

Досвід використання комплексу рослинного походження Валесан у лікуванні первинної альгодисменореї у дівчат-підлітків

А.В. Старовер¹, Д.Г. Коньков¹, О.В. Булавенко¹, Б.О. Маркевич¹, Я.В. Полторац²

¹Національний медичний університет імені М.І. Пирогова, м. Вінниця

²Вінницький обласний наркологічний диспансер «Соціотерапія»

Мета дослідження: оцінювання клінічної ефективності комплексу рослинного походження Валесан у лікуванні первинної альгодисменореї у дівчат-підлітків.

Матеріали та методи. У дослідженні брали участь 58 дівчат-підлітків з первинною альгодисменореєю (30 пацієнток основної та 28 пацієнток групи порівняння). Дівчата-підлітки основної групи крім стандартизованого лікування первинної альгодисменореї отримували також комплекс рослинного походження Валесан. Для оцінювання ефективності лікування проведено аналіз скарг, комплексне фізикальне, гінекологічне дослідження, УЗД органів малого таза, оцінювання рівня тривожності та депресії за госпітальною шкалою HADS у динаміці, інсомнії за шкалою Я.І. Левіна (1995) у динаміці, спостереження протягом 3 міс лікування поспіль, аналіз переносимості препарату.

Результати. Власний досвід застосування Валесану у комплексному лікуванні первинної альгодисменореї у дівчат-підлітків засвідчив, що додавання препарату до комплексу терапії позитивно впливає на психоемоційний стан пацієнток, покращує сон, знижує рівень тривожності та покращує настрій, полегшує перебіг захворювання. Застосування Валесану продемонструвало добру переносимість та абсолютну безпеку при його призначенні.

Заключення. Позитивний вплив комплексу рослинного походження Валесан на психоемоційний стан у терапії первинної альгодисменореї у дівчат пубертатного віку, добра переносимість, відсутність побічних дій та висока клінічна ефективність дозволяють рекомендувати його застосування у системі охорони здоров'я у комплексі лікування даної патології.

Ключові слова: первинна альгодисменорея, дівчата пубертатного віку, психоемоційний стан, тривожність, інсомнія, Валесан.

В умовах складної ситуації із загальним станом здоров'я населення в Україні, коли смертність перевищує народжуваність, за неухильного зростання частоти вагітностей та гінекологічних захворювань у підлітків на тлі значного погіршення їхнього соматичного здоров'я збереження репродуктивного потенціалу як основної складової репродуктивного здоров'я країни є одним з пріоритетних напрямків розвитку цивілізованого суспільства й основних стратегій ВООЗ. Це зумовлює велику увагу до охорони здоров'я дівчат-підлітків як майбутніх жінок, забезпечення оптимальних умов їхнього розвитку, раннього виявлення акушерсько-гінекологічної патології [2, 7].

У ювенільній гінекології серед захворювань, що супроводжуються больовим синдромом, основне місце посідає первинна альгодисменорея (ПАД) [5]. У структурі загальної захворюваності ПАД виявляють у 12–35% дівчаток та дівчат-підлітків у віці 13–18 років [3]. Етіологія ПАД до кінця не з'ясована. У підлітковому віці разом з інтенсивністю больових відчуттів саме психоемоційні та нейровегетативні порушення, які супроводжують ПАД, значною мірою впливають

на якість життя підлітків. Більше того, незрозумілим залишається механізм формування важкого перебігу альгодисменореї у деяких пацієнтів, яким, у свою чергу, потрібні інші підходи в терапії та профілактиці захворювання [10].

Останнім часом у світовій літературі особливе значення відводиться створенню новітніх концепцій з лікування альгодисменореї у дівчат пубертатного віку, у яких більше уваги приділяють нефармакологічним та фізіотерапевтичним методам. На сьогодні у тактиці лікування значну роль відіграють зменшення фармакологічного навантаження у пубертатному віці та пошук нових безпечних стратегій превенції та профілактики ПАД у дівчат-підлітків [1, 9].

Відомі наступні способи профілактичного лікування ПАД: використання інгібіторів синтезу простагландинів – нестероїдних протизапальних препаратів, синтетичних гормонів (гестагени, комбіновані оральні контрацептиви), седативних засобів (від рослинних препаратів до транквілізаторів), рефлексотерапія, гомеопатичні препарати. Тим не менш, до сьогодні питання оптимальних методів ранньої діагностики та ефективної профілактики ПАД у дівчат-підлітків залишаються предметом дискусії [1, 10]. На нашу думку, найбільш перспективним для профілактичної терапії ПАД є комплекс рослинного походження Валесан. Одна капсула Валесану містить 150 мг сухого екстракту кореня валеріани (*Valeriana officinalis radix*) та 100 мг L-5-гідрокситриптофану.

