

НЕГОРМОНАЛЬНІ МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ КЛІМАКТЕРИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК

ВСТУП

Менопауза – це природний процес згасання жіночої репродуктивної функції. Однак клімактеричні прояви, характерні для менопаузального переходу – вазомоторні та психоемоційні симптоми, суттєво впливають на якість життя жіноцтва. У періоді менопаузального переходу нерегулярні менструації, приливи, пригнічений настрій знижують самооцінку та працездатність жінки [24].

Основним патогенетичним засобом для лікування клімактеричного синдрому (КС) є менопаузальна гормональна терапія (МГТ). За її допомогою можна найбільш ефективно відкоригувати вазомоторні симптоми (приливи) та генітоуринарний менопаузальний синдром. Меншою мірою МГТ є ефективною у випадку суглобового та м'язового болю, перепадів настрою, порушення сну та зниження лібідо.

Незважаючи на те, що МГТ здається універсальною відповіддю на питання менеджменту КС, призначати її варто диференційовано. За даними результатів дослідження Women's Health Initiative («Ініціатива в ім'я здоров'я жінки»), комбінована МГТ підвищує ризик ішемічної хвороби серця та інсульту на 2,5 додаткові випадки на 100 жінок, інвазивного раку молочної залози та тромбоемболії легеневої артерії – на 3 додаткові випадки на 1000 жінок. Однак варто нагадати, що на фоні МГТ смертність від усіх причин зменшується на 5 випадків на 1000 жінок [25]. МГТ не показана жінкам, які перенесли або яким діагностовано рак молочної залози, а також пацієнткам, які мають артеріальні тромбоемболічні ризики (ішемічна хвороба серця, інфаркт міокарда), неліковані захворювання печінки [3, 33].

Оскільки сучасна парадигма корекції менопаузальних порушень передбачає індивідуальний підхід, у формуванні лікувальної стратегії неабияку роль відіграють побажання пацієнтки. Зважаючи на брак інформації з теми менопаузи та її лікування, у пацієнтів існує гормонофобія – надмірний страх перед гормональними засобами, заснований на ірраціональних причинах, а саме перебільшенні ризиків для здоров'я, пов'язаних з їх застосуванням [12]. Результати масштабного огляду причин відмов від гормональної контрацепції, виконаного M. Le Guen та ін. (2021), свідчать, що серед інших причин у жінок існує бажання «природності» лікування [19]. Досліджень, які

розкривають ставлення жінок до МГТ, критично мало, тому вважаємо, що дані вищевказаного огляду можна екстраполювати і на МГТ.

Нарешті, багато жінок звертаються до сімейних лікарів, а не до акушерів-гінекологів, плутаючи прояви КС із соматичними чи психологічними станами. Проте на первинній ланці без консультації гінеколога та необхідних обстежень призначення МГТ неможливе.

До того ж, щоб призначити МГТ, необхідний час для ретельного обстеження, протягом якого пацієнтку продовжуватимуть турбувати симптоми менопаузи, тому не варто залишати її без способу покращення якості життя в цей «перехідний» період. Саме тому існує потреба в негормональних та немедикаментозних засобах корекції проявів КС.

Загальні рекомендації щодо менеджменту менопаузи, спрямовані насамперед на корекцію вазомоторних симптомів та психологічної дезадаптації, а також профілактики саркопєнії та остеопорозу, містять регулярні фізичні навантаження й підтримання оптимальної ваги [7, 11, 17], споживання кальцію/вітаміну D [4, 23], відмову від куріння та надмірного споживання алкоголю [9], зменшення стресу.

Серед немедикаментозних методів лікування чільне місце посідають психологічні методики, зокрема, контрольоване дихання, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), тренування усвідомленості (які також називаються майндфулнес) [34]. Ці методи мають велике значення та потенціал, хоча досі застосовуються обмежено. Так, протокол когнітивно-поведінкової терапії КПТ, спрямований на корекцію симптомів менопаузи (КПТ-мено), у дослідженнях демонструє ефективність у корекції проблемних переконань щодо менопаузи, дисфункціональних настанов, пов'язаних із депресією [8]. Також цей підхід дієвий у менеджменті безсоння [5, 16, 22]. Однак, як показало рандомізоване клінічне дослідження S.M. Green та ін. (2020), КПТ майже не впливає на вазомоторні симптоми менопаузи [13].

Фітоестрогени через спорідненість до рецепторів естрогенів у гіпоталамусі приводять до зниження секреції лютеїнізувального гормону передньою часткою гіпофіза. Це дозволяє усунути психоемоційні та вегетосудинні порушення, зумовлені різким зниженням продукції естрогенів.



Т.О. ТАТАРЧУК

д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, заступниця директора з наукової роботи, завідувачка відділення ендокринної гінекології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України», головний науковий співробітник відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», Київ
ORCID:0000-0002-5498-4143

С.І. РЕГЕДА

к. мед. н., старший науковий співробітник відділення ендокринної гінекології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України»; завідувачка гінекологічного відділення ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», Київ
ORCID:0000-0002-4960-7175

Н.В. КОСЕЙ

д. мед. н., професор, головний науковий співробітник відділення ендокринної гінекології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України», завідувачка відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», Київ
ORCID: 0000-0003-3085-3285

DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2024.71.45-52>

Н.Ф. ЗАХАРЕНКО

д. мед. н., професор, головний науковий співробітник відділення ендокринної гінекології ДУ «Інститут педіатрії акушерства та гінекології імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України», Київ
ORCID: 0000-0003-2934-3157

К.Д. ПЛАКСІЄВА

к. мед. н., науковий співробітник відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ
ORCID: 0000-0002-3021-4515

Контакти:

Косей Наталія Василівна
ДУ «ПАГ ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України»,
відділення ендокринної гінекології
04050, Київ, П. Майбороди, 8
тел.: +38 (044) 483 80 87
email: nataly.kosey@gmail.com

Серед компонентів негормональних лікарських засобів найбільш вивченими і такими, що мають доведену ефективність, є цимицифуга (*Cimicifuga racemosa*) та сангвінарія канадська (*Sanguinaria canadensis*). Вони мають естрогеноподібну дію та вірогідно зменшують прояви КС [14, 15]. Також цимицифуга позитивно впливає на ендотелій судин [10] та може навіть уповільнити старіння шкіри [31]. Головною рисою *C. racemosa* є відсутність впливу на ризик виникнення раку ендометрія та яєчників у жінок у постменопаузі [30].

