

# Сучасний підхід до лікування жінок раннього репродуктивного віку з первинною дисменореєю<sup>P</sup>

В. О. Бенюк<sup>1</sup>, В. М. Гончаренко<sup>2</sup>, Т. В. Ковалюк<sup>1</sup>, Н. Г. Корнієць<sup>3</sup>, Т. В. Ільницька<sup>1</sup>,  
І. С. Тисовська<sup>1</sup>, В. Ф. Олешко<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ

<sup>2</sup>КЛ «Феофанія» ДУС, м. Київ

<sup>3</sup>ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рівне

Дисменорея є одним з найбільш поширених гінекологічних розладів, що значно погіршує якість життя жінок репродуктивного віку. Характерним проявом первинної дисменореї є болісні спазми внизу живота, які з'являються незадовго до або на початку менструації і супроводжують її перебіг за відсутності органічної патології органів малого таза. Серед жінок раннього репродуктивного віку поширеність дисменореї становить близько 65%, причому близько 20% зазначають початок її проявів з підліткового віку, що вкрай негативно впливає на якість життя.

**Мета дослідження:** визначення ефективності препаратів магнію у комплексному лікуванні пацієнток раннього репродуктивного віку з первинною дисменореєю.

**Матеріали та методи.** Обстежено 51 жінку віком 18–24 роки з клінічними проявами первинної дисменореї, яких на етапі призначення терапії розподілено на основну групу та групу порівняння.

Жінки основної групи отримували комбінований естроген-гестагенний препарат, що містить 20 мкг етинілестрадіолу та 3 мг дроспіренону, в циклічному режимі (24 + 4) в комбінації з препаратом, до складу якого входить хелатна форма морського магнію «Simag 55» 272 мг (очищений природний морський мінеральний екстракт магнію) з двома провідниками (вітамін В<sub>6</sub> – 2,7 мг та оротова кислота – 25 мг) для забезпечення найвищої біодоступності. Другий препарат призначали двічі на добу у формі пероральних капсул упродовж трьох місяців з перервою на 3 міс. протягом 1 року.

З метою оцінювання ефективності запропонованої терапії всі жінки заповнювали візуальну аналогову шкалу (ВАШ) та проходили тестування за шкалою «САН» у перший-другий день менструації у 1-й, 6-й та 12-й місяці від початку лікування.

**Результати.** Дослідження інтенсивності менструального болю за ВАШ через 12 міс. від початку лікування встановило вкрай слабку інтенсивність болю (0–1 бал) у більшості пацієнток основної групи – 16 (59,3%) (група порівняння – 8 (33,3%);  $p < 0,05$ ). У решти жінок основної групи – 11 (40,7%) та групи порівняння – 13 (54,2%) спостерігалася слабка інтенсивність менструального болю, кількість його випадків не мала достовірної відмінності ( $p > 0,05$ ).

Через 12 міс. від початку лікування на фоні достовірного зниження інтенсивності болю у жінок основної групи реєстрували середню кількість балів, що достовірно перевищувала середню кількість балів через 6 міс. від початку лікування та середню кількість балів у жінок групи порівняння, за блок «Самопочуття» (основна група через 12 міс. від початку лікування –  $6,1 \pm 0,3$  бала та через 6 міс. від початку лікування –  $5,3 \pm 0,3$  бала, група порівняння –  $5,2 \pm 0,2$  бала;  $p < 0,05$ ), блок «Активність» (основна група через 12 міс. від початку лікування –  $6,6 \pm 0,2$  бала та через 6 міс. від початку лікування –  $5,7 \pm 0,2$  бала, група порівняння –  $5,5 \pm 0,3$  бала;  $p < 0,05$ ). Це приводило до збільшення середньої кількості балів за блок «Настрій» (основна група через 12 міс. від початку лікування –  $7,1 \pm 0,2$  бала та через 6 міс. від початку лікування –  $6,3 \pm 0,3$  бала, група порівняння –  $6,5 \pm 0,2$  бала;  $p > 0,05$ ).

**Висновки.** За призначення препарату з хелатною формою морського магнію «Simag 55» у складі комбінованого лікування упродовж року пацієнток раннього репродуктивного віку з первинною дисменореєю встановлено достовірно більш швидке зниження інтенсивності менструального болю з сильного (6–8 бала за ВАШ) – 17 випадків (63,0%) та нестерпного (8–10 балів за ВАШ) – 10 (37,0%) до вкрай слабого (0–1 бал за ВАШ) – 16 (59,3%) та слабого (2–4 бали за ВАШ) – 11 (40,7%) на фоні достовірно кращих результатів згідно з опитувальником «САН» (блок «Самопочуття»: 1-й місяць від початку лікування –  $2,1 \pm 0,2$  бала, 12-й місяць від початку лікування –  $6,1 \pm 0,3$  бала; блок «Активність»: 1-й місяць від початку лікування –  $1,8 \pm 0,3$  бала, 12-й місяць від початку лікування –  $6,6 \pm 0,3$  бала; блок «Настрій»: 1-й місяць від початку лікування –  $2,0 \pm 0,2$  бала, 12-й місяць від початку лікування –  $7,1 \pm 0,2$  бала).

Спільне використання препарату, до складу якого входить магній «Simag 55» з комбінованими естроген-гестагенними препаратами, є ефективним у лікуванні первинної дисменореї у пацієнток раннього репродуктивного віку, які не мають репродуктивних планів.

**Ключові слова:** первинна дисменорея, комбіновані естроген-гестагенні препарати, візуальна аналогова шкала, самопочуття, активність, настрої, магній «Simag 55», лікування.

