

Оценка лечебных эффектов и влияния на сексуальную активность препарата Белара

Т.Ю.Пестрикова[✉], Е.А.Юрасова, И.Ю.Никоноркина

ГБОУ ВПО Дальневосточный государственный медицинский университет Минздрава России, 680000, Россия, Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, д. 35

В статье представлены данные по оценке лечебных эффектов контрацептива Белара (этинилэстрадиол + хлормадинон) и его влияния на сексуальную активность женщин. Большинство пациенток (47,83%) при выборе гормонального метода контрацепции считали приоритетным улучшение внешнего вида (состояния кожи и волос), а контрацептивный эффект ставили на второе место. Применение препарата оказало статистически значимый лечебный эффект у пациенток с гиперандрогенией; влияние применения препарата на сексуальную активность выразилось в увеличении числа пациенток с усилением сексуальных ощущений и смазки; кроме того, в 3,2 раза сократилось число пациенток с диспареунией.

Ключевые слова: контрацепция, гиперандрогения, сексуальная активность, Белара.

[✉]tyr50@rambler.ru

Для цитирования: Пестрикова Т.Ю., Юрасова Е.А., Никоноркина И.Ю. Оценка лечебных эффектов и влияния на сексуальную активность препарата Белара. Гинекология. 2015; 17 (3): 88–92.

Evaluation of therapeutic effects and impact on the sexual activity of Belara

T.Yu.Pestrikova[✉], E.A.Yurasova, I.Yu.Nikonorkina

Far East State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, 680000, Russian Federation, Khabarovsk, ul. Murav'eva-Amurskogo, d. 35

The paper presents the evaluation of therapeutic effects of Belara contraceptive (etinyl estradiol + chlormadinone) and its impact on the sexual activity of women. The majority of patients (47.83%) when choosing a hormonal method of contraception considered a priority the improvement of the appearance (skin and hair), and the contraceptive effect was on second place. Use of the drug had a statistically significant treatment effect in patients with hyperandrogenism; the effect of the drug on sexual activity resulted in an increase in the number of patients with increased sexual sensation and lubrication; in addition, 3.2-times decrease in the number of patients with dyspareunia was noted.

Key words: contraception, hyperandrogenism, sexual activity, Belara.

[✉]tyr50@rambler.ru

For citation: Pestrikova T.Yu., Yurasova E.A., Nikonorkina I.Yu. Evaluation of therapeutic effects and impact on the sexual activity of Belara. Gynecology. 2015; 17 (3): 88–92.

В настоящее время существует много доступных средств и методов контрацепции. Наиболее распространенными методами контрацепции в мире являются комбинированные оральные контрацептивы (КОК) [1, 2]. По мнению ряда исследователей, КОК обладают не только высокой контрацептивной эффективностью, но и рядом лечебных свойств [1–3].

На основании изложенного целью нашего исследования было проведение оценки лечебных свойств контрацептива Белара и его влияния на сексуальную активность женщин.

Материалы и методы

В исследование были включены 46 пациенток в возрасте от 18 до 40 лет с наличием симптомов гиперандрогении (акне, жирная кожа), которые обратились в женскую консультацию для решения вопроса о методе контрацепции.

В процессе проведения рутинного обследования всем пациенткам была предложена анкета, которую они заполняли до начала использования гормональной контрацепции, а также через 3 и 6 мес на фоне ее приема. Помимо самостоятельного заполнения анкеты пациентками для объективности в оценке симптомов гиперандрогении анкета также заполнялась врачом-гинекологом.

Оценка женской сексуальной активности выполнялась пациентками самостоятельно по адаптированному опроснику SPEQ (Short Personal Experience Questionnaire), автор Normal LMcCoy.

Всем пациенткам был предложен низкодозированный монофазный КОК Белара, содержащий 30 мкг этинилэстрадиола и 2 мг хлормадинаона ацетата.

Анализ полученных в ходе исследования данных произведен на персональной электронно-вычислительной машине с использованием пакета прикладных программ для статистической обработки Statistica 6.0. Изучалось распределение признака в статистических совокупностях, в случае нормального распределения применялся критерий Стьюдента.