У деяких дослідженнях фітоестрогени продемонстрували багатообіцяльні результати щодо захисту головного мозку під час старіння, а також сприяли затримці прогресування нейродегенеративних процесів подібно до естрогенів [29]. Існують дослідження, що вивчають ефективність фітоестрогенів щодо корекції генітоуринарного менопаузального синдрому. Наразі для застосування з цією метою вивчаються пурерарія (*Pueraria mirifica*), фенхель (*Foeniculum*), хміль звичайний (*Humulus lupulus L.*), соя культурна (*Glycine max (L.) Merr*), червона конюшина (*Trifolium pratense*), женьшень (*Panax*), ізофлавоноїди сої геністеїн, діадзеїн, гліцитеїн [1].

Лікувальний потенціал мають і рослини, що традиційно застосовувались в індійській аюрведичній практиці. Серед них можна виділити спаржу гроновидну (*Asparagus racemosus*), сараку індійську (*Saraca indica*), кмін тминовий (*Cuminum cyminum*), що мають естрогеноподібну дію [6]. Спаржа гроновидна також має антиоксидантні, антидіабетичні [26], ноотропні та нейропротекторні властивості [18, 21]. Кмін тминовий демонструє антиоксидантні, антибактеріальні, протигрибкові, протизапальні, протидіабетичні, інсектицидні та імуномодулювальні властивості [2, 28]. Гімалайський нард (*Nardostachys jatamansi*) та вітанія снодійна (*Withania somnifera*) мають анксиолітичну дію. Компоненти кореневищ ситі бульбоносної (*Cyperus rotundus*) і листя бурлистки однорічної (*Perilla frutescens*) здатні чинити фармакологічний вплив, подібний до антидепресантів [20]. Аір тростининовий (*Acorus calamus*) має антидепресивну, антигіпертензивну, протизапальну, імуномодулювальну, нейропротекторну, кардіозахисну дії [27, 32].

Для підвищення якості життя в перименопаузальному періоді жінкам мають бути запропоновані різноманітні стратегії лікування з урахуванням їх потенційної терапевтичної ефективності в корекції найбільш вираженої симптоматики та індивідуальних уподобань пацієнток.

Мета дослідження: оптимізувати негормональну терапію проявів КС у жінок у перименопаузі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідженні взяли участь 60 жінок перименопаузального віку з клімактеричними порушеннями легкого ступеню тяжкості. Пацієнтки проходили обстеження та лікування у відділенні ендокринної гінекології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України» та відділенні репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України» (Київ). Усі жінки підписали інформовану згоду, їм було надано детальну інформацію про характер, тривалість та цілі дослідження.

Критеріями включення були: вік 40–55 років, порушення менструального циклу та наявність вегетосудинних та/або психоемоційних симптомів, рівень фолікулоstimулювального гормону > 20 мМО/мл.

Критеріями виключення були: необхідність застосування МГТ, наявність хронічної соматичної патології, що потребує постійного використання лікарських препаратів, гіперпролактинемія, зловживання алкоголем, індекс маси тіла більший за 27 кг/м².

Після встановлення діагнозу «Клімактеричний синдром легкого ступеня» пацієнтки випадковим чином були розподілені на дві групи:

- група I налічувала 30 учасниць (середній вік жінок становив $44,62 \pm 3,3$ року), які отримували консультацію психолога з рекомендаціями щодо способу життя та корекції харчування;
- до II групи увійшло 30 жінок (середній вік пацієнток був $43,84 \pm 5,5$ року), які отримували комбіновану терапію: аюрведичний фітопрепарат Зінтаго по 10 мл (2 чайні ложки) тричі на добу та консультацію психолога з рекомендаціями щодо способу життя і корекції харчування.

Фітопрепарат Зінтаго містить екстракти 44 лікарських рослин, а також порошок *Kasis Shuddha* (сульфат заліза). Основними його компонентами в 5 мл сиропу є екстракти сараки індійської (*Saraca indica*) – 400,0 мг, спаржі гроновидної (*Asparagus racemosus*) – 100,0 мг, симплокусу гроновидного (*Symplocos racemosa*) – 20,0 мг, гімалайського нарду (*Nardostachys jatamansi*) – 10,0 мг.

Лікування в обох групах тривало упродовж трьох місяців.

Дослідження психологічного статусу проводилося шляхом визначення рівня особи-

стісної та реактивної тривожності з застосуванням шкали С.Д. Спілбергера, адаптованої Ю.А. Ханіним (1978), які свідчать про наявність або відсутність тривоги. За бальним підрахунком обчислювалася різниця між сумою балів відносно тверджень, що характеризують наявність тривоги, та сумою балів відносно тверджень щодо відсутності тривоги. До отриманої різниці додавалося число 50. Визначалися різні рівні тривожності: високий – 46 балів та вище, середній – 35–45 балів та низький – 20–34 бали.

Для визначення рівня стресового напруження застосовувалася шкала PSM-25 Лемура–Тесьє–Філліона. Сумарний бал більше ніж 155 вказував на високий рівень стресу, стан дезадаптації та психологічного дискомфорту, показник психічного напруження в інтервалі 154–100 балів – на середній рівень стресу, менше ніж 100 – на стан психологічної адаптованості.

Проводилось анкетування з метою виявлення у пацієнок клімактеричних порушень і встановлення ступеня їх тяжкості та особливостей клінічного перебігу. Ступінь тяжкості КС оцінювався за допомогою менопаузальної рейтингової шкали MRS (Menopausal Rating Scale). Ця шкала, окрім вегетосудинних та психоемоційних розладів, дозволяє визначити ще й атрофічні зміни слизової уrogenітального тракту та пов'язані з ними порушення статевої функції. Після комп'ютерної обробки даних, отриманих при заповненні спеціальної анкети, що враховує клінічні прояви клімактеричних порушень із бальною оцінкою ступеня вираженості патології, обчислювався сумарний індекс менопаузи. Ступінь вираженості кожного клінічного прояву оцінювалася за 5-бальною шкалою: відсутній (0), легко (1), помірно (2), сильно (3) і дуже сильно виражений (4).

Оцінка якості життя проводилася за допомогою опитувальника SF-36 (36-Item Short Form Health Survey), що складався з 8 шкал: фізичного функціонування, рольового функціонування, інтенсивності болю, загального сприйняття здоров'я, життєвої активності, соціального функціонування, рольового функціонування, обумовленого емоційним станом, та психічного здоров'я. Вивчалися також розраховані на тлі цих шкал інтегральні показники фізичного й психічного компонента здоров'я. Варіація за шкалами у балах становить від 0 до 100; більш високі значення є критерієм високого рівня якості життя.