## Modern approach to the treatment of early reproductive age women with primary dysmenorrhea

V. O. Beniuk, V. M. Goncharenko, T. V. Kovaliuk, N. G. Korniets, T. V. Ilnytska, I. S. Tysovska, V. F. Oleshko

Dysmenorrhea is one of the most common gynecological disorders, which significantly worsens the quality of life of women of reproductive age. A characteristic manifestation of primary dysmenorrhea is painful spasms in the lower abdomen, which appear shortly before or at the beginning of menstruation and accompany its course in the absence of organic pathology of the pelvic organs.

Among women of early reproductive age, the prevalence of dysmenorrhea is about 65%, and about 20% of women complain on the onset of its manifestations in adolescence, which has an extremely negative impact on the quality of life.

**The objective:** to determine the effectiveness of magnesium preparations in the complex treatment of patients of early reproductive age with primary dysmenorrhea.

**Materials and methods.** 51 women aged 18–24 years with clinical manifestations of primary dysmenorrhea were examined. They were divided into the main group and the comparison group at the stage of therapy.

Women in the main group received a combined estrogen-gestagen drug containing 20 mcg of ethinyl estradiol and 3 mg of drospirenone, in a cyclic regimen (24 + 4) in combination with a drug containing the chelated form of marine magnesium “Simag 55” 272 mg (purified natural marine mineral extract of magnesium) with two carriers (vitamin B<sub>6</sub> – 2.7 mg and orotic acid – 25 mg) to ensure the highest bio-availability. The second drug was prescribed twice a day in the form of oral capsules for three months with a break of 3 months for 1 year. In order to assess the effectiveness of the proposed therapy all women filled out a visual analog scale (VAS) and underwent testing on the “WAM” scale on the first-second day of menstruation in the 1st, 6th and 12th months from the start of treatment.

**Results.** The study of the intensity of menstrual pain according to VAS after 12 months from the start of treatment established an extremely weak intensity of pain (0–1 point) in the majority of patients in the main group – 16 (59.3%) (comparison group – 8 (33.3%);  $p < 0.05$ ). In other women in the main group – 11 (40.7%) and the comparison group – 13 (54.2%), a weak intensity of menstrual pain was observed, the number of its cases did not have a significant difference ( $p > 0.05$ ).

After 12 months from the start of treatment on the background of a significant decrease in pain intensity, women in the main group indicated an average number of points that significantly exceeded the average number of points after 6 months from the beginning of treatment and the average number of points in women of the comparison group, for the block “Well-being” (the main group after 12 months from the beginning of treatment –  $6.1 \pm 0.3$  points and after 6 months from the beginning of treatment –  $5.3 \pm 0.3$  points, the comparison group –  $5.2 \pm 0.2$  points;  $p < 0.05$ ), the block “Activity” (the main group after 12 months from the beginning of treatment –  $6.6 \pm 0.2$  points and after 6 months from the beginning of treatment –  $5.7 \pm 0.2$  points, the comparison group –  $5.5 \pm 0.3$  points;  $p < 0.05$ ). This led to an increased average number of points for the “Mood” block (the main group after 12 months from the start of treatment –  $7.1 \pm 0.2$  points and after 6 months from the start of treatment –  $6.3 \pm 0.3$  points, the comparison group –  $6.5 \pm 0.2$  points;  $p > 0.05$ ).

**Conclusions.** The use of the drug with the chelated form of marine magnesium “Simag 55” as part of the combined treatment for a year in patients of early reproductive age with primary dysmenorrhea leads to a significantly faster decrease in the intensity of menstrual pain was established from severe (6–8 points on VAS) – 17 cases (63.0%) and unbearable (8–10 points on VAS) – 10 (37.0%) to extremely weak (0–1 point on VAS) – 16 (59.3%) and weak (2–4 points on VAS) – 11 (40.7%) against the background of significantly better results according to the “WAM” questionnaire (block “Well-being”: the 1st month from the start of treatment –  $2.1 \pm 0.2$  points, the 12th month from the start of treatment –  $6.1 \pm 0.3$  points; block “Activity”: the 1st month from the start of treatment –  $1.8 \pm 0.3$  points, the 12th month from the start of treatment –  $6.6 \pm 0.3$  points; block “Mood”: the 1st month from the start of treatment –  $2.0 \pm 0.2$  points, the 12th month from the start of treatment –  $7.1 \pm 0.2$  points).

The combined use of the drug, which includes magnesium “Simag 55” with combined estrogen-gestagen drugs is effective in the treatment of primary dysmenorrhea in patients of early reproductive age who do not have reproductive plans.

**Keywords:** primary dysmenorrhea, combined estrogen-gestagen drugs, visual analog scale, well-being, activity, mood, magnesium “Simag 55”, treatment.

Дисменорея (Д), або болісність під час менструації, є одним з найбільш поширених гінекологічних розладів, що значно погіршує якість життя жінок репродуктивного віку. Незважаючи на високу частоту та значну поширеність цього патологічного стану серед жінок репродуктивного віку, Д у переважній більшості випадків недооцінюється як пацієнтками, так і практикуючими клініцистами, що призводить до недостатньої діагностики та відтермінованого або в цілому не призначеного лікування [1, 2].

Біль у нижній частині живота є основною скаргою при Д, а головний біль, нудота і блювання найчастіше виникають на фоні больового синдрому. Характерним для болю, що з'являється на початку менструації, є іррадіація в стегна чи спину, а його тривалість може перевищувати 72 год, але болісні відчуття можуть початися і за декілька днів до моменту настання менструації і турбувати пацієнтку протягом всього її перебігу [3–5].