Для сопоставления данных, полученных из выборки с альтернативным варьированием признаков, применяли формулу, вытекающую из закона биномиального распределения: $m = \sqrt{Pq/n}$, где m – ошибка относительного показателя средней арифметической; P – доля изучаемого признака; $q = 100 - P$ – доля противоположного признака; n – общее число исследований.

Результаты и обсуждение

Пациентки группы наблюдения ранее достоверно чаще использовали с целью контрацепции гормональные методы по сравнению с внутриматочными средствами – ВМС ($p < 0,05$), другими методами контрацепции – календарный и барьерный методы, coitus interruptus ($p < 0,05$), сочетанием 2 методов контрацепции – календарный и барьерный методы, coitus interruptus ($p < 0,05$); табл. 1.

Большинство пациенток (47,83±7,37%) считали приоритетным в выборе гормонального метода контрацепции улучшение их внешнего вида (улучшение состояния кожи и волос), а контрацептивный эффект ставили на второе место ($p < 0,05$). Тем не менее каждая 3-я (32,61±6,91%) пациентка считала, что оба эффекта (контрацептивный и лечебный) являются важными (см. табл. 1).

Наличие проявлений гиперандрогении (проблемная кожа – угревая сыпь) было ведущим в назначении контрацептива Белара, поскольку у 84,78±5,30% пациенток это вызывало сильное/очень сильное раздражение ($p < 0,001$); см. табл. 1.

Пациентки (86,96±4,97%) считали, что наличие угревой сыпи мешает им адаптироваться в повседневной жизни, наладить отношения с противоположным полом на крайней мере в течение последнего месяца ($p < 0,001$). Степень выраженности нарушений в социальной адаптации колебалась, по мнению пациенток, от серьезного значения до незначительной степени (см. табл. 1).

Пациентки самостоятельно оценивали выраженность угревой сыпи по визуальной шкале. Полученные результаты

свидетельствуют о том, что, по мнению 45,65±7,34% пациенток, выраженность угревой сыпи у них находилась в интервале 26–50%, что было статистически значимо (см. табл. 1).

Оценка состояния кожи пациентками по визуальной шкале показала, что статистически значимыми были показатели, оценивающие жирность кожи до 75% (см. табл. 1), т.е. таких пациенток было наименьшее число.

Оценка врачом-гинекологом элементов гиперандрогении (акне) показала, что у 63,04±7,12% пациенток было отмечено

наличие комедонов ($p<0,01$) с преобладанием низкой и умеренной степени выраженности. Наличие папул было отмечено у 56,52±7,31% пациенток. У каждой 5-й (21,74±6,08%) пациентки было отмечено наличие пустул. Узловые элементы были выявлены у 17,39±5,59% пациенток (см. табл. 1).

Самостоятельная оценка пациентками половой активности и сексуальности проводилась по опроснику SPEQ (табл. 2). Сексуальные ощущения от общения с половыми партнерами пациентки оценили приблизительно в равных пропорциях между слабыми (2 балла), средними (3 балла) и сильными (4 балла) ощущениями.

Следующим параметром, по которому мы оценивали сексуальность, была лубрификация. Лубрификация – увлажнение половых путей женщины под влиянием эротической (психической или физической) стимуляции – происходит за счет транссудации мукоидного секрета через стенки влагалища в результате перенаполнения кровеносных сосудов, окружающих влагалище. При оценке лубрикации стати-

Таблица 1. Результаты анкетирования пациенток перед назначением контрацептива Белара

