

РОЛЬ КОНТРАЦЕПЦИИ

В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН, СВЯЗАННОГО С ПМС И ДРУГИМИ НАРУШЕНИЯМИ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Цель – оценить качество жизни (КЖ) женщин с предменструальным синдромом (ПМС) средней и тяжелой степени в сочетании с другими проявлениями нарушений менструального цикла при использовании комбинированного орального контрацептива, содержащего 20 мкг этинилэстрадиола (ЭЭ) и 3 мг дроспиренона (ДРСП) по схеме 24/4.

Материал и методы. Проведено одноцентровое проспективное когортное нерандомизированное неконтролируемое исследование. На основании скрининга 360 женщин отобрано 27 пациенток с ПМС средней и тяжелой формы. Контрольную группу составили 18 женщин без ПМС. Диагностика ПМС проводилась на основе стандартизированных критериев МКБ-10, психологическое состояние оценивалось по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS, индекс КЖ – по короткой форме опросника SF-36. Оценка выполнялась дважды – перед началом лечения и через 3 месяца.

Результаты. Оценка КЖ показала, что по сравнению с исходными параметрами они достоверно улучшились после 3 мес. лечения по шкалам, оценивающим ВР (физическая боль: $56,0 \pm 28,9$ против $76,2 \pm 18,9$, $p = 0,020$), РЕ (роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности: $57,8 \pm 21,3$ против $77,9 \pm 18,3$, $p = 0,040$), SF (социальная активность: $42,5 \pm 13,5$ против $72,5 \pm 12,8$, $p = 0,050$) и МН (психическое здоровье: $62,0 \pm 7,3$ против $72,0 \pm 6,3$, $p = 0,048$). 88,4% испытуемых выразили высокую удовлетворенность результатами лечения.

Заключение. Проявления ПМС и другие расстройства менструального цикла успешно купируются в течение 3 мес. комбинацией 20ЭЭ/ДРСП, что сопровождается снижением частоты тревоги и депрессии и повышением КЖ.

Ключевые слова: предменструальный синдром, качество жизни, тревога, депрессия, комбинированный оральный контрацептив, дроспиренон, Лея.

G. DIKKE, MD, Professor, Russian Peoples' Friendship University

ROLE OF CONTRACEPTION IN IMPROVING WOMEN'S QUALITY OF LIFE ASSOCIATED WITH PMS AND OTHER MENSTRUAL DISORDERS

Objective – to assess the quality of life (QOL) of women with premenstrual syndrome (PMS) from moderate to severe degree in combination with other symptoms of the menstrual cycle with use of the combined oral contraceptive containing 20 mcg of ethinyl estradiol (EE) and 3 mg of drospirenone (DRSP) under scheme 24/4.

Material and methods. A single-center, prospective, cohort, non-randomized, uncontrolled study was conducted. On the basis of screening of 360 women 27 patients with PMS of moderate and severe forms were selected. The control group consisted of 18 women without PMS. Diagnosis of PMS was based on standardized ICD-10 criteria, the psychological state was assessed by the hospital anxiety and depression scale HADS, QOL index – by the short form of the SF-36 questionnaire. The evaluation was carried out twice – before beginning treatment and in 3 months after the treatment.

Results. Assessment of QOL showed that as compared with the baseline parameters they significantly improved in 3 months of treatment by scales that assess PP (physical pain: 56.0 ± 28.9 vs 76.2 ± 18.9 , $p = 0.020$), RE (role of emotional problems in limitation of life activity: 57.8 ± 21.3 vs 77.9 ± 18.3 , $p = 0.040$), SA (social activity: 42.5 ± 13.5 vs 72.5 ± 12.8 , $p = 0.050$) and MH (mental health: 62.0 ± 7.3 vs 72.0 ± 6.3 , $p = 0.048$). 88.4% of the subjects expressed high satisfaction with the treatment results.

Conclusion. Symptoms of PMS and other disorders of the menstrual cycle successfully stopped for 3 months by a combination of 20EE/DRSP, which is accompanied by a reduction in the incidence of anxiety and depression and improving in QOL.

Keywords: premenstrual syndrome, quality of life, anxiety, depression, COC, drospirenone, Leia.

ВВЕДЕНИЕ

Качество жизни (КЖ) – понятие, используемое в социологии, экономике, политике и медицине, обозначающее оценку, основанную на собственной степени удовлетворенности человеком определенным набором условий и характеристик жизни. Оно является более широким, чем материальная обеспеченность (уровень жизни), и включает также, кроме прочих объективных и субъективных факторов, и состояние здоровья.

Согласно мнению экспертов ООН, социальная категория КЖ включает 12 параметров, из которых на первом месте стоит здоровье [1]. КЖ основано на многокомпо-

нентном понимании здоровья в соответствии с определением ВОЗ, согласно которому КЖ изменяется при изменении здоровья [2].

