

НАУКОВІ ОГЛЯДИ

DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2025-29(1)-25

УДК: 618.17-007.8:615.25

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ КОМБІНОВАНИХ ОРАЛЬНИХ КОНТРАЦЕПТИВІВ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМУ

Льовкіна О. Л., Тарасюк С. А., Мунтян О. А.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21000)

Відповідальний за листування:
e-mail: olenalovkina@gmail.com

Статтю отримано 06 січня 2025 р.; прийнято до друку 05 лютого 2025 р.

Анотація. Передменструальний синдром (ПМС) є сукупністю когнітивних, фізичних та афективних симптомів, що виникають у лютеїновій фазі менструального циклу та зникають на початку менструації. Відмічають його важчий варіант – передменструальний дисфоричний розлад (ПМДР). Мета роботи – дослідити дію комбінованих оральних контрацептивів та їхню ефективність і безпеку для корекції ПМС і ПМДР. Здійснено ретроспективний аналіз наукової літератури з використанням таких джерел: PubMed, ReseachGate, Science Direct, Web of Science, Cochrane. Для дослідження було відібрано публікації, опубліковані упродовж останніх п'яти років (2019-2024). Вважають, що під час обох синдромів прояви спричинені циклічними змінами у виробленні прогестерону. Комбіновані оральні контрацептиви (КОК) вважаються одним із варіантів лікування ПМС і ПМДР, оскільки препарати цієї групи містять синтетичний естрадіол і прогестин, які комплексно впливають на гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникову систему.

Ключові слова: КОК, ПМС, ПМДР, менструації, прогестерон, естрадіол, менструальний цикл, лютеїнова фаза.

Вступ

Одним із запропонованих пояснень передменструальних фізичних та емоційних симптомів є те, що вони є відповіддю на коливання гормонів статевих залоз у період менструального циклу в чутливих жінок [9]. Виявлено, що поширеність ПМДР серед жінок у США становить 1,8-5,8% [8]. У всьому світі цей розлад має деякі відмінності залежно від території, зокрема в Європі відмічають такий показник: 1,1% – серед жіночого населення Іспанії, 2,1% – серед польських жінок, 3,1% – серед жительок Швейцарії [12]. В Індії поширеність ПМДР становить 8% і ПМС – 43%. У Східній Азії (Японія, Корея, Китай, Тайвань, Гонконг і Макао) становить від 1,3% до 2,8%. Серед бразильських жінок поширеність ПМДР – 17,6% [5]. Оральні контрацептиви включають в себе естроген та прогестерон для придушення овуляції. Частіше використовуються в синтетичній формі [3]. Хоча оцінка індивідуальних ризиків і переваг важлива, комбіновані оральні контрацептиви є ефективним методом контролю фертильності навіть у жінок із хронічними захворюваннями. Окрім контрацепції, терапевтичне застосування КОК включає акне, ановуляторну маткову кровотечу, дисменорею, ендометріоз, гірсутизм, синдром полікістоza яєчників і звичайно ПМС та ПМДР [22, 30]. КОК, що містять у своєму складі прогестин та дроспіренон мають більші переваги, ніж інші подібні таблетки. Таблетки дроспіренону з низьким вмістом естрогену були схвалені для лікування ПМДР [6]. Королівський коледж акушерів і гінекологів (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists – RCOG) у своїй Настанові з лікування ПМС рекомендує розглядати КОК як фармацевтичне втручання першої лінії допомоги під час лікування ПМС. Безперервна терапія (364-денний розширений режим дроспіренону

3 мг та етинілестрадіолу 30 мкг) показала зменшення симптомів ПМС. Результати демонстрували, що настрої досліджуваних покращився, а головний і тазовий біль зменшилися [7, 16].

Мета роботи – дослідити дію комбінованих оральних контрацептивів та їхню ефективність і безпеку для корекції ПМС і ПМДР.