Відповідно до міжнародної класифікації хвороб десятого перегляду виділяють первинну (N94.4), вторинну (N94.5) та неуточнену дисменорею (N94.6). З патофізіологічного погляду, виділяють первинну та вторинну Д [6, 7]. Характерним проявом первинної дисменореї (ПД) є болісні спазми внизу живота, які з'являються незадовго до або на початку менструації і супроводжують її перебіг за відсутності органічної патології органів малого тазу.

Для практикуючого лікаря діагноз ПД є діагнозом виключення, оскільки тільки відсутність органічної

патології на фоні вираженого больового синдрому під час менструації дає можливість констатувати, що ПД є самостійною патологією. Втім, слід відзначити, що ПД розвивається на фоні овуляторних менструальних циклів, а її початкові прояви супроводжують менструації ще з підліткового віку і остаточно маніфестують протягом перших двох років після менархе [8, 9].

Поширеність Д серед жінок репродуктивного віку коливається у межах від 45% до 93%. Слід зазначити, що серед жінок раннього репродуктивного віку поширеність Д становить близько 65%, причому близько 20% зазначають початок її проявів з підліткового віку, що вкрай негативно впливає на якість життя. Саме на ранній репродуктивний вік припадає активне навчання та опанування майбутньої спеціальності, в той час як клінічні прояви Д можуть негативно впливати на якість навчання, сну, емоційну стабільність та можливість налагоджувати контакти з оточуючими, призводячи до замкнутості та невпевненості в собі [10, 11].

Патогенез Д найчастіше реалізується на фоні відносної гіперестрогенемії, яка спричинює вивільнення циклооксигенази (ЦОГ), а також активний синтез і викид простагландинів F<sub>2α</sub>, E<sub>2</sub>, тромбоксану A<sub>2</sub> і лейкотрієнів у кровоносне русло в другій фазі менструального циклу. Саме гіперпродукування простагландинів, тромбоксану A<sub>2</sub> і лейкотрієнів спричинює спастичні скорочення міометрія, ангіоспазм та появу болю під час менструації [2–14].

Сучасні рекомендації щодо терапії пацієнток з клінічними проявами ПД містять три основні напрямки лікувальних підходів [15, 16]. Нестероїдні протизапальні препарати визначають як першу ланку надання допомоги, оскільки саме вони здатні перервати синтез простагландинів, зумовлений вивільненням ЦОГ, і, як наслідок, вважаються одним з провідних патогенетичних підходів до лікування болю у пацієнток з ПД [17, 18].

Комбінований естроген-гестагенний препарат може бути ефективним у лікуванні ПД завдяки впливу на вироблення простагландинів і лейкотрієнів, що досягається шляхом блокування овуляції і, як наслідок, проліферативних змін в ендометрії [19, 20]. Нефармакологічні методи лікування передбачають виконання фізичних вправ, дихальної гімнастики, застосування ароматерапії або акупунктури, ґрунтуються виключно на індивідуалізованому підході і не мають доведеної ефективності [21, 22].

Сьогодні в окремих публікаціях з'являються відомості про ефективність препаратів магнію в терапії ПД, яка реалізується за рахунок впливу на продукування простагландинів у тканинах матки, стабілізації процесів збудження та гальмування в центральній нервовій системі [23, 24]. Саме зацікавленість щодо можливості ефективності препаратів магнію в терапії пацієнток з ПД й зумовила мету і завдання нашого дослідження.

**Мета дослідження:** визначення ефективності препаратів магнію в комплексному лікуванні пацієнток раннього репродуктивного віку з ПД.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження залучено 51 жінку віком 18–24 роки з клінічними проявами ПД, яких на етапі призначення терапії розподілено на основну групу ( $n = 27$ ) та групу порівняння ( $n = 24$ ).

Жінки основної групи отримували комбінований естроген-гестагенний препарат, що містив 20 мкг етинілестрадіолу та 3 мг дроспіренону, в циклічному режимі (24 + 4) у комбінації з препаратом «Прегнемаг» (Біхелс, Україна), до складу якого входить хелатна форма морського магнію «Simag 55» 272 мг (очищений природний морський мінеральний екстракт магнію) з двома провідниками (вітамін  $B_6$  – 2,7 мг та оротова кислота – 25 мг) для забезпечення найвищої біодоступності.

Препарат «Прегнемаг» (Біхелс, Україна) призначали двічі на добу у формі пероральних капсул упродовж трьох місяців з перервою на 3 міс. протягом 1 року.

Жінкам групи порівняння пропонували терапію виключно естроген-гестагенним препаратом, що містив 20 мкг етинілестрадіолу та 3 мг дроспіренону, в циклічному режимі (24 + 4).

Загальний курс лікування комбінованим естроген-гестагенним препаратом становив 1 рік. Вибір комбінованого естроген-гестагенного препарату як основного засобу для лікування ПД ґрунтувався першою чергою на відсутності короткострокових репродуктивних планів у жінок, залучених до дослідження.

З метою оцінювання ефективності запропонованої терапії всі жінки заповнювали візуальну аналогову шкалу (ВАШ) та проходили тестування за шкалою «САН» у перший-другий день початку менструації у 1-й, 6-й та 12-й місяці від початку лікування.

Шкала ВАШ представляє собою лінію довжиною 10 см, намальовану на чистому аркуші паперу з таким маркуванням:

- 0–2 – «вкрай слабкий біль»,
- 2–4 – «слабкий біль»,
- 4–6 – «помірний біль»,
- 6–8 – «сильний біль»,
- 8–10 – «нестерпний біль».