В современной медицине исследование КЖ считают надежным, высокоинформативным, чувствительным и экономичным инструментом оценки состояния здоровья населения, отдельных групп больных и конкретных индивидуумов, эффективности использования новых организационных, медицинских и фармакологических методов лечения [3].

КЖ, связанное со здоровьем, во многом определяется деятельностью человека, направленной на его сохранение и укрепление, что может быть достигнуто только при

достаточной мотивации. Одним из существенных мотивов для самоохранительного поведения личности является потребность в безопасности, а применительно к репродуктивному здоровью целью его является профилактика инфекций, передаваемых половым путем, и нежелательной беременности [4].

Ранее проведенные исследования показали, что КЖ женщин репродуктивного возраста во многом определяется менструальным циклом. Такие его нарушения, как предменструальный синдром (ПМС) [5], дисменорея [6], гиперменструальный синдром и нерегулярные менструации [7, 8], а также акне [9], существенно снижают КЖ женщины.

Неконтрацептивные эффекты современных комбинированных оральных контрацептивов (КОК) могут помочь женщинам удовлетворить не только их репродуктивные установки, но и отвечать их потребностям в улучшении КЖ в конкретный период жизни.

Цель исследования – оценить КЖ женщин с ПМС средней и тяжелой степени в сочетании с другими проявлениями нарушений менструального цикла при использовании КОК, содержащего 20 мкг этинилэстрадиола (ЭЭ) и 3 мг дроспиренона (ДРСП).

Дизайн исследования: одноцентровое проспективное когортное нерандомизированное неконтролируемое исследование.

Материал и методы. Для отбора пациенток в группу исследования был проведен скрининг среди студенток младших курсов медицинского факультета ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» (возраст 17–24 лет) и слушателей курсов повышения квалификации медицинских работников (возраст 25–45 лет). Скрининг проводился путем самостоятельного заполнения специально разработанной анкеты. Анкетирование проводилось анонимно, однако для женщин, желающих получить медицинскую помощь при наличии ПМС, в анкете имелась графа для указания контактных данных. Всего было получено 360 анкет. Среди них опрошенных в возрасте 17–24 лет оказалось 249 (69,2%) человек, в возрасте 25 лет и старше – 111 (30,8%). На основании скрининга было отобрано 72 (20%) пациентки с ПМС, средней и тяжелой формой страдали 27 (7,5%) человек.

Диагностика ПМС проводилась на основе стандартизированных критериев Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-е издание (МКБ-10), в котором используется термин «синдром предменструального напряжения». Критерии диагностики заболевания включали следующие симптомы: чувство грусти, безнадежности; напряжение, беспокойство, плаксивость; постоянная раздражительность или быстроменяющееся настроение; снижение интереса к обычной деятельности; трудности с концентрацией внимания; усталость; изменения аппетита; повышенная сонливость или бессонница; чувство перегруженности или выхода из-под контроля; физические симптомы, такие как головная боль, болезненность груди или отек, мышечные боли, вздутие живота или увеличение веса. Поскольку ПМС нередко сочетается с дисменореей

(ОШ = 2,4), полименореей (ОШ = 4,7) и нерегулярным менструальным циклом (ОШ = 2,0) [10], которые оказывают влияние на КЖ, эти состояния также учитывались.

Критерии включения в исследование: возраст от 17 до 45 лет; отсутствие в анамнезе гипертонической болезни; отсутствие беременности; указание в анамнезе на отсутствие или последний прием анальгетиков или нестероидных противовоспалительных средств не позднее 1 мес. до включения в исследование; отсутствие противопоказаний к применению препарата, содержащего 20ЭЭ/ДРСП; отсутствие психических заболеваний, препятствующих пониманию требований клинического исследования; информированное добровольное согласие пациентки на участие в клиническом исследовании.

Критерии исключения из исследования: заболевания сердечно-сосудистой системы, в т. ч. гипертонической болезни или артериальной гипертензии даже с коррекцией; эпилепсия; беременность, период лактации; заболевания внутренних органов с субкомпенсированным либо декомпенсированным течением, наличие злокачественных новообразований любой локализации, эндокринных заболеваний, психических заболеваний, в т. ч. компенсированных; цефалгия, не связанная с менструацией (мигрень); невозможность или нежелание дать информированное согласие на участие в исследовании или на выполнение требований протокола; любые другие состояния, затрудняющие, по мнению исследователя, участие в исследовании.

Контрольную группу составили 18 женщин, у которых на момент исследования не было ПМС.