Отримані цифрові дані оброблялися з використанням ліцензійних статистичних програм Excel Microsoft Office 2007 і Stata 12 із застосуванням методів варіаційної статистики. Порівняння кількісних параметрів базувалося на попередній оцінці нормальності розподілу даних за критерієм Шапіро–Уїлка. Для порівняння показників із нормальним характером розподілу використовували t-тест (z-тест). У разі відхилення вихідних характеристик від параметрів нормального розподілу застосовувалися непараметричні критерії Вілкоксона та Манна–Уїтні для попарного порівняння. Статистична значущість відмінностей оцінювалася на рівні не нижче 95% (ризик помилки $p < 0,05$).

Дослідження погоджено комісією з питань етики та деонтології Державної установи «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», протокол №16 від 23.12.2022.

РЕЗУЛЬТАТИ

Оцінка ступеня особистісної та реактивної тривожності за шкалою Спілбергера показала, що в обох групах був середній рівень тривожності на вихідному рівні $37,4 \pm 2,1$ бала у групі I та $38,4 \pm 1,8$ бала в групі II.

У пацієнок II групи, які отримували дієтичну добавку у поєднанні з психологічним консультуванням, за 1 ($31,4 \pm 1,9$ бала) та 3 ($27,8 \pm 2,3$ бала) місяці від початку лікування спостерігалось суттєве ($p < 0,05$) зменшення показника рівня особистісної тривожності порівняно з вихідним рівнем, на відміну від групи I, у якій лише психологічне консультування не досягло таких показників (табл. 1), і рівень тривожності склав відповідно $34,2 \pm 2,4$ та $31,6 \pm 2,3$ бала за 1 та 3 місяці.

Таблиця 1. Рівні особистісної тривожності ($M \pm m$) у жінок досліджуваних груп, бали

Група	До лікування	За 1 місяць	За 3 місяці
I група (n = 30)	$37,4 \pm 2,1$	$34,2 \pm 2,4$	$31,6 \pm 2,3$
II група (n = 30)	$38,4 \pm 1,8$	$(31,4 \pm 1,9)^*$	$(27,8 \pm 2,3)^*$

* різниця вірогідна відносно результатів обстеження до лікування в межах груп, $p < 0,05$.

Що стосується ситуативної тривожності, при першому оцінюванні результат у групі I склав $35,3 \pm 1,7$ бала, а в II – $36,4 \pm 1,9$ бала. У групі II відсутнього ефекту було досягнуто повільніше, ніж для особистісної тривожності, відмічалось зменшення показника з $36,4 \pm 1,9$ бала до лікування до $26,2 \pm 1,7$ бала ($p < 0,05$) за 3 місяці (табл. 2). Водночас значущих клінічних результатів у групі I досягнуто не було.

Таблиця 2. Рівні ситуативної тривожності ($M \pm m$) у жінок досліджуваних груп, бали

Група	До лікування	За 1 місяць	За 3 місяці
I група (n = 30)	$35,3 \pm 1,7$	$33,1 \pm 2,1$	$30,4 \pm 1,9$
II група (n = 30)	$36,4 \pm 1,9$	$32,1 \pm 1,6$	$(26,2 \pm 1,7)^*$

* різниця вірогідна відносно результатів обстеження до лікування в межах груп, $p < 0,05$.

Оцінка ступеня стресового напруження за шкалою PSM-25 продемонструвала, що в обох групах пацієнки мали середньо-високий рівень стресу – $154,7 \pm 9,6$ бала в групі I та $156,6 \pm 9,2$ бала в групі II. За 3 місяці лікування клінічно значущий ефект був отриманий в обох групах, проте у групі II його було досягнуто швидше – вже за місяць рівень стресу знизився з $154,7 \pm 9,6$ до $122,6 \pm 8,3$ бала ($p < 0,05$) (рис.).

Результати застосування шкали SF-36 засвідчили, що на початку лікування показники якості життя в обох групах були однорідними. Найнижчими виявились показники психічного здоров'я ($46,3 \pm 9,2$ бала в I групі, $44,8 \pm 8,1$ бала у II групі) та життєвої активності ($48,21 \pm 6,4$ бала в I групі та $49,6 \pm 5,4$ бала у II групі).

За 3 місяці виключно психологічного консультування було досягнуто суттєвого поліпшення лише в показниках соціального функціонування (від $54,6 \pm 7,1$ бала до лікування до $73,8 \pm 5,8$ за 3 місяці терапії, $p < 0,05$) та рольового функціонування, обумовленого емоційним станом (від $57,3 \pm 6,6$

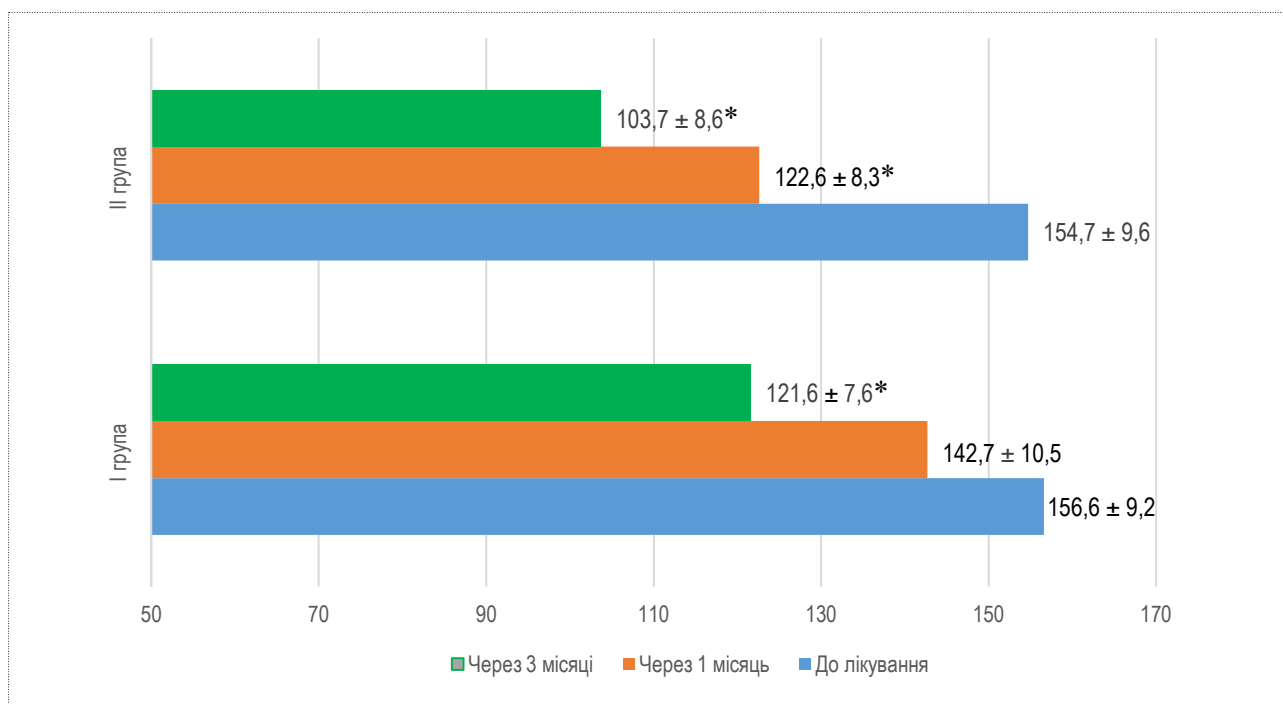


Рисунок. Рівень хронічного стресу за шкалою PSM-25 (M ± m) в групах дослідження, бали
* різниця вірогідна відносно результатів обстеження до лікування в межах груп (p < 0,05).