Функціональні властивості препарату зумовлені двома основними природними компонентами, які посилюють заспокійливу дію один одного, – екстрактом кореня валеріани та амінокислотою – L-5-гідрокситриптофаном, отриманою з насіння грифонії.

Заспокійливу дію екстракту кореня валеріани добре вивчено, а його застосування офіційно дозволено у більшості країн, і особливо воно поширене у країнах Єврозоюзу. Біологічна дія екстракту кореня валеріани зумовлена всім спектром активних сполук у його складі і не може бути відтворена окремими компонентами. Біологічно активні речовини екстракту кореня валеріани мають заспокійливі та спазмолітичні властивості, а також сприяють нормалізації серцевого ритму, розширенню коронарних судин, регулюють секрецію та відтік жовчі. Заспокійливу дію екстракту кореня валеріани посилює L-5-гідрокситриптофан, з якого в організмі безпосередньо утворюється серотонін – один з головних нейромедiatorів ЦНС. На відміну від синтетичних засобів, які уповільнюють розпад серотоніну мозку, L-5-гідрокситриптофан прискорює утворення серотоніну природним шляхом, що усуває відчуття тривожності і нав'язливості стани, зменшує збудливість, нормалізує сон [8].

Валесан сприяє нормалізації функціонального стану ЦНС і поліпшенню процесу засипання природним шляхом у разі емоційного перевантаження, наявності стресових і тривожних станів, сезонних емоційних розладів, безсоння, нервового збудження [8]. У переліку показань до призначення

препарату Валесан відсутня ПАД у дівчат-підлітків, саме тому **мета даного проспективного дослідження:** оцінювання клінічної ефективності комплексу рослинного походження Валесан у лікуванні ПАД у дівчат пубертатного віку.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідженні брали участь 30 дівчат-підлітків з ПАД, яким до стандартизованого лікування додавали препарат Валесан (основна група). У групу порівняння увійшли 28 дівчат-підлітків, які отримували лише стандартизоване симптоматичне лікування ПАД. Усі дівчата під час лікування перебували під наглядом на клінічній базі кафедри акушерства і гінекології № 1 ВНМУ імені М.І. Пирогова та у жіночій консультатції Вінницького міського пологового будинку № 1.

Діагноз ПАД установлений на підставі скарг на біль у животі та попереку напередодні та під час менструації, відсутності структурних змін з боку статевих органів, погіршення самопочуття, психоемоційного стану та сну напередодні та під час менструації.

Під час обстеження проводили аналіз скарг на момент госпіталізації, а також у динаміці лікування (протягом наступних 3 міс спостереження), збір анамнезу, загальне та гінекологічне дослідження, УЗД органів малого таза для виключення органічної патології, оцінювання психоемоційного стану проводили за госпітальною шкалою тривожності та депресії (HADS), інсомнії – за шкалою Я.І. Левіна. Оцінювання психоемоційного стану та сну проводили до, через 3 та 6 днів терапії.

Госпітальна шкала HADS включала дві частини: перша – тривожність, друга – депресія. Шкала складається з 14 тверджень, на які необхідно дати відповідь, вибравши їх з 4 варіантів, кожен з яких оцінюється кількістю балів від 0 до 3. Для інтерпретації необхідно провести сумачію балів по кожній частині окремо. При цьому сума 0–7 балів відповідає нормі (відсутність достовірно виражених симптомів тривожності та депресії), 8–10 балів – субклінічно виражені тривожність/депресія, 11 та більше балів – клінічно виражені тривожність та депресія [6, 11, 12].

Оцінювання якості сну та наявності інсомнії проводили за шкалою Я.І. Левіна (1995). Дівчатам пропонували оцінити час засинання, тривалість сну, кількість нічних пробуджень, якість сну, кількість сновидінь та якість ранкового пробудження. Показники оцінювали кількістю балів від 1 до 5, потім бали сумували. Максимальна оцінка становила 30 балів, оцінка 22 бала та вище відповідає нормі, 19–21 бал – граничний результат, показник менше 19 балів свідчить про наявність інсомнії [4].