Параметры	Число пациенток (n=46)		Степень достоверности, p
	Абсолютные числа	Относительные числа (P±m), %	
Методы контрацепции, используемые ранее:			
• гормональные таблетки	15	32,61±6,91	
• барьерные методы	10	21,74±6,08	
• ВМС	7	15,22±5,30	<0,05
• другие методы	7	15,22±5,30	<0,05
• сочетание 2 методов	7	15,22±5,30	<0,05
Цель гормонального метода контрацепции:			
• контрацепция	9	19,57±5,85	<0,01
• улучшение состояния кожи и волос	22	47,83±7,37	
• обе указанные цели	15	32,61±6,91	
<i>Самостоятельная оценка пациентками значения и состояния проблемной кожи</i>			
Наличие проблемной кожи в течение последнего месяца			
1. Вызывало раздражение:	39	84,78±5,30	<0,001
• сильное	24	52,17±7,36	
• умеренное	15	32,61±6,91	
2. Не вызывало раздражения	7	15,22±5,30	<0,001
Влияние проблемной кожи на уровень социальной адаптации пациенток в последний месяц			
1. Влияло:	40	86,96±4,97	<0,001
• серьезно	17	36,96±7,12	
• умеренно	9	19,57±5,85	
• в некоторой степени	14	30,43±6,78	
2. Не влияло	6	13,04±4,97	<0,001
Выраженность угревой сыпи:			
• до 25%	8	17,39±5,59	<0,01
• до 50%	21	45,65±7,34	
• до 75%	10	21,74±6,08	<0,05
• до 100%	7	15,22±5,30	<0,001
Выраженность жирности кожи:			
• до 25%	19	41,30±7,26	<0,001
• до 50%	22	47,83±7,37	<0,001
• до 75%	5	10,87±4,59	
• до 100%	0	0	
<i>Оценка элементов акне врачом-гинекологом</i>			
Комедоны:	29	63,04±7,12	<0,01
• <5	9	19,57±5,85	
• 6–15	17	36,96±7,12	
• >15	3	6,52±3,64	<0,001
Папулы:	26	56,52±7,31	
• <5	8	17,39±5,59	
• 6–15	17	36,96±7,12	
• >15	1	2,17±2,14	
Пустулы:	10	21,74±6,08	
• <5	4	8,70±4,16	
• 6–15	5	10,87±4,59	
• >15	1	2,17±2,14	
Узловые элементы:	8	17,39±5,59	
• <5	3	6,52±3,64	
• 6–15	5	10,87±4,59	
• >15	0	0	

Таблица 2. Самостоятельная оценка пациентками половой активности и сексуальности (опросник SPEQ)

Параметры	Число пациенток (n=46)		Степень достоверности, p
	Абсолютные числа	Относительные числа (P±m), %	
Сексуальное ощущение от общения с половыми партнерами:			
• отсутствует	0	0	
• очень слабое	0	0	
• слабое	13	28,26±6,64	–
• среднее	12	26,09±6,47	–
• сильное	14	30,43±6,78	–
• очень сильное	7	15,22±5,30	–
Лубрификация:			
• отсутствует	0	0	–
• очень слабая	0	0	–
• слабая	0	0	–
• средняя	21	45,65±7,34	–
• сильная	19	41,30±7,26	–
• очень сильная	6	13,04±4,97	–
Оргазм:			
• отсутствует	0	0	–
• очень редко	0	0	–
• <1/2 случаев	3	6,52±3,64	–
• около 1/2 случаев	16	34,78±7,02	<0,001
• почти всегда (>1/2 случаев)	24	52,17±7,36	<0,001
• очень часто или всегда	3	6,52±3,64	–
Либидо:			
• отсутствует	0	0	–
• очень слабое	0	0	–
• слабое	13	28,26±6,64	<0,05
• среднее	22	47,83±7,37	<0,05; <0,001
• сильное	8	17,39±5,59	<0,001
• очень сильное	3	6,52±3,64	<0,001
Частота половых контактов за последнюю неделю:			
• нет	0	0	–
• очень редко	0	0	–
• редко	3	6,52±3,64	<0,001
• иногда	23	50,00±7,37	–
• часто	19	41,30±7,26	–
• очень часто	1	2,17±2,14	<0,001
Диспареуния:			
• нет	9	19,57±5,85	<0,001
• очень редко	14	30,43±6,78	–
• редко	5	10,87±4,59	–
• иногда	6	13,04±4,97	–
• часто	12	26,09±6,47	–
• очень часто	0	0	–

стической значимости по данному параметру у пациенток получено не было (см. табл. 2).

Наличие оргазма (кульминация сексуального возбуждения, характеризующаяся сильным чувством наслаждения, удовлетворения) отмечали все пациентки, но статистически значимыми были ощущения средней (около 1/2 случаев – 3 балла) и сильной (более 1/2 случаев – 4 балла) степени ($p < 0,001$ и $p < 0,001$ соответственно).