До шкали «САН» входять 30 тверджень, розділених на три блоки – «Самопочуття» (питання 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26), «Активність» (питання 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28) та «Настрій» (питання 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30). Ця шкала складається з індексів (3 2 1 0 1 2 3), розташованих між тридцятьма парами слів протилежного значення, що відображують рухливість, швидкість і темп функцій (активність), силу, здоров'я, стомлюваність (самопочуття), а також характеристики емоційного стану (настрій).

Під час оброблення оцінки респонденток перекодовували таким чином: індекс 3 поряд з негативним твердженням відповідав максимально незадовільному самопочуттю, низькій активності і поганому настрою, що становило 1 бал; індекс 3 поряд з позитивним твердженням відповідав максимально доброму самопочуттю, високій активності і чудовому настрою, що становило 7 балів. Отже, позитивний стан завжди отримував більш високі бали, а негативний – низькі. Від отриманої суми балів розраховували середнє арифметичне за кожним з напрямків: активність, самопочуття, настрої.

**Критерії включення до дослідження:** бажання жінки, вік – 18–24 роки, відсутність гінекологічних захворювань в анамнезі, підтверджених гінекологічних захворювань на момент участі в дослідженні, репродуктивних планів та вагітностей в анамнезі.

**Критерії виключення з дослідження:** небажання жінки брати участь у дослідженні на будь-якому з етапів його проведення, бажання реалізації репродуктивних планів протягом наступного року, наявність гінекологічних захворювань на момент включення до дослідження.

Дослідження не містило ризику для пацієнток і виконувалося відповідно до науково-дослідної роботи кафедри акушерства і гінекології № 3 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця «Обґрунтування ролі сучасних лікувально-діагностичних технологій в забезпеченні якості життя жінок репродуктивного та перименопаузального віку» (державний реєстраційний номер: 0124U001136). У всіх жінок напередодні дослідження отримували поінформовану згоду.

Статистичне оброблення результатів виконували з використанням критеріїв Фішера; обчислення – за допомогою програм Statistica for Windows і Microsoft Excel 13.0. Відмінності вважали достовірними при  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вік залучених до дослідження жінок коливався від 18 до 24 років і в середньому становив  $21,4 \pm 2,1$  року. Достовірна більшість жінок – 38 (74,5%) вважали себе соматично здоровими, а серед обстежених, які мали соматичну захворюваність в анамнезі – 13 (25,5%;  $p < 0,05$ ), визначали захворювання травного тракту – 6 (46,2%), хвороби очей – 4 (30,8%) та опорно-рухової системи – 3 (23,0%).

Таблиця 1

**Оцінка інтенсивності болю в перший місяць від початку лікування, абс. число (%)**

Показник	Основна група, n = 27	Група порівняння, n = 24
0–1 бал – вкрай слабкий біль	0 (0,0)	0 (0,0)
2–4 бали – слабкий біль	0 (0,0)	0 (0,0)
4–6 балів – помірний біль	0 (0,0)	0 (0,0)
6–8 балів – сильний біль	17 (63,0)	16 (66,7)
8–10 балів – нестерпний біль	10 (37,0)	8 (33,3)

Таблиця 3

**Оцінка інтенсивності болю через 12 міс. від початку лікування, абс. число, (%)**

Показник	Основна група, n = 27	Група порівняння, n = 24
0–1 бал – вкрай слабкий біль	16 (59,3) *	8 (33,3)
2–4 бали – слабкий біль	11 (40,7)	13 (54,2)
4–6 балів – помірний біль	0 (0,0)	3 (12,4)
6–8 балів – сильний біль	0 (0,0)	0 (0,0)
8–10 балів – нестерпний біль	0 (0,0)	0 (0,0)

Примітка. \* – Відмінності достовірні.

Відповідно до критеріїв включення до дослідження жінки не мали вагітностей в анамнезі, а також гінекологічної патології, та мали сталі овуляторні менструальні цикли. Середній вік початку менархе становив  $13,2 \pm 1,6$  року. Середній вік початку проявів ПД визначали анамнестично, і в середньому він становив  $15,2 \pm 1,4$  року.

Під час оцінювання інтенсивності болю за ВАШ (табл. 1) на перший-другий день менструального циклу у перший місяць призначення лікування встановлено відсутність достовірної різниці в інтенсивності болю у жінок основної групи та групи порівняння. Значну інтенсивність менструального болю, який оцінювали в 6–8 балів, встановлювали у достовірної більшості жінок як основної групи – 17 (63,0%), так і групи порівняння – 16 (66,7%);  $p > 0,05$ .

У кожної третьої жінки основної групи – 10 (37,0%) та групи порівняння – 8 (33,3%) фіксували нестерпний менструальний біль, який оцінювали в 8–10 балів ( $p > 0,05$ ).

Під час повторного дослідження, проведеного через 6 міс. від початку лікування (табл. 2), встановлено достовірне зменшення кількості випадків помірної інтенсивності менструального болю (4–6 балів за ВАШ) серед пацієток основної групи – 14 (51,9%) жінок (група порівняння – 18 (75,0%) жінок;  $p < 0,05$ ). Практично у кожній другій пацієнтки основної групи реєстрували слабку інтенсивність менструального болю, який оцінювали в 2–4 бали, – 11 (40,7%) жінок (група порівняння – 4 (16,7%) жінки;  $p < 0,05$ ).

Також слід відзначити два випадки вкрай слабого болю, який оцінювали за ВАШ в 0–1 бал, серед жінок основної групи на фоні запропонованої терапії.

Дослідження інтенсивності менструального болю за ВАШ через 12 міс. від початку лікування (табл. 3) встановило вкрай слабку інтенсивність болю (0–1 бал) у більшості пацієток основної групи – 16 (59,3%) жінок (група порівняння – 8 (33,3%) жінок;  $p < 0,05$ ).