Первичный прием врача – акушера-гинеколога включал сбор анамнеза, жалоб, гинекологический осмотр, измерение АД. Для исследования психологического состояния женщин с ПМС использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS, разработанная Zigmond A.S. и Snaith R.P. (Zigmond A.S. et al., 1983). Индекс КЖ определялся по короткой форме исследования медицинских результатов SF-36 Health Status Survey (Ware J.E. et al., 1993). Оценка выполнялась дважды – перед началом лечения и через 3 мес. Оцениваемые параметры: КЖ; приемлемость в отношении приема препарата; удовлетворенность пациенток результатами лечения.

Пациентки получали лечение препаратом, содержащим 20ЭЭ/ДРСП, по схеме 24/4 (препарат Лея, «Санофи-Зентива», Франция).

Статистическая обработка результатов исследований проводилась в стандартном приложении Microsoft Office Excel. Основные статистические показатели вычислялись при помощи пакета прикладных программ Statistika. Использовали метод описательной статистики с определением среднего арифметического, дисперсии и вычисления 95% доверительного интервала. Достоверность разницы между двумя средними показателями оценивалась по критерию Стьюдента (t). Для сравнения количественных значений использовали доверительный интервал, в который попадали 95% всех значений – выборочное среднее плюс-минус три стандартных отклонения (правило трех σ).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Из 72 женщин в возрасте 17–24 лет было 39 (54,2%) человек. Средний возраст их составил $18,8 \pm 0,64$ лет. Они преимущественно проживали в столичном городе (67%), совместно с родителями (62%) и были незамужними (100%), при этом 84,6% жили половой жизнью (средний возраст коитархе – $17,5 \pm 0,42$ лет). Средний возраст начала менструальной функции – $12,2 \pm 0,18$ лет, родов и аборт не было ни у одной женщины.

Женщин в возрасте 25 лет и старше было 33 (45,8%) человека. Средний возраст их составил $35,9 \pm 1,7$ лет. Они также преимущественно проживали в столичном городе (73%), однако имели собственное жилье (79%) и были замужними (56%) или разведены (33%), при этом все жили регулярной половой жизнью (средний возраст коитархе – $20,7 \pm 0,78$ лет). Средний возраст начала менструальной функции – $12,6 \pm 0,18$ лет, количество родов на момент опроса составило $1,3 \pm 0,18$ и аборт – $0,9 \pm 0,36$. Характерные черты ПМС были практически одинаковыми в обеих возрастных группах. У женщин более старшего возраста симптомы встречались чаще и были выражены сильнее.

Анализ клинической картины ПМС выявил, что легкая степень заболевания была у 62,5% (45/360) женщин. Пациенток со средней и тяжелой степенью оказалось 37,5% (27/360). Они были представлены в 66,6% (18/27) возрастной категорией 17–24 ($19,5 \pm 1,0$) лет и 32,3% (9/27) – 25 лет и старше ($36,0 \pm 2,0$) и включены в следующий этап исследования.

Материальные и бытовые условия обследованных были удовлетворительными. Высшее образование имели 88,9% (24/27) женщин старшей возрастной группы, преобладали работающие в бюджетной сфере – 77,8% (21/27). Наличие вредных привычек (активное табакокурение) выявлено в I группе в 16,6% (3/18) случаев, во II – в 22% (2/9). Злоупотребление алкогольными напитками,

прием наркотических средств не были зарегистрированы. Все они вели умеренно-подвижный образ жизни, имели удовлетворительные условия питания.

При анализе сопутствующей соматической патологии выявлено, что в обеих группах преобладали заболевания пищеварительной системы (хронический гастрит, хронический холецистит). Избыточная масса тела выявлена во второй возрастной группе в 11,1% случаев.

Изучение менструальной функции показало, что нарушения менструального цикла имели пациентки обеих групп, которые проявлялись преимущественно в виде дисменореи у 50% (9/18) – в первой и у 33,3% (3/9) – во второй возрастных группах, нарушение ритма менструаций и/или полименорея встречались у 16,7% (3/18) и 11,1% (1/9) соответственно. Акне отмечались у 66,7% (12/18) и 22,2% (2/9) женщин. С одинаковой частотой встречались сопутствующие гинекологические заболевания, из которых преобладал хронический сальпингоофорит (11,1% (2/18) и 33,3% (3/9) соответственно).

Повышенные показатели тревожности и депрессии по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS в группе женщин со средней и тяжелой ПМС ($n = 27$) имели 33,3 и 14,8% соответствующих возрастных групп против 27,7 и 11,1% ($p > 0,05$) среди женщин без ПМС ($n = 18$) соответственно. То есть в группе женщин с ПМС частота тревоги и депрессии была несколько выше, но не имела достоверных различий с группой контроля.