бала на первинному оцінюванні до $74,8 \pm 4,6$ бала за 3 місяці, p < 0,05). Водночас пацієнтки, які додатково до психологічного консультування отримували фітокомпозицію Зінтаго, продемонстрували суттєве поліпшення усіх доменів шкали SF-36 (табл. 3). Так, показник фізичного компонента здоров'я зріс із $53,7 \pm 8,4$ до $79,8 \pm 9,3$ бала (p < 0,05), а показник психічного компонента здоров'я – з $55,4 \pm 8,6$ до $81,3 \pm 6,8$ бала (p < 0,05).

За місяць терапії середні показники психоемоційних та вегетосудинних проявів шкали MRS істотно зменшувались у жінок при використанні Зінтаго в поєднанні з психологічним консультуванням (табл. 4). Показник соматовегетативної складової шкали MRS у II групі до лікування склав $3,7 \pm 0,06$, а за 1 та 3 місяці знизився до $3,4 \pm 0,04$ та $2,6 \pm 0,06$ бала відповідно (p < 0,05).

Однак слід зауважити, що вже після третього місяця лікування відбувалося достовірне зниження показників психоемоційних зрушень у всіх жінок, що свідчить про доцільність застосування психопрофілактичних засобів у пацієнток з КС легкого ступеня.

ОБГОВОРЕННЯ

Немедикаментозні та негормональні засоби корекції КС мають великий потенціал застосування в щоденній практиці лікаря акушера-гінеколога. МГТ є найбільш ефективним засобом, однак має призначатись за наявності чітких показань – значущих симптомів або фізичних ознак дефіциту естрогенів. Проте початок менопаузального переходу може бути клінічно «змазаним», що може обмежувати пацієнтку та

Таблиця 3. Середні показники шкали якості життя SF-36 в обстежених жінок (M ± m)

Показники	Групи жінок			
	I група		II група	
	До лікування	За 3 місяці	До лікування	За 3 місяці
Фізичне функціонування	54,5 ± 8,6	63,8 ± 8,2	57,6 ± 9,5	76,2 ± 7,8*
Рольове функціонування	52,8 ± 6,3	64,1 ± 5,1	52,3 ± 6,8	72,3 ± 6,8*
Інтенсивність болю	66,9 ± 7,5	79,7 ± 6,8	65,4 ± 5,6	87,8 ± 6,4*
Загальне сприйняття здоров'я	53,8 ± 6,4	66,7 ± 9,1	55,6 ± 8,1	79,4 ± 7,3*
Життєва активність	48,21 ± 6,4	57,4 ± 7,2	49,6 ± 5,4	72,3 ± 6,4*
Соціальне функціонування	54,6 ± 7,1	73,8 ± 5,8*	56,2 ± 8,3	83,2 ± 6,5*
Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом	57,3 ± 6,6	74,8 ± 4,6*	59,7 ± 8,7	79,1 ± 6,2*
Психічне здоров'я	46,3 ± 9,2	59,4 ± 6,2	44,8 ± 8,1	74,2 ± 6,7*
Фізичний компонент здоров'я	56,8 ± 7,8	69,3 ± 6,8	53,7 ± 8,4	79,8 ± 9,3*
Психічний компонент здоров'я	54,3 ± 6,7	65,8 ± 6,9	55,4 ± 8,6	81,3 ± 6,8*

* різниця вірогідна відносно результатів обстеження до лікування в межах груп (p < 0,05).

Таблиця 4. Частота та ступінь вираженості КС згідно зі шкалою MRS ($M \pm m$) при застосуванні різних методів лікування, бали

Групи	Термін лікування	Ступінь вираженості КС		
		Психологічна складова	Соматовегетативна складова	Урогенітальна складова
I група (n = 30)	До лікування	2,8 ± 0,08	3,6 ± 0,08	1,1 ± 0,02
	За 1 міс.	2,6 ± 0,09	3,4 ± 0,1	1,14 ± 0,03
	За 3 міс.	2,4 ± 0,1 ^{a,6}	2,9 ± 0,1 ^a	1,13 ± 0,01
II група (n = 30)	До лікування	2,7 ± 0,06	3,7 ± 0,06	1,3 ± 0,02
	За 1 міс.	2,4 ± 0,02 ^a	3,4 ± 0,07 ⁶	1,2 ± 0,04
	За 3 міс.	1,9 ± 0,03 ^{a,6}	2,3 ± 0,06 ⁶	1,0 ± 0,03

^a різниця вірогідна відносно результатів обстеження до лікування в межах груп ($p < 0,05$).

⁶ різниця вірогідна відносно результатів обстеження за 1 місяць лікування в межах груп ($p < 0,05$).

лікаря в прийнятті рішення про призначення терапії. Велику роль відіграють страх пацієнтки перед гормональним лікуванням і/або бажання більш «природного» медикаментозного втручання. Відповідно до сучасних етичних норм, лікар має враховувати бажання пацієнтки.

Та найбільш важливим постає питання поліпшення якості життя жінки в перименопаузі за наявності протипоказань до МГТ.

Це дослідження було присвячене застосуванню немедикаментозних (психологічного консультування) та негормональних (фітотерапії) методів корекції КС легкого ступеня в жінок у перименопаузі. Шляхом застосування психологічних тестів, зокрема шкали Спілбергера-Ханіна, PSM-25, SF-36 та шкали оцінки проявів менопаузи MRS до, в процесі та наприкінці лікування було виявлено, що саплементация аюрведичним препаратом Зінтаго сприяла швидшому досягненню клінічного ефекту на фоні психологічного консультування. Цей препарат є багатокомпонентним, і вірогідно, що клінічна ефективність Зінтаго обумовлена синергією рослинних екстрактів у його складі.

Сучасні клінічні рекомендації та настанови [35] вказують на потенціал рослинних препаратів у корекції приливів. Розширення арсеналу лікарських засобів дозволить більш широко покрити потреби пацієнток, які перебувають у пери-

менопаузальному періоді та потребують полегшення його симптоматики.