Комплекс лікування ПАД був стандартним для обох груп та включав призначення нестероїдних протизапальних засобів та спазмолітиків. Дівчата основної групи, крім того, отримували Валесан по 1 капсулі за 2–3 год та 1 капсулу за півгодини до сну за 3–5 днів до початку та протягом усього часу менструації. Лікарських засобів, спрямованих на покращання психоемоційного стану та сну, дівчата групи порівняння не отримували.

Критерії включення пацієнок у дослідження:

- дівчата-підлітки з діагнозом ПАД та порушенням на тлі цього психоемоційним станом;
- відсутність клінічно вираженої депресії, яка вимагала б застосування антидепресантів;
- бажання та можливість пацієнок брати участь у дослідженні.

Основними критеріями порівняльного оцінювання клінічної ефективності терапії вважали: динаміку зникнення больового синдрому та симптомів порушення психоемоційного стану та сну через 3 та 6 днів лікування та протягом наступних трьох циклів терапії. Переносимість Валесану оцінювали на підставі виникнення побічних дій згідно зі скаргами пацієнок та суб'єктивного оцінювання дівчатами самопочуття при застосуванні препарату.

Дослідження відповідало принципам, викладеним у Гельсінській декларації (1989), Сеул (2008). Дівчата, які були задіяні у дослідженні, та їхні батьки давали письмову згоду на участь у дослідженні.

Статистичний аналіз був проведений з використанням програми Statistica 6.0. Відносний ризик (ВР), його стандартну похибку та 95% довірчий інтервал розраховували за нижче приведеними формулами:

$$BP = \frac{a/(a+b)}{c/(c+d)},$$

- де ВР – відносний ризик,
- a – кількість дівчат в основній клінічній групі із позитивним (поганим) результатом,
- b – кількість дівчат із негативним (добрим) результатом в основній клінічній групі,
- c – кількість дівчат із позитивним (поганим) результатом у групі порівняння,
- d – кількість дівчат із негативним (добрим) результатом у групі порівняння.

Стандартну похибку щодо ризику визначали як:

$$СП\{\ln(BP)\} = \sqrt{\frac{1}{a} + \frac{1}{c} - \frac{1}{a+b} - \frac{1}{c+d}},$$

- де СП – стандартна похибка,
- ВР – відносний ризик,
- a – кількість дівчат в основній клінічній групі із позитивним (поганим) результатом,
- b – кількість дівчат із негативним (добрим) результатом в основній клінічній групі,
- c – кількість дівчат із позитивним (поганим) результатом у групі порівняння,
- d – кількість дівчат із негативним (добрим) результатом у групі порівняння.

та 95% довірчий інтервал як:

$$95\% ДІ = \text{від exp}(\ln(BP) - 1,96 \times СП\{\ln(BP)\}) \text{ до exp}(\ln(BP) + 1,96 \times СП\{\ln(BP)\}),$$

- де ДІ – довірчий інтервал,
- ВР – відносний ризик,
- СП – стандартна похибка,
- a – кількість дівчат в основній клінічній групі із позитивним (поганим) результатом,
- b – кількість дівчат із негативним (добрим) результатом в основній клінічній групі,
- c – кількість дівчат із позитивним (поганим) результатом у групі порівняння,
- d – кількість дівчат із негативним (добрим) результатом у групі порівняння.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік дівчат, які брали участь у дослідженні, становив в основній групі 15,4±1,8 року, у групі порівняння – 15,2±1,7 року. Середній вік менархе у дівчат основної групи становив 13,4±1,6 року, у групі порівняння – 13,2±1,4 року. Усі дівчата основної групи та групи порівняння відзначали біль у животі та попереку напередодні та під час менструації, порушення загального самопочуття, зниження настрою, розлади сну, підвищену драгівливість, втому, порушення якості життя, збільшення кількості пропущених занять та погіршення успішності у навчальному закладі. Дівчата обох груп також зазначали, що відчувають тривожність та неспокій (іноді навіть страх) в очікуванні болю під час чергової мен-