Таким образом, обследованные женщины двух возрастных групп были сопоставимы по социальному положению, наличию вредных привычек, менструальной функции и сопутствующей соматической и гинекологической патологии, а также по характеру симптомов ПМС и уровню тревожности и депрессии, что позволило объединить их для дальнейшего обследования в оценке результатов лечения по параметрам КЖ.

Изучение КЖ, выполненное с помощью стандартной формы опросника SF-36, у больных с ПМС дало возмож-

Таблица 1. Параметры качества жизни у больных ПМС (баллы, $X \pm SD$)

Группы/Параметры	Группа испытуемых до лечения, $n = 27$	Группа контроля, $n = 18$	p_1	Группа испытуемых после лечения, $n = 27$	p_2
PF Физическая активность	$80,0 \pm 13,3$	$89,4 \pm 3,7$	0,407	$81,0 \pm 13,4$	0,401
RP Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	$53,0 \pm 10,8$	$72,0 \pm 9,1$	0,045	$63,0 \pm 8,8$	0,450
BR Физическая боль	$56,0 \pm 28,9$	$88,1 \pm 9,5$	0,042	$76,2 \pm 18,9$	0,020
GH Общее восприятие здоровья	$73,0 \pm 17,4$	$78,1 \pm 6,2$	0,157	$74,0 \pm 16,5$	0,165
VT Жизнеспособность	$80,0 \pm 13,2$	$69,0 \pm 7,2$	0,161	$78,7 \pm 11,2$	0,172
SF Социальная активность	$42,5 \pm 13,5$	$88,2 \pm 10,2$	0,045	$72,5 \pm 12,8$	0,050
RE Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	$57,8 \pm 21,3$	$87,4 \pm 12,7$	0,042	$77,9 \pm 18,3$	0,047
MH Психическое здоровье	$62,0 \pm 7,3$	$80,0 \pm 4,3$	0,043	$72,0 \pm 6,3$	0,048

Примечание: p_1 – достоверность различий между группой испытуемых до лечения и группой контроля; p_2 – достоверность различий в группе испытуемых до и после лечения.

ность получить количественную оценку субъективного восприятия больными физического, психологического, эмоционального и социального функционирования своего организма, а значит, получить комплексное представление о здоровье в целом.

Оценка полученных параметров КЖ (табл. 1) показала, что до лечения у больных изучаемой группы показатели были достоверно ниже по сравнению с контрольной по шкалам, оценивающим ВР (физическая боль), RF и RE (роль физических и эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности соответственно), SF (социальная активность) и МН (психическое здоровье).

Достоверно более низкие значения показателей по шкалам BR и RP (роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности), которые оценивают интенсивность болевого синдрома и его влияние на способность заниматься нормальной деятельностью, включая работу по дому и вне его, свидетельствуют о существенном значении ПМС в субъективной оценке здоровья самой женщиной, а показатель SF – также свидетельствует о снижении социальной активности.

Сниженные показатели МН у больных исследуемой группы свидетельствуют о наличии психологического неблагополучия, а RE – о степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой обычной повседневной деятельности, включая большие затраты времени на их выполнение, уменьшение объема сделанной работы, снижение ее качества.

Оценка полученных параметров КЖ показала, что после лечения у больных изучаемой группы показатели достоверно улучшились по сравнению с исходными по шкалам, оценивающим ВР (физическая боль), RE (роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности), SF (социальная активность) и МН (психическое здоровье).

Оценка степени выраженности проявлений тревоги и депрессии у женщин до и после лечения представлена в таблице 2.

Анализ данных таблицы свидетельствует о существенном снижении проявлений тревоги и депрессии после 3 мес. использования препарата, содержащего 20ЭЭ/ДРСП: тяжелые проявления тревоги были редуцированы, у большинства женщин (88,9%, 24/27) оставались незначительные симптомы, выраженностью $4,2 \pm 0,05$ баллов, как и проявления депрессии (96,3%, 26/27), тяжесть которых оценивалась $2,8 \pm 0,1$ балла.

Изучение показателей менструального цикла у пациенток, получавших 20ЭЭ/ДРСП, показало, что уже после одного цикла терапии у 66,6% (18/27) из них отмечен положительный эффект: менструации стали безболезненными, исчезли вегетативные проявления дисменореи. После второго цикла лечения положитель-

ный эффект установлен у 88,9% (24/27), после третьего – у подавляющего большинства обследованных 96,3% (26/27). Частота плановых кровотечений отмены составила 100%, их объем уменьшился, лишь у 14,8% (4/27) наблюдались межменструальные кровянистые выделения. Проявления акне уменьшились на 50% практически у всех пациенток.