ВИСНОВКИ

1. Клімактеричний синдром, навіть легкого ступеня важкості, призводить до погіршення фізичного здоров'я та психологічної дезадаптації в жінок у перименопаузі.
2. Поряд із менопаузальною гормональною терапією, негормональні та немедикаментозні засоби можуть бути опцією лікування клімактеричного синдрому.
3. Психологічне консультування може застосовуватись у жінок у перименопаузі з метою корекції проявів клімактеричного синдрому (соматовегетативна та психологічна складові) та таких показників психічного здоров'я, як соціальне та рольове функціонування.
4. Застосування аюрведичних фітокомпозицій може посилити ефект психологічного консультування в жінок у перименопаузі з клімактеричним синдромом легкого ступеня.
5. Існує потреба в поглибленому вивченні поєднання рослинних екстрактів із метою розширення арсеналу фітотерапії клімактеричного синдрому.

Конфлікт інтересів

Присутній конфлікт інтересів.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Abdi F, Rahnamaei FA, Roozbeh N, Pakzad R. Impact of phytoestrogens on treatment of urogenital menopause symptoms: A systematic review of randomized clinical trials. *Eur J Obstet Amp Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2021 Jun [cited 20 Dec 2023];261:222–35. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.03.039>
2. Allaq AA, Sidik NJ, Abdul-Aziz A, Ahmed IA. Cumin (*Cuminum cyminum* L.): A review of its ethnopharmacology, phytochemistry. *Biomed Res Ther* [Internet]. 2020 Sept 30 [cited 20 Dec 2023];7(9):4016–21. Available from: <https://doi.org/10.15419/bmrat.v7i9.634>
3. Bergendal A, Kieler H, Sundström A, et al. Risk of venous thromboembolism associated with local

- and systemic use of hormone therapy in peri- and postmenopausal women and in relation to type and route of administration. *Menopause* [Internet]. 2016 Jun [cited 20 Dec 2023];23(6):593–9. Available from: <https://doi.org/10.1097/gme.0000000000000611>
4. Capozzi A, Scambia G, Lello S. Calcium, vitamin D, vitamin K2, and magnesium supplementation and skeletal health. *Maturitas* [Internet]. 2020 Oct [cited 20 Dec 2023];140:55–63. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.05>
 5. Carmona NE, Millett GE, Green SM, Carney CE. Cognitive-behavioral, behavioural and mindfulness-based therapies for insomnia in menopause. *Behav Sleep Med* [Internet]. 2022 Aug 9 [cited 21 Dec 2023];1–12. Available from: <https://doi.org/10.1080/15402002.2022.21096406>

6. Chen HY, Huang BS, Lin YH, et al. Identifying Chinese herbal medicine for premenstrual syndrome: implications from a nationwide database. *BMC Complement Altern Med* [Internet]. 2014 Jun 27 [cited 20 Dec 2023];14(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/1472-6882-14-206>
7. Daly RM, Dalla Via J, Duckham RL, et al. Exercise for the prevention of osteoporosis in postmenopausal women: an evidence-based guide to the optimal prescription. *Braz J Phys Ther* [Internet]. 2019 Mar [cited 20 Dec 2023];23(2):170–80. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2018.11.011>
8. Donegan E, Frey BN, McCabe RE, et al. Impact of the CBT-Meno protocol on menopause-specific beliefs, dysfunctional attitudes, and coping behaviors. *Menopause* [Internet]. 2022 Aug [cited 21 Dec 2023];29(8):963–72. Available from: <https://doi.org/10.1097/gme.000000000000020>