Матеріали та методи

Здійснено ретроспективний аналіз наукової літератури з використанням таких джерел: PubMed, ReseachGate, Science Direct, Web of Science, Cochrane. Під час пошуку інформації з вивчення впливу КОК на репродуктивну систему жінки було застосовано різноманітні комбінації таких ключових слів: «reproductive health», «menstrual cycle», «premenstrual syndrome». Для дослідження відібрано публікації, опубліковані упродовж останніх п'яти років (2019-2024). Провівши огляд анотацій та ознайомившись із повним текстом статей, було відібрано 30 джерел, які відповідають умовам запиту. Нижче наведено огляд і детальний аналіз оригінальних статей із досліджуваної проблеми. Робота виконана як ініціативна.

Результати. Обговорення

Менструальний цикл являє собою ряд біологічно повторюваних дій, які створюють середовище матки, необхідне для здорового запліднення. У середньому цикл становить 28 днів і починається з менструації або відшарування слизової оболонки ендометрію за відсутності запліднення [8, 28]. У фолікулярній фазі, що зазвичай триває 14 днів, переважає підвищення 17-β-естрадіолу, естрогену та стероїдного гормону яєчників, які виробляються під дією фолікулостимулювальних (ФСГ)

і лютеїнізувальних гормонів (ЛГ). У відповідь на імпульси гонадотропін-рилізінг-гормону з гіпоталамусу вивільняються ФСГ і ЛГ передньою часткою гіпофіза [17]. 17- β -естрадіол викликає зміни в ендометрії та середовищі шийки матки під час підготовки до потенційного запліднення, також діє на передню частку гіпофіза, що призводить до зменшення секреції ФСГ [3]. Зниження рівня ФСГ припиняє розвиток фолікулів яєчника, крім домінантного фолікула, багатого на рецептори ФСГ, який продовжує виробляти 17- β -естрадіол [15]. Його вироблення з уже зрілого фолікула яєчника призводить до зворотного зв'язку з передньою долею гіпофіза, що підвищує ФСГ і ЛГ, які відповідають за вивільнення овоциту зі зрілого фолікула [17].

У лютеїнову фазу, яка настає після овуляції, фолікул яєчника, що залишився, стає жовтим і продовжує виділяти знижений рівень 17- β -естрадіолу, водночас спричиняє вироблення прогестерону [15, 19]. Цей стероїдний гормон, який домінує в цій фазі, полегшує імплантацію заплідненої яйцеклітини. Якщо імплантації не відбулося, жовте тіло перетворюється на біле, що нездатне до подальшого вироблення гормонів яєчників, унаслідок чого відбувається падіння рівня прогестерону та естрогену [30]. Середовище матки без гормональної підтримки дегенерує та десквамує під час менструального циклу, розпочинаючи цикл заново.

Нейроактивні метаболіти прогестерону, зокрема алопрегнанолон, який різко зростає у пізній лютеїновій фазі, пов'язують із симптомами ПМС та ПМДР через його взаємодію з рецепторами ГАМК-А в мозку. Жінки з ПМС відчують спектр циклічних та рецидивних емоційних, поведінкових, фізичних і когнітивних симптомів, які починаються в лютеїнову фазу і зникають після початку менструального періоду (фолікулярної фази) [26]. Симптоми зазвичай спостерігаються в жінок 25-35 років, хоча можуть проявлятися у будь-якому віці: від підліткового до менопаузи [12]. ПМДР є важчим проявом ПМС, який характеризується циклічним повторенням психологічних проявів, включаючи дратівливість, нервозність, збудження, гнів, безсоння, труднощі з концентрацією, сильну втому, депресію, тривогу та сплутаність свідомості. Виділяють також неврологічні та судинні захворювання, які супроводжуються головним болем, запамороченням, онімінням, підвищеною чутливістю кінцівок, підвищеним серцебиттям, шлунково-кишковими та очними симптоми, які заважають нормальному повсякденному життю жінки [14, 23].