Ни одна пациентка не отказалась от приема препарата в процессе исследования, что свидетельствует о высокой приемлемости его для лечения ПМС средней и тяжелой степени. 88,9% (24/27) испытуемых выразили высокую удовлетворенность результатами лечения.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

В настоящем исследовании не ставилась задача детальной оценки эффективности препарата 20ЭЭ/ДРСП (Лея) в отношении симптомов ПМС и других нарушений менструального цикла, т. к. в литературе об этом имеется достаточно сведений, представленных исследованиями препаратов аналогичного состава и определивших его выбор для настоящего исследования. Коротко отметим некоторые из них.

Было показано положительное влияние КОК, содержащих ДРСП, на менструальный цикл (уменьшение продолжительности дней кровотечения, регулярность, хороший контроль цикла) [11], психологическое состояние [12], улучшение настроения [13, 14], снижение гирсутизма [15], проявлений акне, сопоставимое с 35 ЭЭ/ципротерона ацетатом [16–17], уменьшение симптомов при депрессии, предменструальном дисфорическом расстройстве [18–20], а также сохранение стабильного веса [15], что было связано с улучшением КЖ.

В двух Кокрановских обзорах проанализированы исследования с участием женщин с тяжелой формой ПМС [21], где показано, что уже после трех месяцев применения 20 ЭЭ/ДРСП было существенное снижение частоты и тяжести симптомов ($-7,92$; 95% ДИ: $-11,16 - -4,67$) у женщин, принимавших препарат, и снижение выраженности дисменореи (ОР = 2,01; 95% ДИ: 1,32–3,08) [22].

Таблица 2. Степень выраженности проявлений тревоги и депрессии до лечения (после лечения)

Критерии оценки, баллы	Тревога			Депрессия		
	п	%	Выраженность, баллы	п	%	Выраженность, баллы
0–7	18 (24)	66,7 (88,9)*	$5,2 \pm 0,05$ ($4,2 \pm 0,05$)	23 (26)	85,2 (96,3)*	$3,2 \pm 0,1$ ($2,8 \pm 0,1$)
8–10	4 (3)	14,8 (11,1)	$8,8 \pm 0,16$ ($8,1 \pm 0,11$)	4 (1)	14,8 (3,7)*	$8,5 \pm 0,2$ ($8,6 \pm 0,3$)
11–21	5 (0)	18,5 (0)*	$12,3 \pm 0,20$ (0)*	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Всего	27	100,0		27	100,0	

Примечание: $p < 0,05$.

Современные исследования уделяют внимание и такой стороне КЖ женщины, как ее удовлетворенность сексуальной функцией. Так, в исследовании Skrzyupiec V. et al. КОК, содержащий ДРСП, по сравнению с препаратами, содержащими другие гестагены, продемонстрировал улучшение в 2 раза сексуальной функции, особенно в том, что касается сексуального возбуждения ($p < 0,006$), что было связано с улучшением показателей общего здоровья ($p < 0,02$), психического здоровья и настроения ($p < 0,01$) [23].

С другой стороны, оценка, сделанная самим больным, является наиболее надежным показателем его состояния, хотя зачастую не совпадает с оценкой, выполненной врачом. Это мнение пациентов является не только стандартизованным критерием его здоровья, но и отражением деятельности системы здравоохранения и может применяться для оценки ее эффективности. КЖ может стать одним из измерителей состояния здоровья населения, дополняя такие традиционные его индикаторы, как заболеваемость, смертность и т. п., которые в настоящее время уже не могут рассматриваться как конечные критерии работы различных структур здравоохранения [3].

При оценке КЖ у больных важно понимать, что оценивается не тяжесть патологического процесса, а то, как пациент переносит свое заболевание и оценивает оказанную ему медицинскую помощь. Понятие КЖ положено в основу новой парадигмы понимания болезни и определения эффективности методов ее лечения. Именно поэтому пациент, являясь главным потребителем медицинских услуг, дает наиболее объективную оценку полученной медицинской помощи.

ПМС встречается у 20% женщин репродуктивного возраста и связан с нарушениями в межличностных отношениях и/или функционировании на рабочем месте по крайней мере у 3–8% больных, что определяет социальную значимость этого заболевания [24]. Результаты проведенного нами скрининга показали аналогичную частоту встречаемости данного синдрома в исследуемой популяции – 20%, при этом более тяжелые его формы, приводящие к существенному снижению КЖ, встретились с частотой 7,5%. Кроме того, влияющие на КЖ обильные менструальные кровотечения составляют 10,9% [25], дисменорея – 45% [26], нерегулярный менструальный цикл – 10–30% [27]. Эти данные также совпадают с полученными нами результатами.