9. Dotlic J, Markovic N, Gazibara T. Patterns of smoking and menopause-specific quality of life: smoking duration matters more. *Behav Med [Internet]*. 2021 Nov 25 [cited 21 Dec. 2023]:1–11. Available from: <https://doi.org/10.1080/08964289.2021.1958739>
10. Fernandes ES, Celani MF, Fistarol M, Geber S. Effectiveness of the short-term use of *Cimicifuga racemosa* in the endothelial function of postmenopausal women: a double-blind, randomized, controlled trial. *Climacteric [Internet]*. 2019 Nov 6 [cited 20 Dec. 2023];23(3):245–51. Available from: <https://doi.org/10.1080/13697137.2019.1682542>
11. Filipović TN, Lazović MP, Backović AN, et al. A 12-week exercise program improves functional status in postmenopausal osteoporotic women: randomized controlled study. *Eur J Phys Rehabil Med [Internet]*. 2021 Feb [cited 20 Dec. 2023];57(1). Available from: <https://doi.org/10.23736/s1973-9087.20.06149-3>
12. Foran T. Contraception and the media: lessons past, present and future. *Eur J Contracept Amp Reprod Health Care [Internet]*. 2019 Jan 2 [cited 20 Dec. 2023];24(1):80–2. Available from: <https://doi.org/10.1080/13625187.2018.156306>
13. Green SM, Donegan E, McCabe RE, et al. Objective and subjective vasomotor symptom outcomes in the CBT-Meno randomized controlled trial. *Climacteric [Internet]*. 2020 Apr 17 [cited 21 Dec. 2023];23(5):482–8. Available from: <https://doi.org/10.1080/13697137.2020.1737929>
14. Guida M, Raffone A, Travaglio A, et al. *Cimicifuga racemosa* isopropanolic extract for menopausal symptoms: an observational prospective case–control study. *Gynecol Endocrinol [Internet]*. 2021 3 Sept [cited 21 Dec. 2023]:1–6. Available from: <https://doi.org/10.1080/09513590.2021.1974381>
15. Hairi HA, Shuid AN, Ibrahim N'I, et al. The Effects and Action Mechanisms of Phytoestrogens on Vasomotor Symptoms During Menopausal Transition: Thermoregulatory Mechanism. *Curr Drug Targets [Internet]*. 2018 Dec 19 [cited 21 Dec. 2023];20(2):192–200. Available from: <https://doi.org/10.2174/1389450118666170816123740>
16. Hunter M, Smith M. In collaboration with the British Menopause Society. Cognitive Behaviour Therapy (CBT) for menopausal symptoms: Information for GPs and health professionals. *Post Reprod Health [Internet]*. 2017 Jun [cited 21 Dec. 2023];23(2):83–4. Available from: <https://doi.org/10.1177/2053369117711636>
17. Kemmler W, Shojaa M, Kohl M, von Stengel S. Effects of Different Types of Exercise on Bone Mineral Density in Postmenopausal Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *Calcif Tissue Int [Internet]*. 2020 Aug 12 [cited 20 Dec. 2023];107(5):409–39. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00223-020-00744->
18. Kohli D, Champawat PS, Mudgal VD. *Asparagus (Asparagus Racemosus L.)* Roots: Nutritional Profile, Medicinal Profile, Preservation and Value Addition. *J Sci Food Agric [Internet]*. 2022 Nov 25 [cited 20 Dec. 2023]. Available from: <https://doi.org/10.1002/jsfa.123>
19. Le Guen M, Schantz C, Régnier-Loilier A, de La Rochebrochard E. Reasons for rejecting hormonal contraception in Western countries: A systematic review. *Soc Sci Amp Med [Internet]*. 2021 Sept [cited 21 Dec. 2023];284:114247. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114247>
20. Li Y, Yang X, Chen S, et al. Integrated Network Pharmacology and GC–MS–Based Metabolomics to Investigate the Effect of Xiang-Su Volatile Oil Against Menopausal Depression. *Front Pharmacol [Internet]*. 2 Dec. 2021 [cited 20 Dec. 2023];12. Available from: <https://doi.org/10.3389/fphar.2021.76563>
21. Majumdar S, Gupta S, Prajapati SK, Krishnamurthy S. Neuro-nutraceutical potential of *Asparagus racemosus*: A review. *Neurochem Int [Internet]*. 2021 May [cited 20 Dec. 2023];145:105013. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.neuint.2021.1050>
22. Nowakowski S, Meers JM. Cognitive-behavior therapy for sleep disorders at midlife. *Menopause [Internet]*. 2021 May 24 [cited 21 Dec. 2023]; Publish Ahead of Print. Available from: <https://doi.org/10.1097/gme.0000000000001771>
23. Pérez-López FR, Chedraui P, Pilz S. Vitamin D supplementation after the menopause. *Ther Adv Endocrinol Metab [Internet]*. 2020 Jan [cited 20 Dec. 2023];11:204201882093129. Available from: <https://doi.org/10.1177/2042018820931291>
24. Raglan GB, Schulkin J, Juliano LM, Micks EA. Obstetrician-gynecologists' screening and management of depression during perimenopause. *Menopause [Internet]*. 2020 Jan [cited 20 Dec. 2023];27(4):393–7. Available from: <https://doi.org/10.1097/gme.0000000000001488>
25. Santen RJ, Stuenkel CA, Burger HG, Manson JE. Competency in Menopause Management: Whither Goest the Internist? *J Womens Health [Internet]*. Kbit. 2014 [cited 20 Dec. 2023];23(4):281–5. Available from: <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4746>
26. Shaha P, Bellankimath A. Pharmacological Profile of *Asparagus racemosus*: A Review. *Int J Curr Microbiol Appl Sci [Internet]*. 2017 Nov 10 [cited 20 Dec. 2023];6(11):1215–23. Available from: <https://doi.org/10.20546/ijcmas.2017.611.14>
27. Sharma V, Sharma R, Gautam DS, et al. Role of *Vacha (Acorus calamus Linn.)* in Neurological and Metabolic Disorders: Evidence from Ethnopharmacology, Phytochemistry, Pharmacology and Clinical Study. *J Clin Med [Internet]*. 2020 Apr 19 [cited 20 Dec. 2023];9(4):1176. Available from: <https://doi.org/10.3390/jcm904117>
28. Singh N, Yadav SS, Kumar S, Narashiman B. A review on traditional uses, phytochemistry, pharmacology, and clinical research of dietary spice *Cuminum cyminum L.* *Phytotherapy Res [Internet]*. 2021 Apr 23 [cited 20 Dec. 2023]. Available from: <https://doi.org/10.1002/ptr.7133>
29. Singh P, Paramanik V. Neuromodulating roles of estrogen and phytoestrogens in cognitive therapeutics through epigenetic modifications during aging. *Front Aging Neurosci [Internet]*. 2022 Aug 3 [cited 20 Dec. 2023];14. Available from: <https://doi.org/10.3389/fnagi.2022.945076>
30. Sinreih M, Gregorič K, Gajser K, Rižner TL. Physiological Concentrations of *Cimicifuga racemosa* Extract Do Not Affect Expression of Genes Involved in Estrogen Biosynthesis and Action in Endometrial and Ovarian Cell Lines. *Biomolecules [Internet]*. 2022 Apr 5 [cited 20 Dec. 2023];12(4):545. Available from: <https://doi.org/10.3390/biom1204054>
31. Tumsutti P, Maiprasert M, Sugkrarok P, et al. Effects of a combination of botanical actives on skin health and antioxidant status in post-menopausal women: A randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *J Cosmet Dermatol [Internet]*. 2021 Jul 21 [cited 20 Dec. 2023]. Available from: <https://doi.org/10.1111/jocd.14345>
32. Yadav D, Srivastava S, Tripathi YB. *Acorus Calamus A Review*. *Int J Sci Res Biol Sci [Internet]*. 2019 Aug 31 [cited 20 Dec. 2023];6(4):62–7. Available from: <https://doi.org/10.26438/ijrbs/v6i4.6267>
33. Zhang GQ, Chen J, Luo Y, et al. Menopausal hormone therapy and women's health: An umbrella review. *PLOS Med [Internet]*. 2021 Aug 2 [cited 20 Dec. 2023];18(8):e1003731. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.10037>
34. Zhao Y, Niu H, Liu S. Effects of aerobics training on anxiety, depression and sleep quality in perimenopausal women. *Front Psychiatry [Internet]*. 2022 Nov 24 [cited 21 Dec. 2023];13. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1025682>
35. Татарчук ТФ, Анікусько МФ, Булавенко ОВ, та ін. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Менопаузальні порушення та інші розлади в перименопаузальному періоді» [Інтернет]. Реєстр медико-технологічних документів. 2022. Доступно: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2022/06/37474-dn_1039_17_06_2022_dod.pdf **Tatarchuk TF, Anikusko MF, Bulavenko OV, et al.** Unified clinical protocol of primary, secondary (specialized), tertiary (highly specialized) medical care “Menopausal disorders and other disorders in the perimenopausal period” [Internet]. Register of medical and technological documents. 2022. Available from: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2022/06/37474-dn_1039_17_06_2022_dod.pdf □