Оскільки етіологічне лікування ПМС неможливе, сучасні клінічні настанови рекомендують симптоматичну терапію [5]. Зменшене добове споживання кофеїну, алкоголю, уникання стресу, а також підвищене фізичне навантаження можуть зменшити симптоми. Деякі плацебо-контрольовані дослідження продемонстрували позитивну кореляцію між застосуванням добавок кальцію, вітаміну D, магнію та вітаміну B6 і впливом на патогенетичні механізми ПМС. Селективні інгібітори зворотного

захоплення серотоніну показали ефективні результати у разі їхнього тривалого або циклічного вживання, починаючи з середини циклу до початку менструацій [10, 29]. Доза використання менша, ніж для коригування великого депресивного розладу (флуоксетин 20 мг на день або циталопрам 10-30 мг на день) [9]. Мала доза діуретиків упродовж декількох днів може призначатись у разі виникнення набряків (спіронолактон 25-50 мг на добу). Іноді можуть використовуватись агоністи гонадотропін-рилізінг гормону, що пригнічують функціонування яєчників і призводить до постменопаузального гормонального стану, водночас зменшуючи симптоми ПМС. Симптоми менопаузи та ризик остеопорозу можуть бути зменшені за допомогою додавання естрогенів або прогестинів до схеми лікування.

Комбіновані оральні контрацептиви (КОК) є одними з ефективних засобів лікування соматичних симптомів менструального циклу завдяки впливу на гіпофізарну вісь яєчників. Прогестин та естроген, що входять до складу КОК, пригнічують сплеск ЛГ і ФСГ в середині циклу та запобігають овуляції. Вони можуть бути монофазними, що включає одну дозу естрогену та прогестину щодня і багатофазними – різні дози гормонів протягом 21- або 28-денного циклу [27]. Основний ефект препаратів полягає в збільшенні кількості цервікального слизу, що призводить до поганого проникнення сперми. Одним зі схвалених Управлінням із контролю за продуктами та ліками США (FDA) КОК для лікування ПМДР є 24-денна активна таблетка та 4-денна інертна таблетка, до складу якої входить 20 мкг етинілестрадіолу і 3 мг дроспіренону. Вважають, що цей препарат найбільш ефективний для жінок з ПМДР з трьох причин: менша доза етинілестрадіолу, коротший інтервал без гормонів і спіронолактоноподібна активність дроспіренону з антимінералокортикоїдними та антиандрогенними властивостями [25]. Вважається, що 20 мкг етинілестрадіолу на відміну від 30-35мкг є менш стимулювальним агентом для ренін-ангіотензинової системи. Чотириденний, а не семиденний інтервал без прийому таблеток краще пригнітив розвиток фолікулів і стабілізував рівні гормонів, а також зменшив тривалість інтервалу без гормонів, коли жінки повідомляють про покращення симптомів настрою [24]. Дроспіренон є унікальним прогестином, який, на відміну від інших КОК, не є похідним 19-нортестостерону [6, 22].

Згідно з кохранівським дослідженням 2012 року симптоми зменшились у 48% жінок, які використовували КОК порівняно з 36% жінок, які приймали плацебо. Клінічно різниця може бути не значущою [1].

Jirath Wichianpitaya і Surasak Taneerapichskul під час своїх досліджень виявили, що КОК є ефективним засобом контрацепції, який добре переноситься та не спричиняє негативних наслідків, наприклад, аномальних маткових кровотеч. У їхньому дослідженні спостерігалось на 50% зменшення симптомів у 48% жінок, які приймали цей препарат; статистично значуща різниця порівняно

з плацебо з'явилася після 3 менструальних циклів учасниць експериментів [4].

Дроспіренон чинить схожий із прогестероном ефект. Відомо, що прогестерон має седативний ефект на центральну нервову систему, що яскраво показано на електроенцефалограмі в людей і зміні порогових стимулів збудження в гіпоталамусі у тварин [18, 21]. Дефіцит прогестерону призводить до підвищення дратівливості, напруги, тривоги та агресії. Отже, існує клінічно важлива перевага у використанні дроспіренону в його схожій хімічній структурі з прогестероном. Прийом препаратів, які містять лише прогестерон, не рекомендований під час терапії ПМС і ПМДР. Ці препарати можуть підсилювати коливання настрою та інших симптомів, пов'язаних з ПМС. Рівень розвитку розладів, спричинених прогестероном, суттєво залежить від індивідуальної чутливості до гормону, його концентрації в крові та часу впливу. Отже, покращення самопочуття в жінок із ПМС, які використовували дроспіренон, пов'язане з антиадрогенними властивостями препарату [13]. Дроспіренон не зв'язується з глобуліном, який пов'язує статеві гормони, він не збільшує рівні тестостерону в сироватці крові, які призводять до загострення передменструальних симптомів та агресії. Низькодозові КОК, які містять дроспіренон, продемонстрували більшу ефективність і більш раннє зменшення передменструальних симптомів, ніж низькодозовані КОК, які містили дезогестрел [19].