Таблиця 1

Результати оцінювання тривожності дівчат з первинною альгодисменореєю за госпітальною шкалою HADS, n=58

| Сума балів | Основна група, n=30 | | | | | | Група порівняння, n=28 | | | | | |
|--------------|---------------------|------|--------------|------|------------|-----|------------------------|------|--------------|------|------------|------|
| | До лікування | | Через 3 доби | | Через 6 дб | | До лікування | | Через 3 доби | | Через 6 дб | |
| | Абс. число | % | Абс. число | % | Абс. число | % | Абс. число | % | Абс. число | % | Абс. число | % |
| 0-7 | 0 | 0 | 22 | 73,3 | 30 | 100 | 0 | 0 | 11 | 39,3 | 25 | 89,3 |
| 8-10 | 25 | 83,3 | 8 | 26,7 | 0 | 0 | 23 | 82,1 | 15 | 53,6 | 3 | 10,7 |
| 11 та більше | 5 | 16,7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 17,9 | 2 | 7,1 | 0 | 0 |

Таблиця 2

Результати оцінювання депресивного стану дівчат з первинною альгодисменореєю за госпітальною шкалою HADS, n=58

| Сума балів | Основна група, n=30 | | | | | | Група порівняння, n=28 | | | | | |
|------------|---------------------|------|--------------|------|------------|-----|------------------------|------|--------------|------|------------|------|
| | До лікування | | Через 3 доби | | Через 6 дб | | До лікування | | Через 3 доби | | Через 6 дб | |
| | Абс. число | % | Абс. число | % | Абс. число | % | Абс. число | % | Абс. число | % | Абс. число | % |
| 0-7 | 15 | 50,0 | 29 | 96,7 | 30 | 100 | 14 | 50,0 | 18 | 64,3 | 27 | 96,4 |
| 8-10 | 15 | 50,0 | 1 | 3,3 | 0 | 0 | 14 | 50,0 | 8 | 28,6 | 1 | 3,6 |

Таблиця 3

Оцінювання сну у дівчат-підлітків з первинною альгодисменореєю у динаміці лікування, n=58

| Сума балів | Основна група, n=30 | | | | | | Група порівняння, n=28 | | | | | |
|-------------------|---------------------|------|--------------|------|------------|-----|------------------------|------|--------------|------|------------|------|
| | До лікування | | Через 3 доби | | Через 6 дб | | До лікування | | Через 3 доби | | Через 6 дб | |
| | Абс. число | % | Абс. число | % | Абс. число | % | Абс. число | % | Абс. число | % | Абс. число | % |
| 18 балів та менше | 29 | 96,7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 26 | 92,9 | 15 | 53,6 | 5 | 17,9 |
| 19-21 | 1 | 3,3 | 8 | 26,7 | 0 | 0 | 2 | 7,1 | 11 | 39,3 | 13 | 46,4 |
| 22-30 | 0 | 0 | 22 | 73,3 | 30 | 100 | 0 | 0 | 2 | 7,1 | 10 | 35,7 |

струації, що погіршувало їхній стан навіть більше, ніж сам біль. Дані фізикального, гінекологічного та УЗД органів малого таза не виявили органічної патології у дівчат обох груп.

Результати оцінювання психоемоційного стану за госпітальною шкалою тривожності та депресії (HADS) до та протягом лікування представлені у табл. 1 та 2.

У результаті дослідження було виявлено, що до початку терапії у 5 (16,7%) дівчат основної групи та у 5 (17,9%) – групи порівняння зареєстровано суму балів 11 та вище, а у 25 (83,3%) дівчат основної та у 23 (82,1%) – групи порівняння субклінічно виражену тривожність (сума балів 8–10), тобто за рівнем даного показника до початку лікування групи були ідентичні.

Через 3 дні лікування оцінку рівня тривожності 11 балів та вище в основній групі не зафіксовано у жодної дівчини проти 2 (7,1%) – у групі порівняння; сума балів 8–10 визначена у 8 (26,7%) дівчат основної групи та у 15 (53,6%) – групи порівняння; суму балів 0–7 (відсутність тривожності) відзначено у 22 (73,3%) та в 11 (39,3%) дівчат відповідно (BP 0,44; ДІ 95%: 0,23–0,85; p=0,015). Через 6 дб лікування суми балів 11 та більше за госпітальною шкалою не визначено у жодної дівчини. Суми балів 8–10 не відзначено у жодної дівчини основної групи проти 3 (10,7%) – у групі порівняння. Відсутність тривожності (сума балів 0–7) відзначено у всіх 30 (100%) дівчат основної групи проти 25 (89,3%) – у групі порівняння.