Рослинний сироп

Зінтаго®

Для нормалізації менструального циклу

Дієтична добавка. Не є лікарським засобом



Для нормалізації менструального циклу¹



При надмірних проявах клімактеричного синдрому¹



Не містить спирту¹



Покращує сон^{1*}

Дієтична добавка ЗІНТАГО® (ZINTAGO®), сироп №8/1257 від 19 травня 2021 р. Не є лікарським засобом. Склад. 5 мл (мл) сиропу містить: порошок Касіс Шуддха (Kasis Shuddha) – 10,0 мг (mg), екстрактів: саракі індійської (Saraca indica) – 400,0 мг (mg), спаржі гронавидної (Asparagus racemosus) – 100,0 мг (mg), ситі бульбоносної (Cyperus rotundus) – 60,0 мг (mg), джамболани (Eugenia jambolana) – 40,0 мг (mg), лотоса горіхоносного (Nelumbium speciosum) – 30,0 мг (mg), терміналії белеріки (Terminalia bellerica) – 30,0 мг (mg), терміналії чебулі (Terminalia chebula) – 20,0 мг (mg), сімплікоку гронавидного (Symplacos racemosus) – 20,0 мг (mg), ембліки лікарської (Embliba officinalis) – 20,0 мг (mg), вітані снопидної (Withania somnifera) – 20,0 мг (mg), еглі мармеладної (Aegle marmelos) – 10,0 мг (mg), гмеліни деревовидної (Gmelina arborea) – 10,0 мг (mg), стереоспермуму духмяного (Stereospermum suaveolens) – 10,0 мг (mg), клеродендруму серпатуму (Clerodendrum phlomidis) – 10,0 мг (mg), ороксімуму індійського (Oroxylum indicum) – 10,0 мг (mg), десмодіуму ганського (Desmodium gangeticum) – 10,0 мг (mg), урарії лагоподібної (Uraria picta) – 10,0 мг (mg), пасльону індійського (Solanum indicum) – 10,0 мг (mg), пасльону жовтоплідного (Solanum xanthocarpum) – 10,0 мг (mg), яркіців сланких (Tribulus terrestris) – 10,0 мг (mg), гімалайського нарду (Nardostachys jatamansi) – 10,0 мг (mg), сиди серцеподібної (Sida cordifolia) – 10,0 мг (mg), манго індійського (Mangifera indica) – 10,0 мг (mg), фікуса бенгальського (Ficus bengalensis) – 10,0 мг (mg), бомбаксу малабарського (Bombax malabaricum) – 10,0 мг (mg), акації катеку (Acacia catechu) – 10,0 мг (mg), імбіру лікарського (Zingiber officinale) – 10,0 мг (mg), екліпти біної (Eclipta alba) – 10,0 мг (mg), кминну тминового (Cuminum cyminum) – 10,0 мг (mg), кедру гімалайського (Cedrus deodara) – 7,0 мг (mg), гемідесмусу індійського (Hemidesmus indicus) – 5,0 мг (mg), ямбелі смородиної (Embelia ribes) – 5,0 мг (mg), тіноспори серцелистої (Tinospora cordifolia) – 5,0 мг (mg), мезуї залізної (Mesua ferrea) – 5,0 мг (mg), гвоздичного дерева (Caryophyllus aromaticus) – 5,0 мг (mg), кориці цейлонської (Cinnamomum zeylanicum) – 5,0 мг (mg), перецю довгого (Piper longum) – 5,0 мг (mg), перецю кубеба (Piper cubeba) – 2,0 мг (mg), оперкуліни турпетуму (Promoea turpethum) – 2,0 мг (mg), айру тростинного (Acorus calamus) – 2,0 мг (mg), бріонії лацинози (Bryonia laciniosa) – 2,0 мг (mg), барбарису індійського (Berberis aristata) – 1,05 мг (mg), сверчі чирати (Swertia chirata) – 0,95 мг (mg), ароматизована сиропна основа. **Без ГМО. Рекомендації до споживання:** дієтична добавка до раціону харчування – додаткове джерело біологічно активних речовин природного походження. Сприяє нормалізації функціонування жіночих статевих органів, налагодженню менструального циклу, поліпшенню самопочуття жінок під час менопаузи, зменшенню проявів клімактеричного синдрому (припливи, дратівливість, безсоння). Може бути застосована як доповнення у програмі заходів щодо усунення відхилень у роботі жіночого організму. Має загальнозміцнювальні властивості. Добавки дієтичні не слід використовувати як заміну повноцінного раціону харчування. **Спосіб споживання:** жінкам по 2–3 чайні ложки (10–15 мл (мл)) тричі на добу. **Термін споживання:** узгоджувати з лікарем. Не перевищувати зазначену рекомендовану кількість для щоденного споживання. Перед застосуванням потрібно проконсультуватися з лікарем. **Протипоказання:** індивідуальна чутливість до компонентів, період вагітності та годування груддю, діти. **Умови зберігання:** за температури не вище 30 °C в сухому, захищеному від світла та недоступному для дітей місці. **Форма випуску:** по 200 мл (мл) у флаконі. По 1 флакону разом із мірною склянкою у картонній коробці з листком-вкладнем. **Не є лікарським засобом.** Термін придатності – 3 роки. **Виробник:** Чарак Фарма Пвт Лтд, Плот №. 371, Сайлі – Рахолі Роуд, Сівасса, У. Т. оф Дадра і Нагар Хавелі – 396230, Індія/Charak Pharma Pvt. Ltd., Plot №. 371, Sayli – Rakholi Road, Silvassa, U. T. of Dadra & Nagar Haveli – 396230, India. **Імпортер (прийняття претензій від споживачів):** ТОВ «ГЛЕДФАРМ ЛТД», вул. Алла-Атінська, 58, м. Київ, 02092, Україна, тел.: +38 (044) 495 82 88.

glad pharma Імпортер: ТОВ «Гледфарм ЛТД»,
тел.: 0(44) 495-82-88,
www.kusum.ua

* В комплексі проявів клімактеричного синдрому.

1. Листок-вкладень – інформація для споживача ЗІНТАГО® (ZINTAGO®)

Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників. Повна інформація міститься у листку-вкладні до застосування препарату.

НЕГОРМОНАЛЬНІ МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ КЛІМАКТЕРИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК

Т.Ф. Татарчук, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, заступниця директора з наукової роботи, завідувачка відділення ендокринної гінекології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України», головний науковий співробітник відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», Київ

С.І. Регада, к. мед. н., старший науковий співробітник відділення ендокринної гінекології, ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України»; завідувачка гінекологічного відділення ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», Київ

Н.В. Косей, д. мед. н., професор, головний науковий співробітник відділення ендокринної гінекології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України», завідувачка відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», Київ

Н.Ф. Захаренко, д. мед. н., професор, головний науковий співробітник відділення ендокринної гінекології ДУ «Інститут педіатрії акушерства та гінекології імені акад. О.М. Лук'янової НАМН України», Київ

К.Д. Плаксієва, к. мед. н., науковий співробітник відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», Київ

Мета дослідження: оптимізувати негормональну терапію проявів клімактеричного синдрому в жінок у перименопаузі.