Таблиця 2

**Оцінка інтенсивності болю через 6 міс. від початку лікування, абс. число (%)**

Показник	Основна група, n = 27	Група порівняння, n = 24
0–1 бал – вкрай слабкий біль	2 (7,4)	0 (0,0)
2–4 бали – слабкий біль	11 (40,7) *	4 (16,7)
4–6 балів – помірний біль	14 (51,9) *	18 (75,0)
6–8 балів – сильний біль	0 (0,0)	2 (8,3)
8–10 балів – нестерпний біль	0 (0,0)	0 (0,0)

Примітка. \* – Відмінності достовірні.

Таблиця 4

**Кількість балів за опитувальником «САН», M±m**

Показник	Основна група, n = 27	Група порівняння, n = 24
1-й місяць від початку лікування		
Блок «Самопочуття»	2,1±0,2	2,0±0,2
Блок «Активність»	1,8±0,3	1,9±0,2
Блок «Настрій»	2,0±0,2	2,1±0,2
6-й місяць від початку лікування		
Блок «Самопочуття»	5,3±0,3 *	4,3±0,2
Блок «Активність»	5,7±0,2 *	5,0±0,3
Блок «Настрій»	6,3±0,3	6,2±0,2
12-й місяць від початку лікування		
Блок «Самопочуття»	6,1±0,3 * •	5,2±0,2
Блок «Активність»	6,6±0,2 * •	5,5±0,3
Блок «Настрій»	7,1±0,2 * •	6,5±0,2

Примітки: \* – достовірні відмінності в основній групі та групі порівняння; • – достовірні відмінності в основній групі через 6 міс. та 12 міс. від початку лікування.

У решти жінок основної групи – 11 (40,7%) та групи порівняння – 13 (54,2%) фіксували слабку інтенсивність менструального болю, кількість випадків його не мала достовірної відмінності ( $p > 0,05$ ).

Слід відзначити, що протягом року лікування у жінок групи порівняння, які отримували виключно терапію із застосуванням комбінованого естроген-гестагенного препарату, що містив 20 мкг етинілестрадіолу та 3 мг дроспіренону, в циклічному режимі встановлено 3 (12,4%) випадки помірного болю. Серед жінок основної групи, які отримували поєднану терапію із використанням комбінованого естроген-гестагенного препарату, що містив 20 мкг етинілестрадіолу та 3 мг дроспіренону, в циклічному режимі у комбінації з препаратом «Прегнемаг» (Біхелс, Україна), випадків помірного, сильного та нестерпного менструального болю не виявлено.

Під час первинного анкетування за шкалою «САН» встановлено відсутність достовірних відмінностей у середній кількості балів за блок «Самопочуття» (основна група –  $2,1 \pm 0,2$  бала, група порівняння –  $2,0 \pm 0,2$  бала;  $p > 0,05$ ), блок «Активність» (основна група –  $1,8 \pm 0,3$  бала, група порівняння –  $1,9 \pm 0,2$  бала;  $p > 0,05$ ), блок «Настрій» (основна група –  $2,0 \pm 0,2$  бала, група порівняння –  $2,1 \pm 0,2$  бала;  $p > 0,05$ ), що ми розцінювали як прояви незадовільного стану респонденток на фоні ПД у перший місяць призначення відповідної терапії (табл. 4).

Через 6 міс. від початку лікування у пацієток основної групи відзначено достовірну тенденцію до збіль-

шення середньої кількості балів за блок «Самопочуття» (основна група –  $5,3 \pm 0,3$  бала, група порівняння –  $4,3 \pm 0,2$  бала;  $p < 0,05$ ), блок «Активність» (основна група –  $5,7 \pm 0,2$  бала, група порівняння –  $5,0 \pm 0,3$  бала;  $p < 0,05$ ), що зумовило збільшення середньої кількості балів за блок «Настрій» (основна група –  $6,3 \pm 0,3$  бала, група порівняння –  $6,2 \pm 0,2$  бала;  $p > 0,05$ ).

Вже через 12 міс. від початку лікування на фоні достовірного зменшення інтенсивності болю у жінок, які як терапію ПД отримували поєднане лікування із використанням комбінованого естроген-гестагенного препарату, що містив 20 мкг етинілестрадіолу та 3 мг дроспіренону, в циклічному режимі у комбінації з препаратом «Прегнемаг» (Біхелс, Україна), визначали середню кількість балів, що достовірно перевищувала середню кількість балів через 6 міс. від початку лікування та середню кількість балів у жінок групи порівняння, за блок «Самопочуття» (основна група через 12 міс. від початку лікування –  $6,1 \pm 0,3$  бала та через 6 міс. від початку лікування –  $5,3 \pm 0,3$  бала, група порівняння –  $5,2 \pm 0,2$  бала;  $p < 0,05$ ), блок «Активність» (основна група через 12 міс. від початку лікування –  $6,6 \pm 0,2$  бала та через 6 міс. від початку лікування –  $5,7 \pm 0,2$  бала, група порівняння –  $5,5 \pm 0,3$  бала;  $p < 0,05$ ). Це приводило до збільшення середньої кількості балів за блок «Настрій» (основна група через 12 міс. від початку лікування –  $7,1 \pm 0,2$  бала та через 6 міс. від початку лікування –  $6,3 \pm 0,3$  бала, група порівняння –  $6,5 \pm 0,2$  бала;  $p > 0,05$ ).