Як видно з табл. 2, до лікування 15 (50,0%) дівчат основної та 14 (50,0%) дівчат групи порівняння набрали 8–10 балів за госпітальною шкалою HADS, 0–7 балів – 15 (50,0%) та 14 (50,0%) дівчат відповідно. Через три доби лікування 0–7 балів вже мали 29 (96,7%) дівчат основної та лише 18 (64,3%) дівчат групи порівняння (BP 0,09; ДІ 95%: 0,01–0,68; p=0,02), а 8–10 балів – 1 (3,3%) та 8 (28,6%) дівчат відповідно. Через 6 дб лікування ситуація виглядала таким чином: 0–7 балів відзначено у всіх 30 (100%) дівчат основної групи та у 27 (96,4%) – групи порівняння.

Отже, аналізуючи отримані дані, що представлені у табл. 1 та 2, приходимо до висновку, що покращання психоемоційного ста-

ну у дівчат основної групи на тлі вживання препарату Валесан відбувається швидше, і вже після 3-ї доби лікування переважна їхня більшість не мала ознак тривожності та депресії (BP 0,44; ДІ 95%: 0,23–0,85; p=0,015 та BP 0,09; ДІ 95%: 0,01–0,68; p=0,02 відповідно). На відміну від основної, у дівчат групи порівняння покращання психоемоційного стану у переважній більшості спостерігається на 7-у добу лікування (89,3% та 96,4%).

Результати бального оцінювання сну у динаміці лікування представлені у табл. 3.

При ПАД у пацієнток пубертатного віку нами були визначені різні ступені порушення сну: до лікування вони спостерігались у всіх дівчат основної групи та групи порівняння. Через 3 доби від початку лікування нормалізація сну відбулась у 22 (73,3%) дівчат основної групи та лише у 2 (7,1%) дівчат групи порівняння (BP 0,29; ДІ 95%: 0,16–0,52; p<0,0001). На 7-у добу лікування відсутність інсомнії відзначали у 30 (100%) дівчат основної групи проти 10 (35,7%) – групи порівняння. У групі порівняння частіше фіксували граничні порушення сну на 4-у та 8-у добу (39,4% та 46,4% відповідно). Отже, покращання процесу сну у дівчат пубертатного віку основної групи спостерігалось швидше та якісніше, ніж у дівчат-підлітків групи порівняння.

Оцінювання основних показників якості сну у дівчат основної групи у динаміці представлено у табл. 4.

Під час аналізу результатів дослідження вдалося з'ясувати, що всі характеристики сну у дівчат до лікування були порушені, що особливо стосувалося часу засинання, кількості нічних пробуджень та якості ранкового пробудження. Уже через три доби від початку терапії Валесаном нами було відзначено покращання, а на 7-у добу – повна нормалізація оцінюваних показників сну та ранкового пробудження.

Суб'єктивна оцінка вираженості больового синдрому у динаміці лікування протягом 3 міс поспіль представлена у табл. 5.

Аналіз отриманих результатів свідчив про те, що переважну більшість пацієнток пубертатного віку із ПАД (83,3% основної групи та 85,7% групи порівняння) до лікування

Таблиця 4

Результати оцінювання якості сну у дівчат-підлітків з первинною альгодисменореєю основної групи у динаміці лікування, n=30

| Показник, бали | До лікування | Через 3 доби лікування | Через 6 діб лікування |
|--|--------------|------------------------|-----------------------|
| Час засинання (миттєво – 5 балів, дуже довго – 1 бал) | 2,5±0,08 | 3,8±0,07 | 4,6±0,04 |
| Тривалість сну (дуже довга – 5 балів, дуже коротка – 1 бал) | 3,1±0,04 | 4,2±0,04 | 4,8±0,02 |
| Кількість нічних пробуджень (немає – 5 балів, дуже часто – 1 бал) | 1,6±0,03 | 3,0±0,08 | 4,1±0,07 |
| Якість сну (відмінно – 5 балів, дуже погано – 1 бал) | 2,2±0,06 | 3,8±0,09 | 4,4±0,05 |
| Кількість сновидінь (немає – 5 балів, тривожні – 1 бал) | 3,2±0,07 | 4,0±0,03 | 4,2±0,08 |
| Якість ранкового пробудження (відмінно – 5 балів, дуже погано – 1 бал) | 1,8±0,09 | 3,2±0,09 | 4,1±0,08 |