Авторы указанных публикаций отмечают значительную разницу в оценке КЖ женщин с данными расстройствами менструального цикла по сравнению с контролем по всем позициям шкалы SF-36 (ОР = 1,30; 95% ДИ: 1,10–1,55). Наше исследование показало статистически значимое снижение значений КЖ по шкале SF-36 по большинству позиций, а именно: роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности, физическая боль, социальная активность, роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности, психическое здоровье. Аналогичные данные были получены в исследовании Delara M. et al. среди 606 студенток с тяжелой формой ПМС, при этом у них не было снижения физической активности и общего восприятия здоровья [28].

В работе Matsumoto Y. et al. [29] динамика оценок КЖ продемонстрировала значительное улучшение при дисменорее, и особенно социальной активности, при нерегулярном цикле – социальной активности и общего восприятия здоровья, при акне – тех же показателей и физической активности и практически всех показателей при ПМС.

В нашей работе не было отмечено существенного повышения начальных показателей тревожности и депрессии среди обследованных пациенток. Однако эти симптомы, как показывают данные литературы, встречаются достоверно чаще среди пациенток с синдромом поликистозных яичников [30]. Снижение КЖ таких пациенток обусловлено нарушением менструального цикла и гирсутизмом. Уменьшение частоты и выраженности указанных симптомов в процессе лечения КОК с ДРСП на протяжении 6 циклов продемонстрировало положительный эффект препарата в улучшении КЖ [30].

КОК, содержащие 20 ЭЭ/ДРСП, характеризуются высокой контрацептивной активностью (индекс Перля = 0,81), которая сопоставима с другими препаратами, содержащими современные прогестагены и левоноргестрел [31, 32], а низкая доза ЭЭ обеспечивает минимальное число зарегистрированных побочных эффектов [33]. Известные фармакологические свойства ДРСП (отсутствие этинильного радикала в молекуле исключает ингибирование цитохрома P450 в печени, характерного для этинилированных прогестагенов, высокая биодоступность, не требующая активации в печени, отсутствие кумуляции в организме при многократном введении) повышает его безопасность, а выраженная антиминералокортикоидная активность, превышающая в 8 раз спиронолактон, – спектр его неконтрацептивных эффектов [34]. Кроме того, рядом исследований было продемонстрировано улучшение переносимости препаратов с удлинённым режимом – 24 дня с гормонами и 4 дня – без гормонов. Преимущества укороченной фазы плацебо включают более выраженное подавление фолликулогенеза, улучшение симптомов предменструального напряжения, которые часто проявляются в течение периода плацебо и потенциального улучшения эффективности [35]. Данные также свидетельствуют о том, что КОК, дозированные в режиме 24/4, связаны с более короткой продолжительностью кровотечения отмены, чем 21/7 [35], и способствуют снижению частоты пропуска таблеток [36].

Эти показатели выбранного для лечения ПМС-препарата сопровождалась высокой степенью приемлемости (100%) и удовлетворенности полученными результатами (88,9%) в настоящем исследовании, что совпадает с результатами исследования, проведенного Wang C. с соавт., в котором 85,6% пациентов были удовлетворены или очень удовлетворены приемом этого препарата [37]. Было установлено, что, когда выбранный метод контрацепции отвечает ожиданиям женщины, и она получает значительное физическое и психологическое облегчение в связи с симптомами сопутствующих состояний, побочные эффекты воспринимаются как незначительные [38], и долгосрочная приверженность к препарату увеличивает

ся, что обеспечивает надежную защиту от нежелательной беременности и КЖ женщины на долгие годы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенное исследование и анализ литературы показали, что комбинация 20 ЭЭ/ДРСП имеет положительное влияние на КЖ женщин, связанное со здоровьем, в частности с ПМС и другими проявлениями нарушений менструальной функции.

Если пациентка в качестве планового метода контрацепции выбирает КОК, то необходимо предоставить ей информацию об особенностях действия средств и подчеркнуть их преимущества в зависимости от обозначенных ею потребностей.

Проявления ПМС и другие расстройства менструального цикла (дисменорея, обильные месячные, нарушения регулярности менструального цикла, акне) могут быть успешно купированы в течение 3 мес. комбинацией 20 ЭЭ/ДРСП.