Наличие либидо (сексуальное желание или половой инстинкт) отметили все пациентки, но статистически значимым были ощущения слабой (2 балла) и средней (3 балла) степени выраженности ($p < 0,05$ и $p < 0,001$ соответственно). Частоту половых контактов за последнюю неделю пациентки в основном оценили как «иногда» (3 балла) и «часто» (4 балла). Диспареуния отсутствовала только у 19,57±5,85% пациенток, что было статистически значимым ($p < 0,001$). В остальных случаях диспареуния имела место. Так, 14 (30,43±6,78%) пациенток отметили наличие диспареунии «очень редко» (1 балл); 12 (26,09±6,47%) – «часто» (более 1/2 случаев – 4 балла); 6 (13,04±4,97%) – «иногда» (около 1/2 случаев – 3 балла); 5 (10,87±4,59%) – «редко» (менее 1/2 случаев – 2 балла); см. табл. 2.

Через 3 мес (на фоне приема контрацептива Белара) пациентки самостоятельно оценили свою степень разочарования, раздражения вследствие наличия угревой сыпи (проблемной кожи). Как следует из данных, представленных в табл. 3, число пациенток, у которых данная проблема вызывала раздражение, несколько снизилось, но не было статистически значимым. Тем не менее следует отметить, что изменилось их восприятие проблемы: статистически значимо снизилось число пациенток с наличием сильного раздражения ($p < 0,001$); увеличилось число пациенток, не испытывающих раздражения ($p < 0,05$). Через 6 мес снизилось число пациенток, у которых угревая сыпь вызывала раздражение, в 3,2 раза ($p < 0,001$), при этом пациентки не испытывали сильного раздражения по поводу данной проблемы. На фоне приема Белары в 4,86 раза увеличилось число пациенток, довольных состоянием своей кожи ($p < 0,001$); см. табл. 3.

Через 3 мес (на фоне приема контрацептива Белара) пациентки самостоятельно оценили влияние проблемной кожи на уровень своей социальной адаптации в последний месяц. Следует подчеркнуть, что статистически значимо снизилось число пациенток, считающих, что проблемная кожа серьезно снижает уровень социальной адаптации ($p < 0,05$), и повысилось число пациенток, которые подчеркивают, что проблемная кожа в некоторой степени влияет на уровень социальной жизни ($p < 0,01$) за последний месяц. Через 6 мес в 4,0 раза ($p < 0,001$) снизилось число пациенток, считавших, что проблемная кожа серьезно снижает уровень социальной адаптации, и, напротив, статистически значимо повысилось число пациенток, считающих, что такой проблемы не существует ($p < 0,001$); см. табл. 3.

Через 3 мес (на фоне приема КОК Белара) пациентки самостоятельно оценивали выраженность угревой сыпи по визуальной шкале. Полученные результаты свидетельствуют о том, что, по мнению 17 (36,96±7,12%) пациенток, у них вообще исчезла угревая сыпь. В 3 раза сократилось число пациенток, у которых наличие угревой сыпи определялось в интервале 26–50% ($p < 0,001$). Через 6 мес наличие угревой сыпи было отмечено у 23 (50,00±7,37%), т.е. в 2 раза меньше, чем первоначально, до приема Белары. При этом следует подчеркнуть, что в интервале по визуальной шкале до 25% пациентки оценивали наличие угревой сыпи в пределах 10%, а в интервале 26–50% – до 30% (см. табл. 3).

На фоне приема контрацептива Белара (через 3 мес) пациентки самостоятельно оценивали жирность кожи по визуальной шкале. Все пациентки отмечали изменение состояния кожи в лучшую сторону. Так, произошло уменьшение числа пациенток, которые оценивали жирность кожи в интервале 26–50%, в 2,4 раза ($p < 0,001$), а в интервале 56–75% – в 2,5 раза. За счет улучшения состояния кожи основная масса пациенток переместилась в подгруппу с оценкой до 25% по визуальной шкале ($p < 0,01$). Три (6,52±3,64%) пациентки оценили состояние кожи как нормальное. Через 6 мес на фоне приема Белары в 2 раза ($p < 0,001$) увеличилось число пациенток, переместившихся в подгруппу с оценкой