Таблиця 5

Оцінювання больового синдрому у дівчат-підлітків з первинною альгодисменореєю у динаміці лікування, n=58

| Показник болю | Основна група, n=30 | | | | | | Група порівняння, n=28 | | | | | |
|---------------|---------------------|------|-------------|------|-------------|------|------------------------|------|-------------|------|-------------|------|
| | До лікування | | Через 1 міс | | Через 3 міс | | До лікування | | Через 1 міс | | Через 3 міс | |
| | Абс. число | % | Абс. число | % | Абс. число | % | Абс. число | % | Абс. число | % | Абс. число | % |
| Виражений | 25 | 83,3 | 15 | 50 | 2 | 6,7 | 24 | 85,7 | 20 | 71,4 | 17 | 60,7 |
| Помірний | 5 | 17,8 | 10 | 33,3 | 5 | 16,7 | 4 | 14,3 | 5 | 17,9 | 5 | 17,6 |
| Слабкий | 0 | 0 | 5 | 17,8 | 16 | 53,3 | 0 | 0 | 3 | 10,7 | 5 | 17,6 |
| Відсутній | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 23,3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3,6 |

турбував виражений біль унизу живота та попереку напередодні та під час менструації. Через 1 міс лікування у дівчат основної групи виражений біль відзначали 15 (50%) проти 20 (71,4%) дівчат групи порівняння (ВР 0,70; ДІ 95%; 0,46–1,07; p=0,1), а через 3 міс – 2 (6,7%) та 17 (60,7%) дівчат (ВР 0,11; ДІ 95%; 0,03–0,43; p=0,002) відповідно.

Через 1 міс лікування 5 (17,8%) дівчат основної групи та лише 3 (10,7%) дівчини групи порівняння характеризували біль як слабкий, а через 3 міс таку оцінку болю дали 16 (53,3%) дівчат основної групи проти 5 (17,6%) групи порівняння (ВР 0,57; ДІ 95%; 0,37–0,86; p=0,008). Відсутність больового синдрому через 3 міс лікування відзначили 7 (23,3%) дівчат основної групи проти 1 (3,6%) – групи порівняння (ВР 0,79; ДІ 95%; 0,64–0,98; p=0,03). Вже через 3 міс лікування 23 (76,7%) дівчини основної групи припинили вживання симптоматичних знеболювальних засобів під час менструації, що змогли здійснити лише 6 (21,4%) дівчат групи порівняння.

Отже, аналіз больового синдрому у динаміці засвідчив, що у дівчат основної групи спостерігалось більш швидке та значне зменшення явищ альгодисменореї, яке пацієнтки пу-

бергатного віку пов'язували зі зниженням рівня тривожного очікування болю напередодні менструації, покращанням психоемоційного самопочуття, сну та достатнім відпочинком. Завдяки цьому дівчата основної групи також відзначали зменшення кількості пропущених занять та покращення успішності у навчальному закладі.

Протягом всього періоду спостереження побічні дії комплексу рослинного походження Валесан не були виявлені. Дівчата оцінювали переносимість препарату як добру та дуже добру.

ВИСНОВКИ

1. Призначення комплексу рослинного походження Валесан у терапії первинної альгодисменореї у дівчат-підлітків сприяє поліпшенню сну, зниженню рівня тривожності, поліпшенню психоемоційного стану пацієнток, що значно покращувало клінічну ефективність лікування патології.

2. Застосування Валесану продемонструвало добру переносимість та абсолютну безпеку, що проявлялося відсутністю побічних ефектів у пацієнток основної групи.

Опыт использования комплекса растительного происхождения Валесан в лечении первичной альгодисменореи у девушек-подростков А.В. Старовер, Д.Г. Коньков, О.В. Булаченко, Б.А. Маркевич, Я.В. Полторац

Цель исследования: оценка клинической эффективности комплекса растительного происхождения Валесан при лечении первичной альгодисменореи у девушек-подростков.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 58 девушек-подростков с первичной альгодисменореей (30 пациенток основной и 28 девушек группы сравнения). Девушки-подростки основной группы кроме стандартного лечения первичной альгодисменореи получали также комплекс растительного происхождения Валесан. Для оценки эффективности лечения проведены анализ жалоб, комплексное физикальное, гинекологическое исследование, УЗИ органов малого таза, оценка уровня тревожности и депрессии по госпитальной шкале HADS в динамике, инсом-

нии по шкале Я.И. Левина (1995) в динамике, наблюдение в течение 3 мес лечения подряд, анализ переносимости препарата.