ЛИТЕРАТУРА

- Orley J, Kuyken W. The Development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL). In: Quality of Life: International Perspectives. Division of Mental Health, World Health Organization. Proceedings of the Joint-Meeting Organized by the World Health Organization and the Fondation IPSEN in Paris, July 2–3, 1993: 41–57.
- Kind P, Williams A. Measuring success in health care – the time has come to do it properly. *Health Policy Matter*, 2004, Issue 9: 1–8.
- Проценко А.С., Абишев Р.Э. Современные тенденции оценки эффективности медицинской помощи через критерий качества жизни. «Современная медицина: тенденции развития»: материалы международной научно-практической конференции. 02 апреля 2012 г. Новосибирск: Изд. «Сибирская ассоциация консультантов», 2012. 132 с./Protsenko A.S., Abishev R.E. Modern trends of medical aid effectiveness evaluation through life quality criterion. Modern Medicine: Development Trends: materials of the international scientific and practical conference. April 02, 2012, Novosibirsk: Ed. Siberian Consultant Association, 2012, 132 p.
- Дикке Г.Б. Медикаментозный аборт: Руководство для врачей. Под ред. В.Е. Радзинского. М.: МЕДпресс-информ, 2015. 344 с.: ил./Dikke G.B. Medication-induced abortion: Guidance for doctors. Ed. by V.E. Radzinsky. M: MEDpress-inform, 2015. 344 p.: il.
- Delara M, Ghofranipour F, Azadfallah P et al. Health related quality of life among adolescents with premenstrual disorders: a cross sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2012, 10(1): 1–5.
- Kannan P, Chapple CM, Miller D et al. Menstrual pain and quality of life in women with primary dysmenorrhea: Rationale, design, and interventions of a randomized controlled trial of effects of a treadmill-based exercise intervention. *Contemp Clin Trials*, 2015, 42: 81–9.
- Xu L, Lee BS, Asif S. Satisfaction and health-related quality of life in women with heavy menstrual bleeding: results from a non-interventional trial of the levonorgestrel-releasing intrauterine system or conventional medical therapy. *International Journal of Women's Health*, 2014, 6: 547–554.
- Kadir RA, Edlund M, Von Mackensen S. The impact of menstrual disorders on quality of life in women with inherited bleeding disorders. *Haemophilia*, 2010, 16(5): 832–9.
- Arowojolu AO, Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA. Combined oral contraceptive pills for treatment of acne (Review). *The Cochrane Library*, 2012, Issue 7. Electronic resource. Access mode: <http://onlinelibrary.wiley.com/>
- Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ*, 2006, 332(7544): 749–755.
- Wang C, Di W, Liao Q, et al. Efficacy and safety of a combined oral contraceptive containing drospirenone 3 mg and ethinylestradiol 20 µg in a 24+4-day regimen in China. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*, 2014, 49(5): 355–9.
- Lawrie TA, Helmerhorst FM, Maitra NK, Kulier R, Bloemenkamp K, Gülm ezoglu AM. Types of progestogens in combined oral contraception: effectiveness and side-effects (Review). *The Cochrane Library*, 2011, Issue 5. Electronic resource. Access mode: <http://onlinelibrary.wiley.com/>
- Marr J, Heinemann K, Kunz M, Rapkin A. Ethinyl estradiol 20 µg/drospirenone 3mg 24/4 oral contraceptive for the treatment of functional impairment in women with premenstrual dysphoric disorder. *Int J Gynaecol Obstet*, 2011, 113(2): 103–7.
- Foidart JM, Wuttke W, Bouw GM et al. A comparative investigation of contraceptive reliability, cycle control and tolerance of two monophasic oral contraceptives containing either drospirenone or desogestrel. *Eur. J. Contracept. Reprod. Hlth Care*, 2000, 5(2): 124–134.
- Артымук Н.В., Букреева Е.Л. Сравнительная оценка влияния сочетания 3 мг дроспиренона и 20 или 30 мкг этинилэстрадиола на состояние кожи и антропометрические показатели. *Фарматека*, 2015, 3: 31–33. /Artyumuk N.V., Bukreeva E.L. Comparative evaluation of effect of a combination of 3 mg of drospirenone and 20 or 30 mcg of ethinyl estradiol on the skin stat and antropometric values. *Farimateka*, 2015, 3: 31–33.
- van Vloten WA, van Haselen CW, van Zuuren EJ et al. The effect of 2 combined oral Contraceptives containing either drospirenone or cyproterone acetate on acne and seborrhea. *Cutis*, 2002, 69(4): 2–15.
- Maloney JM, Dietze P, Jr, Watson D, et al. Treatment of acne using a 3-milligram drospirenone/20-microgram ethinyl estradiol oral contraceptive administered in a 24/4 regimen: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*, 2008, 112(4): 773–781.
