

ФІТОКОМБІНАЦІЇ ЯК ШЛЯХ ДО КОМФОРТУ: НЕГОРМОНАЛЬНА ПІДТРИМКА ЖІНКИ В ПЕРИМЕНОПАУЗІ

ВСТУП

Менопауза є природним фізіологічним етапом у житті жінки, який являє собою завершення репродуктивної функції внаслідок виснаження оваріального резерву. Середній вік її настання становить 45–55 років, однак характер і вираженість симптомів істотно варіюють залежно від індивідуальної чутливості до гормональних змін, генетичних чинників, способу життя, харчування та психоемоційного стану [1–3]. Зниження рівня естрогенів і прогестерону зумовлює порушення терморегуляції, метаболічного гомеостазу та нейрорепродуктивної стабільності, що проявляється припливами жару, нічною пітливістю, дратівливістю, тривожністю, порушеннями сну, зміною маси тіла, болем у суглобах і зниженням лібідо [4].

Менопаузальна гормональна терапія (МГТ) є стандартом лікування вазомоторних і психоемоційних симптомів, проте її застосування обмежується ризиком тромбоемболічних ускладнень, стимуляцією росту естроген-залежних пухлин та небажаними метаболічними ефектами [5–7]. Це зумовлює підвищений інтерес до фітотерапії як безпечнішої альтернативи для полегшення симптомів клімактеричного періоду [8, 9].

Фітоестрогени – це природні сполуки, подібні за структурою до естрадіолу, які взаємодіють з естрогеновими рецепторами типів α та β , проявляючи селективну модульовальну дію: пригнічують надмірну естрогенну активність у тканинах з високим рівнем гормонів і стимулюють рецептори в умовах дефіциту естрогену [10–12]. До найбільш досліджених фітоестрогенів належать ізофлавоноїди сої культурної (*Glycine max*), лігнани льону звичайного (*Linum usitatissimum*), пренілфлавоноїди хмелю звичайного (*Humulus lupulus*) та тритерпенові глікозиди клопогону кистеподібного (чорного кохосу) (*Cimicifuga racemosa*) [13–15].

Серед рослинних засобів, дія яких під час менопаузи сьогодні активно вивчається, особливу увагу привертають *Cimicifuga racemosa*, *Humulus lupulus*, *Pueraria lobata* (пурарія дольчаста), *Dioscorea villosa* (дикий ямс), *Angelica sinensis* (дудник китайський) та *Crocus sativus* (шафран посівний).

Cimicifuga racemosa містить тритерпенові глікозиди, які впливають на гіпоталамо-гіпофізарну систему без прямої активації естрогено-

вих рецепторів, зменшуючи вазомоторні симптоми та покращуючи емоційний стан [16, 17].

Humulus lupulus є джерелом 8-пренілнарінгеніну — одного з найпотужніших природних фітоестрогенів, який впливає на серотонінергічні механізми, зменшує частоту припливів і сприяє поліпшенню сну [18–21].

Pueraria lobata та *Dioscorea villosa* містять ізофлавоноїди та діосгенін, що мають естрогенноподібну дію, позитивно впливають на ліпідний обмін і кісткову тканину [22–24].

Angelica sinensis проявляє вазодилататорний, спазмолітичний і антиоксидантний ефекти [25, 26], тоді як *Crocus sativus* має антидепресивну та анксиолітичну активність завдяки модуляції серотонінергічних шляхів [27].

Систематичні огляди та метааналізи свідчать, що фітотерапевтичні засоби на основі цих рослин знижують вираженість менопаузальних симптомів на 25–50%, покращують сон, настрій, когнітивні функції та якість життя, не спричиняючи істотних побічних ефектів [1, 2, 5, 12, 18].

Особливу увагу дослідників привертає комплексний підхід – оцінка не лише соматичних і вазомоторних симптомів, а й психоемоційних та метаболічних аспектів. Саме ця концепція покладена в основу нашого дослідження, у якому було проведено порівняльне оцінювання ефективності дієтичної добавки Лайфемін® Інтенс та засобу на основі *Cimicifuga racemosa* впродовж 3 місяців.