Вища ефективність від запропонованої терапії у жінок основної групи, які окрім комбінованого естроген-гестагенного препарату, що містив 20 мкг етинілестрадіолу та 3 мг дроспіренону, в циклічному режимі отримували препарат «Прегнемаг» (Біхелс, Україна), з нашого погляду, пояснюється додатковою дією хелатної форми морського магнію «Simag 55» 272 мг (очищена природна морська мінеральна форма екстракту магнію), яка спрямована на зменшення концентрації простагландинів  $F_{2\alpha}$  у тканинах матки, покращення гемодинаміки завдяки реалізації вазодилатувального ефекту в органах малого таза, що значно зменшує больові відчуття у пацієнок з ПД [25, 26].

Достатня концентрація магнію та вітаміну  $B_6$  допомагають підтримувати баланс процесів збудження і гальмування у центральній нервовій системі шляхом збільшення концентрації серотоніну [13, 27, 28], що

підтверджувалось у пацієнок основної групи при анкетуванні за опитувальником «САН» у динаміці лікування – достовірне збільшення кількості балів за блоки «Активність» та «Настрій».

Також у контексті терапії комбінованим естроген-гестагенним препаратом, що містить 20 мкг етинілестрадіолу та 3 мг дроспіренону, та препаратом «Прегнемаг» (Біхелс, Україна) слід зазначити, що саме призначення препаратів магнію дозволяє нівелювати КОК-залежне зниження концентрації магнію та вітамінів групи В, яке реалізується естрогенами шляхом підвищення екскреції магнію через нирки та збільшення його поглинання кишечником [24, 29]. Ці обставини додатково засвідчують ефективність застосування препаратів магнію у пацієнок з ПД, які отримують терапію із застосуванням комбінованих естроген-гестагенних препаратів.

## ВИСНОВКИ

За призначення препарату «Прегнемаг» (Біхелс, Україна) у складі комбінованого лікування упродовж року пацієнок раннього репродуктивного віку з первинною дисменореєю встановлено достовірно більш швидке зниження інтенсивності менструального болю з сильного (6–8 балів за ВАШ) – 17 випадків (63,0%) та нестерпного (8–10 балів за ВАШ) – 10 (37,0%) до вкрай слабкого (0–1 бал за ВАШ) – 16 (59,3%) та слабкого (2–4 бали за ВАШ) – 11 (40,7%) на фоні достовірно кращих результатів згідно з опитувальником «САН» (блок «Самопочуття»: 1-й місяць від початку лікування –  $2,1 \pm 0,2$  бала, 12-й місяць від початку лікування –  $6,1 \pm 0,3$  бала; блок «Активність»: 1-й місяць від початку лікування –  $1,8 \pm 0,3$  бала, 12-й місяць від початку лікування –  $6,6 \pm 0,3$  бала; блок «Настрій»: 1-й місяць від початку лікування –  $2,0 \pm 0,2$  бала, 12-й місяць від початку лікування –  $7,1 \pm 0,2$  бала).

Спільне використання препарату «Прегнемаг» (Біхелс, Україна) з комбінованими естроген-гестагенними препаратами є ефективним у лікуванні первинної дисменореї у пацієнок раннього репродуктивного віку, які не мають репродуктивних планів.

**Перспективи подальших досліджень.** Це дослідження є завершеним.

**Конфлікт інтересів.** Автори зазначають відсутність конфлікту інтересів.

## Відомості про авторів

**Бенюк Василь Олексійович** – д-р мед. наук, проф., Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ  
ORCID: 0000-0002-5984-3307

**Гончаренко Вадим Миколайович** – д-р мед. наук, проф., Центр жіночого здоров'я КЛ «Феофанія» ДУС, м. Київ  
ORCID: 0000-0002-8317-3737

**Ковалюк Тетяна Володимирівна** – канд. мед. наук, доц., Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ  
ORCID: 0000-0001-9339-881X

**Корнієць Нелля Григорівна** – канд. мед. наук, доц., ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рівне  
ORCID: 0000-0002-2816-1995

**Ільницька Тетяна Володимирівна** – Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ  
ORCID: 0009-0005-5922-7482

**Тисовська Іванна Сергіївна** – Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ  
ORCID: 0009-0007-9762-5646

**Олешко Віктор Федорович** – канд. мед. наук, доц., Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ; тел.: (099) 043-16-50. E-mail: docolv@gmail.com  
ORCID: 0000-0003-2493-2892

## Information about the authors

**Beniuk Vasyly O.** – MD, PhD, DSc, Professor, Bogomolets National Medical University, Kyiv  
ORCID: 0000-0002-5984-3307

**Goncharenko Vadym M.** – MD, PhD, DSc, Professor, Women's Health Center of the Clinical Hospital "Feofania" of State Management of Affairs of Ukraine, Kyiv  
ORCID: 0000-0002-8317-3737

**Kovalyuk Tetiana V.** – MD, PhD, Associate Professor, Bogomolets National Medical University, Kyiv  
ORCID: 0000-0001-9339-881X

**Korniets Nellia G.** – MD, PhD, Associate Professor, SE "Lugansk State Medical University", Rivne  
ORCID: 0000-0002-2816-1995

**Ilnytska Tetiana V.** – Bogomolets National Medical University, Kyiv  
ORCID: 0009-0005-5922-7482

**Tysovska Ivanna S.** – Bogomolets National Medical University, Kyiv  
ORCID: 0009-0007-9762-5646

**Oleshko Viktor F.** – MD, PhD, Associate Professor, Bogomolets National Medical University, Kyiv; tel.: (099) 043-16-50.

