения КОК на возникновение колоректального рака

Продолжительность применения	ОР	95% ДИ	Исследование, год
До 5 лет	0,78	0,64-0,95	Troisi et al., 1997 Beral et al., 1999 Weiss et al., 1981
> 5 лет	0,85	0,63-1,14	Fernandez et al., 1998
До 10 лет	0,46	0,30-0,71	Beral et al., 1999
> 10 лет	0,77	0,67-0,89	Fernandez et al., 1998

British J. of Cancer, 2001



- сохранение репродуктивного потенциала и восстановление способности к зачатию после их отмены;
- подготовку эндометрия к имплантации (развитию оплодотворенной яйцеклетки) за счет восстановления структуры и рецепторной чувствительности эндометрия (высокий антипролиферативный индекс и высокое сродство к рецепторам прогестерона);
- подготовку органов репродуктивной системы (гипоталамуса, гипофиза, яичников, матки) к зачатию и вынашиванию беременности за счет устранения дисгормональных нарушений и восстановления гормонального равновесия;
- профилактику колоректального рака, злокачественных новообразований яичников и эндометрия;
- снижение уровня функциональных заболеваний яичников и матки;
- нормализацию МЦ при его нарушениях.

Британские ученые из университета Абердина обнаружили, что использование ОК повышает среднюю продолжительность жизни женщин. Результаты их работы были опубликованы в журнале *British Medical Journal* в 2010 г. Исследователи собрали статистику (46 тыс. женщин, которые принимали КОК на протяжении 39 лет), обратившись к 1400 врачам общей практики как выполнявшим роль участкового терапевта, так и непосредственно проводившим консультации по подбору средств контрацепции.

Несмотря на перечисленные положительные эффекты КОК и многолетний опыт их применения, некоторые специалисты все же опасаются назначать эти препараты. В основе этого страха лежит вопрос: как влияют КОК на риск развития рака молочных желез (РМЖ) и шейки матки? Согласно современным представлениям, не существует ни одного специфического фактора риска развития мастопатии и РМЖ, поскольку эти заболевания являются полиэтиологическими, связанными как с генетической предрасположенностью, так и с влиянием окружающей среды [3]. Риски можно разделить на следующие группы: низкие, средние, высокие; те, которые можно и нельзя контролировать. На сегодняшний день основными из них считаются возраст, курение, употребление алкоголя, наследственность, гормональные нарушения и репродуктивный анамнез (возраст первых родов, особенности лактации). Эстрогены не являются канцерогенами. Как митогены они могут играть роль стимуляторов роста, если злокачественная трансформация уже произошла в результате влияния других факторов [4]. Опасны не сами эстрогены, а циклические колебания их уровня. Циклические изменения концентрации гормонов (эстрогенов и прогестерона) и эстроген-прогестероновая циклическая пролиферация могут способствовать аккумуляции генетических ошибок, которые, возможно, ведут к развитию РМЖ [5]. В МЖ всегда существует риск локальной гиперэстрогении за счет особенностей ее строения (наличия жировой ткани, в которой синтезируются эстрогены



НОВИНЕТ®

20 мкг этинилэстрадиола, 150 мкг дезогестрела

Новый мир ощущений!

- ✓ *эффективность*
- ✓ *надежность*
- ✓ *безопасность*
- ✓ *доступность*
- ✓ *минимальное содержание гормонов*



Рихтер Гедеон

Создано в 1961 году

RGD: 67664/UA





из андрогенов). Дисгормональные нарушения, циклические колебания уровня гормонов, структурные изменения во время МЦ при наличии других факторов риска приводят к нарушению рецепторного поля МЖ, увеличению количества эстрогенных рецепторов и относительному преобладанию эстрогенов над прогестероном в ткани железы. Гиперэстрогения и нарушение синтеза фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов – основные факторы возникновения дисгормональных пролифератов и карцином в МЖ. Исходя из этого, КОК оказывают обратные эффекты, а именно:

- монотонное гормональное воздействие на МЖ; уровень гормонов постоянный, соответствует ранней пролиферативной фазе (относительный покой для МЖ);
- не вызывают гиперэстрогенных состояний;
- усиливают действие прогестинов (за счет увеличения экспрессии рецепторов прогестерона);
- прогестиновый компонент КОК ограничивает эффекты эстрогенов на МЖ;
- вызывают состояние псевдобеременности, т.е. в МЖ наблюдаются процессы регрессии в дольках 1-го типа (низкая митотическая активность), характерные для рожавших женщин.