Таблица 3. Сравнительный анализ клинических результатов на фоне приема контрацептива Белара (n=46)

Параметры	Данные до начала приема Белары (Р±m), %	Данные через 3 мес на фоне приема Белары (Р±m), %	Данные через 6 мес на фоне приема Белары (Р±m), %
<i>Сравнительный анализ результатов самооценки пациенток</i>			
Наличие проблемной кожи в последний месяц			
1. Вызывало раздражение:	(39)/84,78±5,30	(33)/71,74±6,64	(12)/26,09±6,47*
• сильное	(24)/52,17±7,36	(2)/4,35±3,01*	0
• умеренное	(15)/32,61±6,91	(31)/67,39±6,91*	(12)/26,09±6,47
2. Не вызывало раздражения:	(7)/15,22±5,30	(15)/32,61±6,91**	(34)/73,91±6,47*
Влияние проблемной кожи на уровень социальной адаптации пациенток в последний месяц			
1. Влияло:	(40)/86,96±4,97	(38)/82,61±5,59	(10)/21,74±6,08*
• серьезно	(17)/36,96±7,12	(8)/17,39±5,59**	0
• умеренно	(9)/19,57±5,85	(4)/8,70±4,16	0
• в некоторой степени	(14)/30,43±6,78	(26)/56,52±7,31***	(10)/21,74±6,08
2. Не влияло	(6)/13,04±4,97	(8)/17,39±5,59	(36)/78,26±6,08*
Выраженность угревой сыпи:			
• до 25%	(8)/17,39±5,59	(17)/36,96±7,12	(15)/32,61±6,91
• до 50%	(21)/45,65±7,34	(7)/15,22±5,30*	(8)/17,39±5,59
• до 75%	(10)/21,74±6,08	(5)/10,87±4,59	0
• до 100%	(7)/15,22±5,30	0	0
Выраженность жирности кожи:			
• до 25%	(19)/41,30±7,26	(32)/69,57±6,78***	(38)/82,61±5,59*
• до 50%	(22)/47,83±7,37	(9)/19,57±5,85*	(3)/6,52±3,64*
• до 75%	(5)/10,87±4,59	(2)/4,35±3,01	0
• до 100%	0	0	0
<i>Оценка элементов акне врачом-гинекологом</i>			
Комедоны:			
• <5	(9)/19,57±5,85	(21)/45,65±7,34***	(13)/28,26±6,64%*
• 6–15	(17)/36,96±7,12	(2)/4,35±3,01*	0
• >15	(3)/6,52±3,64	0	0
Папулы:			
• <5	(8)/17,39±5,59	(7)/15,22±5,30*	(2)/4,35±3,01*
• 6–15	(17)/36,96±7,12	0	0
• >15	(1)/2,17±2,14	0	0
Пустулы:			
• <5	(4)/8,70±4,16	(5)/10,87±4,59	(1)/2,17±2,14*
• 6–15	(5)/10,87±4,59	0	0
• >15	(1)/2,17±2,14	0	0
Узловые элементы:			
• <5	(3)/6,52±3,64	(4)/8,70±4,16	(3)/6,52±3,64
• 6–15	(5)/10,87±4,59	0	0
• >15	0	0	0

* $p < 0,001$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,01$.

по визуальной шкале до 25%, но при этом следует отметить, что все они оценивали жирность кожи до 10%. Пять (10,87±4,59%) пациенток оценили состояние кожи как нормальное (см. табл. 3).

Таким образом, оценка пациентками их состояния кожи на фоне приема Белары носила положительный характер с той или иной степенью статистической значимости.

Оценка элементов акне как проявлений гиперандрогении врачом-гинекологом через 3 мес на фоне приема Белары также зафиксировала наличие положительной динамики. Так, вообще исчезло число комедонов в подгруппе «>15». В 8,5 раза сократилось число пациенток, имеющих от 6 до 15 комедонов ($p < 0,001$). У 23 (50,00±7,37%) пациенток комедонов не было вообще. Через 6 мес число пациенток, имеющих комедоны, сократилось в 2,2 раза, а количество их у оставшихся пациенток не превышало 5 ($p < 0,001$); см. табл. 3.