- Басова О.Н., Волков В.Г. Сравнительная характеристика эффективности комбинированных оральных контрацептивов в терапии ПМС: рандомизированное контролируемое исследование. *Проблемы репродукции*, 2011, 4: 27–31. /Basova O.N., Volkov V.G. Comparative characteristics of effectiveness of combined oral contraceptives in PMS therapy: a randomized controlled study. *Problemy reprodukcii*, 2011, 4: 27–31.
- Rapkin AJ. YAZ in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *J. Reprod. Med.*, 2008, 53(9): 729–741.
- Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Сасунова Р.А. и др. Результаты клинического применения препарата, содержащего дроспиренон, у женщин с тяжелой формой предменструального синдрома. *Акуш. и гин.*, 2012, 2: 81–85. /Prilepskaya V.N., Mezhevitinova E.A., Sasunova R.A. et al. Results of clinical administration of the drospirenone-containing drug in women with a grave degree of premenstrual syndrome. *Akush. I Gin.*, 2012, 2: 81–85.
- Lopez LM, Kaptein AA, Helmerhorst FM. Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome (Review). *The Cochrane Library*, 2012, Issue 2. Electronic resource. Access mode: <http://onlinelibrary.wiley.com/>
- Wong CL, Farquhar C, Roberts H, Proctor M. Oral contraceptive pill for primary dysmenorrhea (Review). *The Cochrane Library*, 2009, Issue 4. Electronic resource. Access mode: <http://onlinelibrary.wiley.com/>
- Skrzypulec V, Drosdzol A. Evaluation of the quality of life and sexual functioning of women using a 30-µg ethinylestradiol and 3-mg drospirenone combined oral contraceptive. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2008, 13(1): 49–57.
- Rapkin AJ, Winer SA. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: quality of life and burden of illness. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*, 2009, 9(2): 157–70.
- Gokyildiz S, Aslan E, Beji NK et al. The Effects of Menorrhagia on Women's Quality of Life: A Case-Control Study. *Obstetrics and Gynecology*, 2013, 8: 918179.
- Iacovides S, Avidon I, Baker FC. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. *Hum Reprod Update*, 2015, 21(6): 762–78.
- Matteson KA, Raker CA, Clark MA et al. Abnormal Uterine Bleeding, Health Status, and Usual Source of Medical Care: Analyses Using the Medical Expenditures Panel Survey. *J Womens Health (Larchmt)*, 2013, 22(11): 959–965.
- Delara M, Ghofranipour F, Azadfallah P et al. Health related quality of life among adolescents with premenstrual disorders: a cross sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2012, 10(1): 1–5.
- Matsumoto Y, Yamabe S, Ideta K, Kawabata M. Impact of use of combined oral contraceptive pill on the quality of life of Japanese women. *J Obstet Gynaecol Res*, 2007, 33(4): 529–35.
- Cinar N, Harmanci A, Demir B, Yildiz BO. Effect of an oral contraceptive on emotional distress, anxiety and depression of women with polycystic ovary syndrome: a prospective study. *Hum Reprod*, 2012, 27(6): 1840–5.
- Endrikat J, Parke S, Trummer D et al. Ovulation inhibition with four variations of a four-phasic estradiol valerate/dienogest combined oral contraceptive: results of two prospective, randomized, open-label studies. *Contraception*, 2008, 78(3): 218–25.
- Ahrendt HJ, Makalova D, Parke S et al. Bleeding pattern and cycle control with an estradiol-based oral contraceptive: a seven-cycle, randomized comparative trial of estradiol valerate/dienogest and ethinyl estradiol/levonorgestrel. *Contraception*, 2009, 80(5): 436–44.
- Fu Y, Mi W, Li L et al. Efficacy and safety of a combined oral contraceptive containing drospirenone 3 mg and ethinylestradiol 20 µg in the treatment of premenstrual dysphoric disorder: a randomized, double blind placebo-controlled study. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*, 2014, 49(7): 506–9.
- Oelkers W, Foidart JM, Dombrovicz N, Welter A, Heithecker R. Effects of a new oral contraceptive containing an antimineralocorticoid progestogen, drospirenone, on the renin-aldosterone system, body weight, blood pressure, glucose tolerance, and lipid metabolism. *J Clin Endocrinol Metab*, 1995, 8: 1816–21.
- Nakajima ST, Archer DF, Elman H. Efficacy and safety of a new 24-day oral contraceptive regimen of norethindrone acetate 1 mg/ethinyl estradiol 20 microg (Loestrin 24 Fe). *Contraception*, 2007, 75: 16–22.
- Karakhalis LY, Zhigalenko AR, Steblo Yel. Kontratseptivnyye i nekontratseptivnyye efekty drospirenona. *Reproduktivnoye zdorov'ye detey i podrostkov*, 2015, 2: 73–77.
- Wang C, Di W, Liao Q, et al. Efficacy and safety of a combined oral contraceptive containing drospirenone 3 mg and ethinylestradiol 20 µg in a 24+4-day regimen in China. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*, 2014, 49(5): 355–9.
- Nappi RE, Albani F, Tonani S et al. Psychosexual well-being in women using oral contraceptives containing drospirenone. *Funct. Neurol. Funct. Neurol*, 2009, 24(2): 71–75.