Результаты. Собственный опыт применения Валесана в комплексном лечении первичной альгодисменореи у девушек-подростков показал, что добавление Валесана в комплекс терапии положительно влияет на психоэмоциональное состояние пациенток, улучшает сон, снижает уровень тревожности и улучшает настроение, облегчает течение заболевания. Применение Валесана продемонстрировало хорошую переносимость и абсолютную безопасность при его назначении.

Заключение. Положительное влияние комплекса растительного происхождения Валесан на психоэмоциональное состояние в терапии первичной альгодисменореи у девушек пубертатного возраста, хорошая переносимость, отсутствие побочных действий и высокая клиническая эффективность позволяют рекомендовать его применение в системе здравоохранения в комплексе лечения данной патологии.

Ключевые слова: первичная альгодисменорея, девушки пубертатного возраста, психоэмоциональное состояние, тревожность, инсомния, Валесан.

валесан

1 капсула містить: сухий екстракт кореня валеріани – 150мг
та сухий екстракт насіння грифонії – L-5-гідрокситриптофан – 100мг

Покращує сон природним шляхом



Сприяє нормалізації функціонального стану ЦНС при:

- Клімактеричних проявах
- В передменструальний період
- Стресі, нервових перевантаженнях

Інформація для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я.

Висновок державної санітарної епідеміологічної експертизи №05.03.02-06/13598 від 01.04.2015

Склад: 1 капсула містить основні речовини: сухий екстракт кореня валеріани (Valeriana officinalis radix) – 150 мг; сухий екстракт насіння грифонії (Griffonia simplicifolia) – L-5-гідрокситриптофан – 100 мг; допоміжні речовини: наповнювачі: лактози моногідрат, магнію стеарат; двоосні кремнію колоїди; оболонка капсули: желатин, барвники – титану двооксид, індигокармін. **Рекомендації щодо застосування:** в якості добавки дієтичної до раціону харчування, як додаткове джерело природних біологічно активних компонентів: ефірної олії кореня валеріани, яка містить монотерпени (складний ефір борніловоалеріанат), сесквітерпени (валеренова кислота, валереніл, валеранон) органічні кислоти (валеріанова та ізовалеріанова); амінокислоти L-5-гідрокситриптофану та інших сполук з метою нормалізації сну і функціонального стану центральної нервової системи при стресі, нервових розумових перевантаженнях, сезонних емоційних розладах у передменструальний період та при клімактеричних проявах. **Спосіб застосування та рекомендована добова доза:** вживати дорослим по 1 капсулі – 2 рази на добу, або по 2 капсули 1 раз на добу. При порушеннях сну вживати 1 капсулу за 30 хвилин до сну або 2 капсули протягом вечора: 1 капсулу за 2-3 години до сну і 1 капсулу за 30 хвилин до сну. Капсули слід приймати не розжовуючи, запиваючи достатньою кількістю рідини. Не слід запивати молоком або іншими напоями, що містять білок. Тривалість застосування визначає лікар індивідуально. Перед застосуванням рекомендована консультація лікаря. **Застереження щодо застосування:** при вживанні добавки дієтичної «ВАЛЕСАН» не перевищувати рекомендовану добову дозу. Слід уникати супутнього вживання алкоголю, утримуватись від керування автотранспортом та виконання роботи, що потребує підвищеної уваги. **Протипоказання:** підвищена чутливість до будь-якого з компонентів, вагітність та період лактації, печінкова та ниркова недостатність.

Умови зберігання: зберігати при температурі від 4 °С до 25 °С у сухому захищеному від світла і недоступному для дітей місці.

Виробник: ТОВ «ВАЛАРТІН ФАРМА», Україна, 08130, Київська область, Києво-Святошинський р-н, с. Чайки, вул. Грушевського, 60; тел./факс: (044) 454-72-92, e-mail: info@valartin.com.