В когорте 1150 французских женщин в пременопаузе с доброкачественными заболеваниями МЖ [6], леченных производными 19-норстероидов (гестоденом), отмечено снижение риска развития РМЖ на 52% (ОР 0,4). В исследовании Cancer and Steroid Hormone (CASH, 1986) не выявили связи между использованием ОК и риском развития РМЖ (ОР 1,0; 95% ДИ: 0,9-1,1). В 1996 г. метаанализ результатов 54 эпидемиологических исследований (53 297 участниц с РМЖ и 100 239 – без этого заболевания) [7] показал, что риск развития РМЖ при использовании гормональной контрацепции (ГК) незначительно повышается относительно общепопуляционного. Так, во время использования КОК ОР составил 1,24 (95% ДИ: 1,15-1,33); спустя 1-4 года после прекращения применения – 1,16 (95% ДИ: 1,08-1,23); через 5-9 лет – 1,07 (95% ДИ: 1,02-1,13) и через 10 лет после прекращения приема средств ГК сравним с общепопуляционным – 1,01 (95% ДИ: 0,96-1,05). В исследованиях не было установлено влияния длительности применения препаратов, их состава, дозы эстрогенного и/или гестагенного компонента. Было отмечено, что женщины, начинающие использование ГК до 20-летнего возраста, в течение 5 лет после его прекращения имеют более высокий риск развития злокачественной опухоли. В 2002 г. было проведено популяционное исследование типа случай-контроль Women's Contraceptive and Reproductive Experiences [8] с участием 4575 пациенток с РМЖ и 4682 – без этой патологии (возрастной интервал 35-64 года). В результате установлено, что ОР развития РМЖ у женщин во время использования ГК не отличался от общепопуляционного и составил 1,0 (95% ДИ: 0,8-1,3), при их применении в анамнезе – 0,9 (95% ДИ: 0,8-1,0). На величину риска не влиял

возраст начала приема контрацептивов < 20 лет; длительность использования, в т.ч. до первой беременности, закончившейся родами; доза эстрогенного компонента (этинилэстрадиола, местранола); тип гестагенного компонента (эстраны, гонаны и др.); данные семейного анамнеза; индекс массы тела [9].

В некоторых исследованиях было доказано, что применение КОК снижает риск развития доброкачественных заболеваний МЖ. Это подтверждалось с помощью клинических методов обследования, рентгеновской маммографии, а также эхографии. На основании гистологического анализа биоптата МЖ в исследовании типа случай-контроль установлено, что женщины, принимавшие КОК до первой беременности, завершившейся родами, имеют более низкий риск развития непролиферативной формы фиброзно-кистозной болезни. В когортном исследовании в Канаде (2005) выявлено, что применение КОК снижает риск развития пролиферативной формы этого заболевания и не влияет на риск возникновения атипичных форм гиперплазии эпителия МЖ [9].

Мастопатия и другие доброкачественные заболевания МЖ не являются противопоказанием для использования ГК. Согласно рекомендациям ВОЗ (2009), доброкачественный процесс в МЖ, а также отягощенная наследственность по РМЖ являются состояниями, при которых отсутствуют ограничения по приему КОК и гестагенных контрацептивов (категория приемлемости 1). Более того, в некоторых исследованиях установлено положительное действие ГК на клиническое течение мастопатии, в частности на интенсивность и продолжительность масталгии. Вместе с тем ГК противопоказана женщинам, страдающим РМЖ в момент обследования (категория приемлемости 4) и имевшим данное заболевание в анамнезе (категория приемлемости 3). Наш опыт применения препарата Линдинет 20 (Жук С.И., Косьяненко С.Н., Кулик В.А., 2010) показывает, что его выраженное позитивное действие на течение мастопатии проявлялось благодаря свойствам гестагенного компонента и пролонгированному приему препарата. Оптимальным способом лечения сочетанной гинекологической патологии с дисгормональными заболеваниями МЖ (доброкачественной дисплазией МЖ [ДДМЖ] с наличием крупных > 2 см кист) у женщин репродуктивного возраста, которые впервые начинают прием КОК, является пункционная аспирационная биопсия кист МЖ. Затем показан последующий прием Линдинета 20 в пролонгированном режиме при отсутствии пролиферативных и атипичических изменений при цитологическом исследовании пунктата и выделений из сосков. Интенсивность масталгии у пациенток с ДДМЖ прямо коррелирует с содержанием в крови эстрадиола и величиной его соотношения с прогестероном. Эффективность пролонгированной схемы лечения Линдинетом 20 через 3 мес приема составила 63,4%, через 6 мес – 87,6%. Препарат Линдинет 20 выбран нами неслучайно, так как он содержит минимальное количество как эстрогенного (20 мкг этинилэстрадиола), так и гестагенного (75 мкг гестодена) компонентов.