Такая же положительная динамика (через 3 мес) отмечена гинекологом в отношении наличия у пациенток папул. Так,

число пациенток, имевших папулы, сократилось в 3,7 раза ($p < 0,001$), а количество их у оставшихся пациенток не превышало 5. Через 6 мес на фоне приема Белары число пациенток, у которых отмечено наличие папул, уменьшилось в 13 раз ($p < 0,001$), а количество их у оставшихся двух ($4,35 \pm 3,01\%$) пациенток было единичным (менее 5); см. табл. 3.

Число пациенток, имевших пустулы, через 3 мес приема Белары сократилось, по данным гинеколога, в 2 раза, а количество самих элементов у каждой пациентки не превышало 5. Через 6 мес число женщин, имеющих пустулы, сократилось в 10,2 раза ($p < 0,001$), а количество их у одной пациентки не превышало 5 (см. табл. 3).

Количество пациенток, имевших узловые элементы, через 3 мес приема Белары сократилось, по данным гинеколога, в 2 раза, а количество самих элементов у каждой пациентки не превышало 5. Через 6 мес число женщин, имеющих узловые элементы, сократилось в 2,7 раза, а количество их у пациенток не превышало 5 (см. табл. 3).

Следовательно, оценка врачом-гинекологом состояния кожи и наличия акне у пациенток (на фоне приема Белары) свидетельствовала о положительной динамике с высокой степенью статистической значимости.

Сексуальные ощущения от общения с половыми партнерами на фоне приема Белары, по мнению пациенток, изменились: произошло увеличение числа пациенток в 2,1 (через 3 мес) и в 2,3 раза (через 6 мес) в категории с сильными ощущениями – 4 балла ($p < 0,001$ и $p < 0,001$ соответственно) за счет уменьшения числа пациенток со слабыми (2 балла) и средними (3 балла) ощущениями (табл. 4).

Таким образом, если до получения контрацептива Белара сексуальные ощущения от общения с половыми партнерами у пациенток находились в интервале 2–5 баллов, то на фоне приема Белары ощущения характеризовались на 3–5 баллов со статистически значимым оценочным преимуществом в 4 балла.

При оценке lubricации статистически значимыми были данные, свидетельствующие об увеличении категории пациенток, характеризующих свои ощущения на 4 балла ($p < 0,05$), через 6 мес. Выявленные изменения можно объяснить тем, что уменьшилось число пациенток, которые оценивали свои ощущения на 2 и 3 балла (см. табл. 4).

Следовательно, ощущения пациенток, характеризующие lubricацию, до приема Белары оценивались в 2–5 баллов, тогда как на фоне приема Белары критерии изменились и стали 3–5 баллов за счет статистически значимого увеличения числа пациенток, оценивающих свои ощущения на 4 балла.

При анализе данных, свидетельствующих о наличии оргазма, полученных через 3 и 6 мес на фоне приема Белары, мы не получили статистической значимости в изменении этих показателей от полученных ранее, до приема Белары. Ощущения пациенток, характеризующие оргазм, находились в интервале от 2 до 5 баллов (см. табл. 4).

Оценка либидо показала, что если ранее ощущения пациенток были в интервале 2–5 баллов, то на фоне приема Белары (через 3 и 6 мес) ощущения сконцентрировались в интервале 3–4 балла. Статистически значимо увеличилось число пациенток, оценивающих либидо в 4 балла ($p < 0,001$); см. табл. 4.

Сравнительная оценка частоты половых контактов (за последнюю неделю) показала, что до приема Белары этот показатель находился в интервале от «редко» (2 балла) до «очень часто» (5 баллов). На фоне приема Белары (через 3 и 6 мес) данный показатель был сконцентрирован в интервале «иногда» (3 балла) и «очень часто» (5 баллов). Статистически значимых различий, характеризующих данный параметр, получено не было (см. табл. 4).

На фоне приема Белары (через 3 и 6 мес) в 3,2 раза сократилось число пациенток с диспареунией ($p < 0,001$); см. табл. 4.

На фоне приема Белары (через 3 мес) у 1 ($2,17 \pm 2,14\%$) пациентки было отмечено нагрубание молочных желез, еще у 1 ($2,17 \pm 2,14\%$) пациентки – наличие незначительной головной боли. При дальнейшем приеме препарата указанные симптомы исчезли. Через 6 мес 1 ($2,17 \pm 2,14\%$) пациентка отметила наличие перепадов настроения.