Під час передозування КОК про серйозні побічні реакції не повідомляється. У цьому випадку можуть виникнути нудота, блювання, незначна вагінальна кровотеча. Передозування препаратами не вимагає лікування, може бути проведене промивання шлунку під час виявлення передозування протягом 2-3 годин. Специфічного антидоту не існує, слід проводити симптоматичну терапію.

Під час застосування будь-яких КОК можна спостерігати зміни характеру менструальних кровотеч,

особливо в перший місяць застосування. Це пов'язано зі змінами частоти кровотеч (аменорея, збільшення або зниження частоти), інтенсивності або тривалості [2, 11]. Збільшується ризик артеріальних і венозних тромботичних і тромбоемболічних ускладнень, зокрема інфаркту міокарда, інсульту, транзиторних ішемічних атак, венозного тромбозу й тромбоемболії легеневої артерії. Крім того, спостерігались небажані явища, зокрема артеріальна гіпертензія, гормонозалежні пухлини, хлоазма [20].

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Отже, результати мета-аналізу показали, що комбіновані оральні контрацептиви можуть покращувати передменструальну симптоматику в жінок з ПМС та ПМДР, але наразі немає достовірних доказів переваги одного конкретного препарату над іншим. КОК, що містять дроспіренон та етинілестрадіол, полегшували передменструальні симптоми.

2. Через три місяці жінки, які приймали дроспіренон із низькою дозою естрогену, мали менш виражені передменструальні симптоми, ніж група, яка приймала плацебо. Серед побічних ефектів відмічали нудоту, блювання, кровотечі між менструаціями, біль у грудях, що характерно для більшості протизаплідних таблеток.

3. Крім того, не було жодних доказів, що комбіновані оральні контрацептиви допомагають жінкам у боротьбі з депресією, яка є головною скаргою пацієнток із ПМДР. Після аналізу кількох досліджень кожної форми комбінованих оральних контрацептивів і достовірності доказів для кожного порівняння можна сказати, що оцінка була дуже низькою.

Отже, необхідні додаткові клінічні дослідження з прямим порівнянням КОК для визначення найбільш ефективного препарату для зменшення передменструальних скарг у жінок з ПМС і ПМДР.

Список посилань – References

- [1] Carlini, S. V., Lanza di Scalea, T., McNally, S. T., Lester, J., & Deligiannidis, K. M. (2022). Management of Premenstrual Dysphoric Disorder: A Scoping Review. *International journal of women's health*, (14), 1783-1801. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S297062>
- [2] Cooper, D. B., & Patel, P. (2024). *Oral Contraceptive Pills*. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. PMID: 28613632
- [3] de Wit, A. E., de Vries, Y. A., de Boer, M. K., Scheper, C., Fokkema, A., Janssen, C. A. H., ... & Schoevers, R. A. (2021). Efficacy of combined oral contraceptives for depressive symptoms and overall symptomatology in premenstrual syndrome: pairwise and network meta-analysis of randomized trials. *American journal of obstetrics and gynecology*, 225(6), 624-633. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.06.090>
- [4] Dilbaz, B., & Aksan, A. (2021). Premenstrual syndrome, a common but underrated entity: review of the clinical literature. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*, 22(2), 139-148. <https://doi.org/10.4274/jtgga.galenos.2021.2020.0133>
- [5] Edelman, A., Micks, E., Gallo, M. F., Jensen, J. T., & Grimes, D. A. (2014). Continuous or extended cycle vs. cyclic use of combined hormonal contraceptives for contraception. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2014(7), CD004695. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004695.pub3>
- [6] Edelman, A., Micks, E., Gallo, M. F., Jensen, J. T., & Grimes, D. A. (2014). Continuous or extended cycle vs. cyclic use of combined hormonal contraceptives for contraception. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2014(7), CD004695. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004695.pub3>
- [7] Eisenlohr-Moul, T. A., Girdler, S. S., Johnson, J. L., Schmidt, P. J., & Rubinow, D. R. (2017). Treatment of premenstrual dysphoria with continuous versus intermittent dosing of oral contraceptives: Results of a three-arm randomized controlled trial. *Depress Anxiety*, 34(10), 908-917. doi: 10.1002/da.22673
- [8] Ekenros, L., Backstrom, T., Hirschberg, A. L., & Friden, C. (2019). Changes in premenstrual symptoms in women starting or discontinuing use of oral contraceptives. *Gynecological endocrinology: the official journal of the International Society*