Valartin
pharma

The experience of using dietary supplements Valesan in the treatment of primary algodysmenorrhea in adolescent girls
A.V. Starover, D.G. Konkov, O.V. Bulavenko, B.A. Markevych, Y.V. Poltorak

The objective: to assess the clinical efficacy of dietary supplements Valesan in the treatment of primary algodysmenorrhea in adolescent girls.
Materials and methods. The study involved 58 adolescent girls with primary algodysmenorrhea (30 patients in clinical group and 28 girls of the comparison group). Adolescent girls of the clinical group, in addition to the standard treatment of primary algodysmenorrhea, also received the dietary supplements Valesan. To assess the effectiveness of treatment, an analysis of complaints, a comprehensive physical, gynecological examination, pelvic ultrasound, an assessment of the rate of anxiety and depression with a hospital HADS scale in dynamics, an

insomnia assessment according to Levine Ya.I. (1995) in dynamics, observation during 3 months of treatment in a row, drug tolerance analysis.

Results. Valesan's own experience in the complex treatment of primary algodysmenorrhea in adolescent girls was showed that add of Valesan to the basic therapy positively affects the psycho-emotional state of patients, improves sleep, reduces anxiety and improves mood, facilitates the course of the disease. Admission Valesan was demonstrated good tolerability and absolute safety in appointment.

Conclusion. The positive influence of the dietary supplements Valesan on the psycho-emotional state in primary algodysmenorrhea therapy in girls of pubertal age, good tolerability, absence of side effects and high clinical efficacy do it possible to recommend its use in the health care system in the complex treatment of this pathology.

Key words: primary algodysmenorrhea, girls of pubertal age, psycho-emotional state, anxiety, insomnia, Valesan.

Сведения об авторах

Старовер Анжелика Викторовна – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Национального медицинского университета имени М.И. Пирогова, 21018, г. Винница, ул. Пирогова, 56; тел.: (0432) 57-03-60. *E-mail: starovier.lika@gmail.com*

Коньков Дмитрий Геннадиевич – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Национального медицинского университета имени М.И. Пирогова, 21018, г. Винница, ул. Пирогова, 56; тел.: (0432) 57-03-60. *E-mail: drdiokonkov@gmail.com*

Булавенко Ольга Васильевна – Кафедра акушерства и гинекологии № 2 Национального медицинского университета имени М.И. Пирогова, 21018, г. Винница, ул. Пирогова, 56; тел.: (0432) 57-03-60. *E-mail: remediwin@gmail.com*

Маркевич Богдана Александровна – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Национального медицинского университета имени М.И. Пирогова, 21018, г. Винница, ул. Пирогова, 56; тел.: (0432) 57-03-60. *E-mail: blomachuk@mail.ru*

Полторак Ярослав Валериевич – Винницкий областной наркологический диспансер «Социотерапия», 21000, г. Винница, ул. Пирогова, 109В; тел.: (0432) 57-03-60. *E-mail: starovier.lika@gmail.com*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Галачиева З.М. Клиническое изучение патогенеза и оптимизация фармакотерапии первичной дисменореи: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Владикавказ, 2007.
2. Дисменорея подростков: этиология, патогенез и коррекция дефицита магния / Веропотвелян П.Н. с соавт. // Жіночий лікар. – 2010. – № 5. – С. 28–31.
3. Ипполитова М.Ф. Медико-социальная характеристика девушек-подростков с первичной дисменореей и организация их комплексного лечения в амбулаторных условиях: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Санкт-Петербург, 2005.
4. Левин Я.И., Вейн А.М. Проблемы инсомнии в общемедицинской практике // Рос. мед. журн. – 1996. – № 3. – С. 16–19.
5. Расулова Л.А. Особенности репродуктивной системы при ювенильной дисменорее: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Душанбе, 2012.
6. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / Под ред. В.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой. – М., 2002. – С. 67–97.
7. Adolescent dysmenorrhea / Sultan C, Gaspari L, Paris F. // Endocr Dev. – 2012. – Vol. 22: 171–180.
8. <http://www.valartin.com/ua/cms/products/nevrologia/valesan.html>
9. Some physiotherapy treatments may relieve menstrual pain in women with primary dysmenorrhea: a systematic review / Kannan P, Claydon LS. // J Physiother. – 2014. – Vol. 60 (1):13–21.
10. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review / Iacovides S, Avidon I, Baker FC. // Hum Reprod Update. – 2015. – Vol. 21 (6): 762–778.
11. White D, Leach C, Sims R, Cottrell D: Validation of the HADS in adolescents. Brit J Psychiatr 1999, 175: 452–4.
12. Zigmond AS, Snaith RP: The Hospital Anxiety And Depression Scale. Acta Psychiatr Scand 1983, 67: 361–70.

Статья поступила в редакцию 21.11.17