Контрацептивный эффект был достигнут в 100% случаях.

Следовательно, можно считать, что современный КОК Белара обладает высокой эффективностью, безопасностью, хорошей переносимостью.

Таблица 4. Сравнительный анализ результатов самостоятельной оценки пациентками половой активности и сексуальности (опросник SPEQ) на фоне приема контрацептива Белара (n=46)

Параметры	Данные до начала приема Белары (P±m), %	Данные через 3 месяца на фоне приема Белары (P±m), %	Данные через 6 месяцев на фоне приема Белары (P±m), %
Сексуальное ощущение от общения с половыми партнерами:			
• отсутствует	0	0	0
• очень слабое	0	0	0
• слабое	(13)/28,26±6,64	0	0
• среднее	(12)/26,09±6,47	(9)/19,57±5,85	(7)/15,22±5,30
• сильное	(14)/30,43±6,78	(30)/65,22±7,02*	(32)/69,57±6,78*
• очень сильное	(7)/15,22±5,30	(7)/15,22±5,30	(7)/15,22±5,30
Любрикация:			
• отсутствует	0	0	0
• очень слабая	0	0	0
• слабая	0	0	0
• средняя	(21)/45,65±7,34	(10)/21,74±6,08	(8)/17,39±5,59
• сильная	(19)/41,30±7,26	(26)/56,52±7,31	(29)/63,04±7,12**
• очень сильная	(6)/13,04±4,97	(10)/21,74±6,08	(9)/19,57±5,85
Оргазм:			
• отсутствует	0	0	0
• очень редко	0	0	0
• <1/2 случаев	(3)/6,52±3,64	(1)/2,17±2,14	(1)/2,17±2,14
• около 1/2 случаев	(16)/34,78±7,02	(12)/26,09±6,47	(12)/26,09±6,47
• почти всегда (>1/2 случаев)	(24)/52,17±7,36	(27)/58,70±7,26	(27)/58,70±7,26
• очень часто или всегда	(3)/6,52±3,64	(6)/13,04±4,97	(6)/13,04±4,97
Либи́до:			
• отсутствует	0	0	0
• очень слабое	0	0	0
• слабое	(13)/28,26±6,64	0	0
• среднее	(8)/17,39±5,59	(13)/28,26±6,64	(13)/28,26±6,64
• сильное	(8)/17,39±5,59	(33)/71,74±6,64*	(33)/71,74±6,64*
• очень сильное	(3)/6,52±3,64	0	0
Частота половых контактов за последнюю неделю:			
• нет	0	0	0
• очень редко	0	0	0
• редко	(3)/6,52±3,64	0	0
• иногда	(23)/50,00±7,37	(17)/36,96±7,12	(17)/36,96±7,12
• часто	(19)/41,30±7,26	(26)/56,52±7,31	(26)/56,52±7,31
• очень часто	(1)/2,17±2,14	(3)/6,52±3,64	(3)/6,52±3,64
Диспареуния:			
• нет	(9)/19,57±5,85	(29)/63,04±7,12*	(29)/63,04±7,12*
• очень редко	(14)/30,43±6,78	(8)/17,39±5,59	(7)/15,22±5,30
• редко	(5)/10,87±4,59	0	0
• иногда	(6)/13,04±4,97	(2)/4,35±3,01	(2)/4,35±3,01
• часто	(12)/26,09±6,47	(7)/15,22±5,30	(8)/17,39±5,59
• очень часто	0	0	0

*p<0,001; **p<0,05.

Полученные нами результаты совпадают с данными ряда исследователей о том, что низкодозированный монофазный КОК Белара, содержащий 30 мкг этинилэстрадиола и 2 мг хлормадинона ацетата, является оптимальным средством гормональной контрацепции.

Дозировка этинилэстрадиола в 30 мкг является оптимальной и практически не вызывает эстрогензависимых побочных эффектов, таких как повышение массы тела, ухудшение состояния варикозных вен, психоэмоциональные нарушения, мастодиния. Более низкая ежедневная доза этинилэстрадиола не всегда обеспечивает адекватный контроль цикла и может вызывать побочные эффекты, связанные с

недостаточностью эстрогенов (головную боль, снижение либидо, уменьшение молочных желез, сухость влагалища и др.) [1].