- of *Gynecological Endocrinology*, 35(5), 422-426. <https://doi.org/10.1080/09513590.2018.1534097>
- [9] Haubmann, J., Goeckenjan, M., Haußmann, R., & Wimberger, P. (2024). Premenstruelles Syndrom und premenstruelle dysphorische Störung – Übersicht zu Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie [Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder-Overview on pathophysiology, diagnostics and treatment]. *Der Nervenarzt*, 95(3), 268-274. <https://doi.org/10.1007/s00115-024-01625-5>
- [10] Hofmeister, S., & Bodden, S. (2016). Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. *American family physician*, 94(3), 236-240. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5629109/>
- [11] Jarvis, C. I., Lynch, A. M., & Morin, A. K. (2008). Management strategies for premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder. *The Annals of pharmacotherapy*, 42(7), 967-978. <https://doi.org/10.1345/aph.1K673>
- [12] Kwan, I., & Onwude, J. L. (2015). Premenstrual syndrome. *BMJ clinical evidence*, (2015), 0806. PMID: 26303988
- [13] Lavan, A. H., & Gallagher, P. (2016). Predicting risk of adverse drug reactions in older adults. *Therapeutic advances in drug safety*, 7(1), 11-22. <https://doi.org/10.1177/2042098615615472>
- [14] Lete, I., de la Viuda, E., Perez-Campos, E., Martínez, M. A., Sanchez-de la Rosa, R., Novalbos, J., & Sanchez-Borrego, R. (2016). Effect on quality of life of switching to combined oral contraception based on natural estrogen: an observational, multicentre, prospective phase IV study (ZOCAL Study). *The European journal of contraception & reproductive health care: the official journal of the European Society of Contraception*, 21(4), 276-284. <https://doi.org/10.3109/13625187.2016.1174206>
- [15] Lopez, L. M., Kaptein, A. A., & Helmerhorst, F. M. (2012). Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome. *The Cochrane database of systematic reviews*, (2), CD006586. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006586.pub4>
- [16] Ma, S., & Song, S. J. (2023). Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6(6), CD006586. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006586.pub5>
- [17] Masoumi, S. Z., Ataollahi, M., & Oshvandi, K. (2016). Effect of Combined Use of Calcium and Vitamin B6 on Premenstrual Syndrome Symptoms: a Randomized Clinical Trial. *Journal of caring sciences*, 5(1), 67-73. <https://doi.org/10.15171/jcs.2016.007>
- [18] Masoumi, S. Z., Ataollahi, M., & Oshvandi, K. (2016). Effect of Combined Use of Calcium and Vitamin B6 on Premenstrual Syndrome Symptoms: a Randomized Clinical Trial. *Journal of caring sciences*, 5(1), 67-73. <https://doi.org/10.15171/jcs.2016.007>
- [19] Modzelewski, S., Oracz, A., Zukow, X., Ilendo, K., Sledzikowka, Z., & Waszkiewicz, N. (2024). Premenstrual syndrome: new insights into etiology and review of treatment methods. *Frontiers in psychiatry*, (15), 1363875. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1363875>
- [20] Nevatte, T., O'Brien, P. M., Backstrom, T., Brown, C., Dennerstein, L., Endicott, J., ... & Sundstrom-Poromaa, I. (2013). ISPMDD consensus on the management of premenstrual disorders. *Archives of women's mental health*, 16(4), 279-291. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0346-y>
- [21] Rapkin, A. J., Korotkaya, Y., & Taylor, K. C. (2019). Contraception counseling for women with premenstrual dysphoric disorder (PMDD): current perspectives. *Open access journal of contraception*, (10), 27-39. <https://doi.org/10.2147/OAJC.S183193>
- [22] Richards, J. R., & Le, J. K. (2024). *Cocaine Toxicity*. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. PMID: 28613695