α-рецепторы к эстрогенам –
норэтистерон
дезогестрел

Гестоден –
единственный прогестаген,
который не влияет на активность
эстрогенных рецепторов.
Может дозозависимо ингибировать рост
клеток рака молочной железы



β-рецепторы к
эстрогенам –
левоноргестрел
норэтистерон

Рисунок. Влияние гестагенов на эстрогенные рецепторы

По сравнению с другими прогестагенами 3-го поколения гестоден по своей химической структуре наиболее близок к натуральному прогестерону. Кроме того, гестоден обладает выраженными антиэстрогенными свойствами, что помогает нейтрализовать нежелательные метаболические эффекты эстрогенов. По данным ряда авторов (Асецкая И.Л., Белоусов Ю.Б., 2001; Colletta A.A. et al., 1991), стимуляция эстрогенных рецепторов рассматривается как фактор риска развития РМЖ. При сравнительном исследовании способности различных гестагенов изменять активность α- и β-эстрогенных рецепторов в культуре клеток COS-7 обнаружено, что норэтистерон, норэтинодрел и дезогестрел стимулируют α-эстрогенные, а норгестрел, левоноргестрел, норэтистерон и норэтинодрел – β-эстрогенные рецепторы. Гестоден – единственный прогестаген, который не обладает способностью стимулировать активность α- и β-эстрогенных рецепторов в культуре клеток. Гестоден подавляет экспрессию эстрогенных рецепторов в клетках-мишенях, тем самым предупреждая чрезмерную стимуляцию этих клеток эстрогенами. Выраженным антиэстрогенным свойством подтверждается целесообразность применения Линдинета 20 при ДДМЖ.

В отличие от других гестагенов 3-го поколения гестоден не подвергается метаболизму при первичном прохождении через печень, и его биодоступность составляет 100%. Имеются также данные о способности гестодена дозозависимым способом тормозить рост клеток РМЖ, однако для дальнейшего изучения этого вопроса необходимо проведение дополнительных клинических исследований.

Таким образом, с получением новых данных доказательной медицины изменились взгляды экспертов на возможное влияние приема КОК на риск развития РМЖ и рака шейки матки. Хотя в литературе существуют сообщения о том, что использование КОК связано с повышением риска развития рака шейки матки, необходимо учитывать, что:

- основная причина рака шейки матки – вирус папилломы человека (ВПЧ);
- отсутствуют доказательства того, что применение КОК является непосредственным фактором риска развития рака шейки матки. Вероятнее всего, их использование – сопутствующая при-

чина возникновения заболевания; женщины, принимающие КОК, чаще инфицируются ВПЧ;

- у пациенток, принимавших КОК менее 5 лет, повышение риска возникновения рака не наблюдалось;
- риск развития рака шейки матки у женщин, не использующих КОК, был равен риску у женщин, которые не принимали КОК более 10 лет; т.е. после приема КОК со временем риск снижается (Полищук И.Ю., 2010). Также согласно Медицинским критериям приемлемости использования методов контрацепции (The Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2009), применение КОК не является причиной развития рака шейки матки.

В соответствии с последними заключениями ВОЗ, при правильном использовании КОК преимуществ от их приема больше, чем возможных негативных последствий. ОК является высокоэффективным методом предохранения от нежелательной беременности и обеспечивает дополнительную пользу в отношении здоровья (снижение нарушений МЦ, риска внематочной беременности, развития рака яичников и матки). Ее применение в анамнезе не оказывает отрицательного влияния на последующую фертильность. Необходимым является рассмотрение индивидуальных факторов риска в отношении развития онкологической патологии.

Акушер-гинеколог имеет доступ к данным доказательной медицины и всегда может взвесить риск и пользу при назначении любого метода контрацепции. Уверенность врача в своих действиях обеспечивает доверие к нему пациентки. Информирование женщин по вопросу риск/польза имеет ключевое значение для снятия их опасений. Рациональное консультирование, индивидуальный подбор метода контрацепции, осведомленность пациентки – это залог того, что она будет выполнять рекомендации врача и снова придет к нему на прием.

Литература

1. Lanes S.F., Birmann B., Walker A.M., et al. Oral contraceptive type and functional ovarian cysts // Am J Obstet Gynecol, 1992; 166: 956-61.
2. Dunson. Age and Infertility. Obstet Gynecol, 2004.
3. Alvarado M.V., Russo I.H., Russo J.J. // Histochem. and Cytochem., 1992.
4. Сметник В.П. РМЖ. – Т. 2, N 5, 2000.
5. Spicer D.V., Kreckler E.A., Pike M.C. Cancer Invest 1995; 13: 495-50.
6. Plu-bureau G., Le M.G., Situk-Ware R. et al. // Br J Cancer 1994; 70: 270–277.
7. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast Cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. // Lancet 1996; 347: 1713–1727.
8. Marchbanks P.A., McDonald J.A., Wilson H.G. et al. Oral Contraceptives and Risk of Breast Cancer. // The New England J Med 2002; 346: 2025–2032.
9. Noncontraceptive health benefits of combined oral contraception/ The ESHRE Capri Workshop Group. Human Reprod Update 2005; 11: 5: 513–525. □