Содержащийся в препарате хлормадинон – гестаген с улучшенными клинико-фармакологическими свойствами. Особенности фармакокинетики хлормадинона являются 100% биодоступность, отсутствие первичного метаболизма в печени и антиандрогенный эффект.

На сегодняшний день современный КОК Белара благодаря высокой эффективности, а также минимальному биохимическому, метаболическому и иммунологическому воздействию на организм достойно занимает лидирующее место среди гормональных контрацептивов. Благодаря практически полной безопасности препарат Белара, как и все современные низко- и микродозированные КОК, может быть использован и женщинами старше 40 лет (с учетом противопоказаний к его применению) [1].

Исследования, проведенные в последние годы, указывают на положительное лечебное и профилактическое действие КОК Белара, которое непосредственно не связано с его контрацептивным эффектом. В настоящее время наиболее хорошо изученными являются лечебные аспекты КОК Белара, который обладает терапевтическим воздействием при гиперандрогении и связанных с ней патологических состояниях кожи женщин (гирсутизм, акне, алопеция, себорея) [1].

Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что КОК Белара оказывает положительный эффект на отдельные параметры сексуальной функции пациенток.

Выводы

Пациентки группы наблюдения ранее достоверно чаще использовали с целью контрацепции гормональные методы по сравнению с ВМС (p<0,05); другими методами контрацепции – календарный и барьерный методы, coitus interruptus (p<0,05); сочетанием 2 методов контрацепции – календарный и барьерный методы, coitus interruptus (p<0,05).

Большинство пациенток (47,83%) считали приоритетным в выборе гормонального метода контрацепции улучшение их внешнего вида (улучшение состояния кожи и волос), а контрацептивный эффект ставили на второе место (p<0,05). Тем не менее каждая 3-я (32,61%) пациентка считала, что оба эффекта (контрацептивный и лечебный) являются важными.

Использование КОК Белара оказывает статистически значимый лечебный эффект у пациенток с наличием гиперандрогении (p<0,001).

Использование КОК Белара оказывает статистически значимый эффект на сексуальную активность: повысилось число пациенток с усилением сексуальных ощущений до 4 баллов (p<0,001) и усилением либидо (p<0,05); в 3,2 раза сократилось число пациенток с диспареунией (p<0,001).

Единичные побочные эффекты (нагрубание молочных желез, головная боль) носили транзиторный характер, статистической значимости не имели.

Литература/References

1. Руководство по контрацепции. Под ред. В.Н.Прилепской. 3-е изд., перераб. и доп. М.: МЕДпресс-информ, 2014. / *Rukovodstvo po kontratseptsii. Pod red. V.N.Prilepskoj. 3-e izd., pererab. i dop. M.: MEDpress-inform, 2014. [in Russian]*
2. Чернуха Г.Е. Консультирование – залог правильного выбора метода контрацепции. *Гинекология*. 2014; 16 (3): 22–6. / *Sbernikba G.E. Konsultirovanie – zalog pravil'nogo izbora metoda kontratseptsii. Gynecology*. 2014; 16 (3): 22–6. [in Russian]
3. Прилепская В.Н., Межевитина Е.А., Шешко Е.Л. Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции. *Гинекология*. 2014; 16 (1): 13–21. / *Prilepskaia V.N., Mezhevitiнова E.A., Sheshko E.L. Meditsinskie kriterii priemlemosti dlia ispol'zovaniia metodov kontratseptsii. Gynecology*. 2014; 16 (1): 13–21. [in Russian]

Сведения об авторах

Пестрикова Татьяна Юрьевна – д-р мед. наук, проф., зав. каф. акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО ДВГМУ. E-mail: typ50@rambler.ru
Юрасова Елена Анатольевна – д-р мед. наук, проф. каф. акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО ДВГМУ. E-mail: urasova.ea@yandex.ru
Никоноркина Ирина Юрьевна – аспирант каф. акушерства и гинекологии ГБОУ ВПО ДВГМУ. E-mail: Rigaj90@mail.ru