- [23] Roomruangwong, C., Carvalho, A. F., Comhaire, F., & Maes, M. (2019). Lowered Plasma Steady-State Levels of Progesterone Combined With Declining Progesterone Levels During the Luteal Phase Predict Peri-Menstrual Syndrome and Its Major Subdomains. *Frontiers in psychology*, (10), 2446. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02446>
- [24] Rowan, J. P., Simon, J. A., Speroff, L., & Ellman, H. (2006). Effects of low-dose norethindrone acetate plus ethinyl estradiol (0.5 mg/2.5 microg) in women with postmenopausal symptoms: updated analysis of three randomized, controlled trials. *Clinical therapeutics*, 28(6), 921-932. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2006.06.013>
- [25] Sammon, C. J., Nazareth, I., & Petersen, I. (2016). Recording and treatment of premenstrual syndrome in UK general practice: a retrospective cohort study. *BMJ open*, 6(3), e010244. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010244>
- [26] Shobeiri, F., Araste, F. E., Ebrahimi, R., Jenabi, E., & Nazari, M. (2017). Effect of calcium on premenstrual syndrome: A double-blind randomized clinical trial. *Obstetrics & gynecology science*, 60(1), 100-105. <https://doi.org/10.5468/ogs.2017.60.1.100>
- [27] Shobeiri, F., Araste, F. E., Ebrahimi, R., Jenabi, E., & Nazari, M. (2017). Effect of calcium on premenstrual syndrome: A double-blind randomized clinical trial. *Obstetrics & gynecology science*, 60(1), 100-105. <https://doi.org/10.5468/ogs.2017.60.1.100>
- [28] Standeven, L. R., McEvoy, K. O., & Osborne, L. M. (2020). Progesterone, reproduction, and psychiatric illness. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, (69), 108-126. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.06.001>
- [29] Stefaniak, M., Dmoch-Gajzlerska, E., Jankowska, K., Rogowski, A., Kajdy, A., & Maksym, R. B. (2023). Progesterone and Its Metabolites Play a Beneficial Role in Affect Regulation in the Female Brain. *Pharmaceuticals (Basel, Switzerland)*, 16(4), 520. <https://doi.org/10.3390/ph16040520>
- [30] Thiagarajan, D. K., Basit, H., & Jeanmonod, R. (2024). *Physiology, Menstrual Cycle*. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. PMID: 29763196
- [31] Wichianpitaya, J., & Taneepanichskul, S. (2013). A comparative efficacy of low-dose combined oral contraceptives containing desogestrel and drospirenone in premenstrual symptoms. *Obstet Gynecol Int.*, (2013), 487143. doi: 10.1155/2013/487143

FEATURES OF THE USE OF COMBINED ORAL CONTRACEPTIVES FOR THE CORRECTION OF PREMENSTRUAL SYNDROME

Lovkina O. L., Tarasiuk S. A., Muntyan O. A.

Annotation. Premenstrual syndrome (PMS) is a set of cognitive, physical, and affective symptoms that occur during the luteal phase of the menstrual cycle and disappear at the beginning of menstruation. Its more severe variant is premenstrual dysphoric disorder (PMDD). The aim of the work is to investigate the effects of combined oral contraceptives and their effectiveness and safety for the correction of PMS and PMDD. A retrospective analysis of the scientific literature was carried out using the following sources: PubMed, ResearchGate, Science Direct, Web of Science, Cochrane. The majority of publications published in the last five years (2019-2024) were selected for the study. Both syndromes are believed to be caused by cyclical changes in progesterone production. Combined oral contraceptives (COCs) are considered one of the treatment options for PMS and PMDD, as the drugs of this group contain synthetic estradiol and progestin, which have a complex effect on the hypothalamic-pituitary-ovarian system.

Keywords: COC, PMS, PMDD, menstruation, progesterone, estradiol, menstrual cycle, luteal phase.