E-mail: docolv@gmail.com

ORCID: 0000-0003-2493-2892

## ПОСИЛАННЯ

- Markevich BO. Prediction, diagnosis and prevention of primary dysmenorrhea in pubertal patients of different somatotypes [dissertation]. Vinnytsia: Pirogov Vinnytsia National Medical University; 2023. 257 p.
- Shurpyak SO. Dysmenorrhea – diagnosis and treatment in the practice of a family doctor. *Pract Doctor*. 2024;(1):52-6.
- Affaitati G, Costantini R, Fioraliso M. Pain from Internal Organs and Headache: The Challenge of Comorbidity. *Diagnostics*. 2024;14(16):1750. doi: 10.3390/diagnostics14161750.
- Amin SM, El-Sayed MM, El-Monshed AH. The hidden link: dysmenorrhea, emotion regulation, and attitudes toward marriage in female nursing students. *BMC Nursing*. 2024;23(1):721. doi: 10.1186/s12912-024-02341-w.
- Katib Y, Almeahmadi M, Alhajaji F. Prevalence of Primary Dysmenorrhea and Its Effect on the Quality of Life Among Female Students at Umm Al-Qura University. *Cureus*. 2024;16(10):e72136. doi: 10.7759/cureus.72136.
- Fartushok TV, Fartushok NV. Primary dysmenorrhea: pathophysiology, improving diagnostic and treatment options. *Med Perspect*. 2024;(1):81-9. doi: 10.26641/2307-0404.2024.1.300504.
- Syamsudi NA, Mayasari NR, Solihah LA. Stress, physical activity, and dietary intake are associated with dysmenorrhea among female students. *Indones Midwifery Health Sci J*. 2024;8(3):289-99. doi: 10.20473/imhsj.v8i3.2024.2.89-299.
- Skorbach OI, Barysheva DV, Topchiy AS, Strahovetskaya MV. Assessment of quality of life in women with primary dysmenorrhea in wartime. In: Material IV International Scientific and Theoretical Conference «Current issues of science, prospects and challenges. 2023 May 05; Sydney. Sydney; 2023, p. 194. doi: 10.36074/scientia-05.05.2023.
- Zhu M, Huang F, Xu J, Chen W, Ding B, Shen Y. Risk factors and nomogram construction for predicting women with chronic pelvic pain: a cross-sectional population study. *Heliyon*. 2024;10(14):e34534. doi: 10.1016/j.heliyon.2024.e34534.
- McKenna KA, Fogleman CD. Dysmenorrhea. *Am Fam Physician*. 2021;104(2):164-70.
- Gutman G, Nunez AT, Fisher M. Dysmenorrhea in adolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2022;52(5):101186. doi: 10.1016/j.cpedp.2022.101186.
- ACOG Committee Opinion No. 760: Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent. 2018;132(6):249-58. doi: 10.1097/AOG.0000000000002978.
- Bobrus ME, Kalinina AS. The effect of stress on the menstrual cycle of women. In: Material 15th International scientific and practical conference "Distance education as the main problem of young people". 2023 Dec 26-29; Madrid. Madrid: International Science Group; 2023, p. 159. doi: 10.46299/ISG.2.023.2.15.
- Jin P, Wang F, Zeng F, Yu J, Cui F, Yang B, et al. Revealing the mechanism of central pain hypersensitivity in primary dysmenorrhea: evidence from neuroimaging. *Quant Imaging Med Surg*. 2024;14(4):3075-85. doi: 10.21037/qims-23-1687.
- Destariani E, Yuniarti Yu, Widiyanti D. The Pengaruh Video Guided imagery terhadap Penurunan Dismenoreia pada Remaja Putri The Effect of Video Guided imagery in Reducing Dysmenorrhea in Adolescent Girls. *J Kesehatan Komunitas*. 2024;10(2):413-8. doi: 10.25311/keskom.Vol10.Iss2.1823.
- Panda N, Desaraju S, Panigrahy RP, Ghosh U, Saxena S, Singh P, et al. Menstrual health and hygiene amongst adolescent girls and women of reproductive age: a study of practices and predictors. *BMC Womens Health*. 2024;24(1):144. doi: 10.1186/s12905-024-02894-7.
- Wiratni IGA, Thanaya SAP, Tianing NW, Kamayoga IDGA. The relationship between sedentary lifestyle and intensity of primary dysmenorrhea in adolescent. *Phys Ther J Indones*. 2024;5(2):178-81. doi: 10.51559/ptji.v5i.2.218.
- Núñez-Troconis JT, Carvallo-Ruiz DE, Martínez-Núñez EN, Núñez-Urdaneta RA. Psychosocial stress as a predisposing risk factor of primary dysmenorrhea: a Venezuelan cross-sectional study Estrés psicosocial, como factor de riesgo predisponente de la dismenoreia primaria: un estudio transversal venezolano. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2024;89(4):251-8. doi:10.24875/RECHOG.23.000137.
- Guo Q, Allen-Brady K, Olszewska M. Women in Applied Genetic Epidemiology. *Front Genet*. 2024;(15):508169. doi: 10.3389/fgene.2024.1508169.
- Siscadarsih I, Dewi NIK. Disminore dan gangguan aktivitas praktikum di laboratorium kebidanan. *Health Educ Lab*. 2024;1(1):648. doi: 10.37275/a-mcr.v.5i4.648.
- Agarwal P, Sharma K, Verma A, Prakash H. A review on lasuna (garlic): a boon for women. *J Pharm Sci Innov*. 2021;10(1):13-6. doi: 10.7897/2277-4572.101197.
- Wahdah R. Beyond Painkillers: A Meta-Analysis of Non-Pharmacological Approaches for Managing Dysmenorrhea Symptoms. *J Adv Pharm Sci*. 2024;5(4):1084-98. doi: 10.1016/j.bjpt.2024.101018.
- Fonseca VG, Franco EM, Navroski EC. Correlation between primary dysmenorrhea and mood disorders in nulliparous young women. *Brazilian J Phys Ther*. 2024;(28):101018. doi: 10.1016/j.bjpt.2024.101018.
- Kirsch E, Rahman S, Kerulus K, Hasan R, Kowalska DB, Desai A, et al. Dysmenorrhea, a Narrative Review of Therapeutic Options. *J Pain Res*. 2024;17:2657-66. doi: 10.2147/JPR.S459584.
- Tadess B. Associations of Magnesium Intake With Acyclic Pelvic Pain and Dysmenorrhea [Master's thesis]. Washington: University of Washington; 2023. 132 p.
- Pirnia B, Masoudi R, Pirnia K, Jalali M, Eslami MR, Malekanmehr P, et al. Effect of Magnesium Sulfate Added to Tincture of Opium and Buprenorphine on Pain and Quality of Life in Women with Dysmenorrhea: A Prospective, Randomized, Double-blind, Placebo-controlled Trial. *Addict Health*. 2020;12(4):259-68. doi: 10.22122/ahj.v12i4.285.
- Ebada HMK, Nasra M, Hazzah H, Youssef O. Mucoadhesive buccal tablets incorporating curcumin solid dispersion as a potential approach for enhancing curcumin therapeutic efficacy in oral inflammatory disorders. *J Adv Pharm Sci*. 2024;1(2):100-17.
- Deole S, Pati SS. Recent advances in magnetic nanomaterials in wastewater treatment: a review. *Nanomater Energy*. 2024;13(1):12-31. doi: 10.1680/jnae.n.23.00105.
- Eriyani NR. Endorphin Massage Therapy for Dysmenorrhea in Adolescent Girls at Takwa High School Palembang. *J Educ Innov Public Health*. 2024;2(4):205-10. doi: 10.55606/innovation.v2i4.3268.