Матеріали та методи. Обстежено 60 пацієнток віком 40–55 років із клімактеричними розладами легкого ступеня. До групи I увійшли 30 жінок, які отримували консультації психолога з рекомендаціями щодо способу життя та корекції харчування, до II групи – 30 жінок, які отримували аюрведичний фітопрепарат Зінтаго 10 мл тричі на добу впродовж трьох місяців та консультації психолога з рекомендаціями щодо способу життя та корекції харчування. Перед лікуванням та за 1 та 3 місяці терапії пацієнтки проходили тестування за наступними шкалами: Спілбергера-Ханіна, PSM-25, MRS, а за шкалою SF-36 – до лікування та за 3 місяці терапії.

Результати. У пацієнток II групи за 1 ($31,4 \pm 1,9$ бала) та 3 ($27,8 \pm 2,3$ бала) місяці від початку лікування спостерігалось суттєве ($p < 0,05$) зменшення показника особистісної тривожності за шкалою Спілбергера порівняно з вихідним рівнем. У групі II було помічено зменшення показника ситуативної тривожності з $36,4 \pm 1,9$ бала перед лікуванням до $26,2 \pm 1,7$ бала ($p < 0,05$) за 3 місяці терапії. Значущих клінічних результатів у групі I досягнуто не було.

За шкалою PSM-25 за 3 місяці лікування клінічно значущий ефект було отримано в обох групах, але в групі II його було досягнуто швидше, вже за один місяць показники зменшились з $154,7 \pm 9,6$ до $122,6 \pm 8,3$ бала ($p < 0,05$).

За шкалою SF-36 у групі I за 3 місяці терапії було досягнуто суттєвого поліпшення якості життя лише в показниках соціального функціонування (з $54,6 \pm 7,1$ бала перед лікуванням до $73,8 \pm 5,8$ за 3 місяці терапії, $p < 0,05$) та рольового функціонування, обумовленого емоційним станом (з $57,3 \pm 6,6$ до $74,8 \pm 4,6$ бала, $p < 0,05$), тоді як пацієнтки групи II продемонстрували суттєве поліпшення усіх доменів шкали SF-36.

Показник соматовегетативної складової шкали MRS у II групі до лікування склав $3,7 \pm 0,06$, а за 1 та 3 місяці відповідно знизився до $3,4 \pm 0,04$ та $2,6 \pm 0,06$ бала ($p < 0,05$).

Вже за 3 місяці лікування відбувалося достовірне зниження показників психоемоційних зрушень у всіх жінок, що свідчить про доцільність застосування психопрофілактичних засобів у пацієнток з клімактеричним синдромом легкого ступеня.

Висновки. Психологічне консультування може застосовуватись у жінок у перименопаузі з метою корекції проявів клімактеричного синдрому (соматовегетативної та психологічної складових) і таких показників психічного здоров'я, як соціальне та рольове функціонування. Застосування аюрведичних фітоскладових може посилити ефект психологічного консультування в жінок у перименопаузі з клімактеричним синдромом легкого ступеня.

Ключові слова: менопауза, клімактеричний синдром, фітотерапія.

NON-HORMONAL METHODS OF CORRECTION OF CLIMACTERIC DISORDERS IN WOMEN

T.F. Tatarchuk, MD, professor, corresponding member of the NAMS of Ukraine, deputy director for research work, head of the Endocrine Gynecology Department, SI "O.M. Lukyanova Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine"; chief researcher, Department of Reproductive Health of State Scientific Institution "Center for Innovative Medical Technologies of the NAS of Ukraine", Kyiv

S.I. Reheda, PhD, senior researcher, Reproductive Health Department, SI "O.M. Lukyanova IPOG of the NAMS of Ukraine"; head of the Gynecology Department, SSI "Center for Innovative Medical Technologies of the NAS of Ukraine", Kyiv

N.V. Kosei, MD, professor, chief researcher, Endocrine Gynecology Department, SI "O.M. Lukyanova IPOG of the NAMS of Ukraine"; head of Department of Reproductive Health, SSI "Center for Innovative Medical Technologies of the NAS of Ukraine", Kyiv

N.F. Zakharenko, MD, professor, leading research fellow, Endocrine Gynecology Department, SI "O.M. Lukyanova Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the NAMS of Ukraine", Kyiv

K.D. Plakshieva, PhD, researcher, Department of Reproductive Health of State Scientific Institution "Center for Innovative Medical Technologies of the NAS of Ukraine", Kyiv

Objective of the study: to optimize non-hormonal therapy of menopausal syndrome in perimenopausal women.

Materials and methods. 60 female patients aged 40–55 years with mild climacteric disorders were examined. Group I included 30 women who received a psychological consultation with recommendations on lifestyle and dietary correction, group II included 30 women who received Ayurvedic herbal drug Zintago 10 ml three times a day for three months a psychological consultation with recommendations on lifestyle and dietary correction. Patients were tested before treatment and 1 and 3 months after therapy according to the following scales: Spielberger-Hanin, PSM-25, MRS, and according to the SF-36 scale before treatment and 3 months after.

Results. 1 (31.4 ± 1.9 points) and 3 (27.8 ± 2.3 points) months after treatment in the II group there was a significant ($p < 0.05$) decrease in the indicator of personal anxiety according to the Spielberger scale in comparison with the initial level. There was a decrease in the index of situational anxiety from 36.4 ± 1.9 points before treatment to 26.2 ± 1.7 points ($p < 0.05$) in group II after 3 months of therapy. There were no significant clinical results in group I.

According to the PSM-25 scale, a clinically significant effect was in both groups after 3 months of treatment, but in group II it was achieved faster, after only one month – from 154.7 ± 9.6 to 122.6 ± 8.3 points ($p < 0.05$).

According to the SF-36 scale, a significant improvement in the quality of life in group I after 3 months of therapy was only in the indicators of social functioning (from 54.6 ± 7.1 points before treatment to 73.8 ± 5.8 after 3 months of therapy, $p < 0.05$) and role functioning due to emotional state (from 57.3 ± 6.6 to 74.8 ± 4.6 points, $p < 0.05$), while patients of group II demonstrated a significant improvement in all domains of the SF-36 scale.

The somato-vegetative component of the MRS scale in the II group before treatment was 3.7 ± 0.06 , and after 1 and 3 months it decreased to 3.4 ± 0.04 and 2.6 ± 0.06 points, respectively, ($p < 0.05$).

Already after 3 months of treatment there was a significant decrease in the indicators of psycho-emotional changes in all women, which indicates the feasibility of using psychoprophylactic drugs in patients with mild menopausal syndrome.

Conclusions. Psychological counseling can be used in perimenopausal women to correct the manifestations of menopausal syndrome (somato-vegetative and psychological components) and such mental health indicators as social and role functioning. The ayurvedic herbal compositions can enhance the effect of psychological counseling in perimenopausal women with mild menopausal syndrome.

Keywords: menopause, climacteric syndrome, herbal medicine.