Стаття надійшла до редакції 14.10.2024. – Дата першого рішення 18.10.2024. – Стаття подана до друку 20.11.2024

## РЕДАКЦІЙНИЙ ПРОЦЕС

За науковий зміст рукопису відповідають автори. Журнал залишає за собою право запросити будь-які матеріали, на підставі яких була підготовлена стаття.

Всі рукописи, що надійшли до журналу «Репродуктивне здоров'я жінки» проходять перевірку:

- на плагіат;
- на відповідність загальній стандартній структурі наукових статей та вимогам щодо оформлення наукових публікацій;
- на точність цитування виданих джерел.

Журнал «Репродуктивне здоров'я жінки» застосує наступні критерії відбору рукописів:

- новизна наданих матеріалів;
- актуальне клінічне значення;
- переконливість підтвердження висновків.

Головний редактор оцінює наукове значення та визначає терміни публікації статей.

Отримані рукописи протягом кількох днів підлягають експертизі для оцінки актуальності та важливості наукового матеріалу, чіткості викладення і релевантності для аудиторії журналу. Автори отримують повідомлення про отримання рукопису електронною поштою.

У тих випадках, коли необхідні окремі зміни, у повідомленні автору пропонується доопрацювати рукопис.

Всі рукописи розглядаються як конфіденційні документи і редактори не розкривають інформацію третім особам.

Всі рукописи рецензуються. Остаточне рішення про прийняття або відхилення статті ухвалює головний редактор або інші редактори, затверджені головним редактором. Редакція інформує автора про ухвалене рішення.

Виправлений авторами та перероблений варіант рукопису, погоджений з рецензентами, вважається остаточним і підписується рецензентами та авторами «до друку», після чого зміни тексту, малюнків або таблиць не дозволяються.

Процес розгляду рукопису від подання до рішення про публікацію може тривати до 3 місяців (включно з рецензуванням).

Прийнятому до друку рукопису додається цифровий ідентифікатор (Digital Objective Identifier, DOI). Редакція здійснює цифрову обробку матеріалів (конверсія у PDF, XML тощо).

## РЕЦЕНЗУВАННЯ

Всі статті, що надійшли до журналу, підлягають обов'язковому рецензуванню, яке виконується за принципом «подвійного сліпого», коли особи рецензентів і авторів не розкриваються (double-blind peer review).

Автори можуть пропонувати кандидатури незалежних рецензентів для оцінки свого рукопису, а також просити виключити із списку рецензентів не більше двох вчених або/чи наукових установ. Редколегія з розумінням ставиться до таких бажань, проте рішення залишає за собою. Рукописи направляються на рецензію не менш як двом зовнішнім експертам відповідної галузі.

У своїй роботі рецензенти, редактор і редакційна колегія керуються принципами конфіденційності. Рецензенти не розкривають свою особу авторам або іншим колегам при проведенні рецензування. Журнал

категорично не схвалює спроб авторів ідентифікувати рецензентів і впливати на них.

Рецензенти повинні зберігати позитивне та неупереджене, але критичне ставлення до оцінки рукописів. Некоректні та образливі вислови не допускаються. Наскільки це можливо, негативний звіт повинен пояснити авторам недоліки їхнього рукопису, щоб вони могли зрозуміти причини рішення про переробку або відмову від публікації.

У випадку позитивного результату рецензування, рукопис направляється у редакцію для подальшої обробки та публікації. У випадку необхідності переробки рукопису автору направляється рецензія разом із усіма зауваженнями та побажаннями рецензентів. Перероблений варіант рукопису відправляється на повторне рецензування. У випадку негативного результату рецензування автору направляється рецензія з поясненням причин відмови. Рукопис автору не повертається.