Мета дослідження: оцінювання різниці впливу дієтичної добавки Лайфемін® Інтенс та засобу на основі *Cimicifuga racemosa* на динаміку основних клінічних параметрів (за шкалою менопаузальних розладів MRS, шкалою тривоги та депресії HADS, шкалою психологічного стресу PSM-25, індексу якості сну PSQI, за опитувальником якості життя SF-36, індексу маси тіла (IMT)) та визначення потенціалу комбінованих фітотерапевтичних підходів для підтримки здоров'я жінок у менопаузі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Робота проводилася у форматі відкритого дослідження, яке передбачало 90-денне спостереження. Воно охоплювало 60 жінок перименопаузального віку з клімактеричними порушеннями середнього ступеня тяжкості, які були розділені на дві групи залежно від отриманого лікування:

С.О. ШУРПЯК

д. мед. н. професор
кафедри сімейної медицини,
кардіології та медицини
невідкладних станів ФПДО ДНП
«Львівський національний
медичний університет
ім. Данила Галицького»,
м. Львів
ORCID:0000-0002-5445-6375

В.І. ПИРОВА

д. мед. н., професорка,
завідувачка кафедри акушерства,
гінекології та перинатології ФПДО
ДНП «Львівський національний
медичний університет
ім. Данила Галицького», м. Львів
ORCID: 0000-0002-1205-6365

Контакти:

Шурпак Сергій Олександрович
ДНП «Львівський національний
медичний університет
ім. Данила Галицького»
79000, м. Львів, вул. Пекарська 69
Тел. + 8(097)-051-42-21
Email: shurpyak_serhiy@yahoo.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2025.80.37-47>

- основна група – 30 жінок, які отримували фітокомплекс Лайфемін® Інтенс по 1 капсулі на добу;
- група порівняння – 30 жінок, які отримували монозасіб на основі циміцифуги згідно з інструкцією до препарату.

Тривалість застосування засобів в усіх групах становила 3 місяці.

Критерії включення:

- вік жінок 42–55 років;
- наявність вегетосудинних та/або психоемоційних симптомів менопаузи;
- рівень фолікулостимулювального гормону (ФСГ) стабільно > 20 мМО/мл;
- підписання інформованої згоди;
- здатність до ефективної співпраці.

Критерії виключення:

- наявність хронічної патології, що потребує постійного застосування лікарських препаратів;
- гіперпролактинемія;
- зловживання алкоголем;
- вагітність та лактація;
- недієздатність;
- індивідуальна підвищена чутливість до компонентів продукту, зокрема циміцифуги та шафрану;
- тяжкі порушення функції нирок;
- аутоімунні захворювання;
- печінкова недостатність.

Дослідження проводилось у три етапи, які відповідають часовим точкам клінічного спостереження:

- день 1-й (початковий) – формування базового рівня показників;
- день 30-й – проміжна оцінка динаміки під впливом лікування;
- день 90-й – кінцева оцінка терапевтичного ефекту.

Вік учасниць дослідження становив 45–58 років (середній вік $52,3 \pm 3,8$ року) із типовими симптомами перименопаузального періоду (наявність ≥ 3 скарг за шкалою MRS).

Базові характеристики були стандартизовані для забезпечення внутрішньої однорідності групи. Вибірка репрезентує середньостатистичний профіль пацієнток без тяжких соматичних або психічних розладів.

Усім жінкам проводилось клініко-анамнестичне та гінекологічне обстеження, вимірювання ІМТ, вимірювання артеріального тиску, частоти серцевих скорочень. Для підтвердження перименопаузального періоду визначався рівень ФСГ один раз під час включення в дослідження методом імуноферментного аналізу.

Для комплексної оцінки клінічної динаміки в дослідженні було використано шість валідованих шкал, які охоплюють соматичні, психоемоційні, когнітивні та соціальні домени якості життя. Кожен інструмент було обрано з урахуванням його міжнародної валідації, чутливості до змін та можливості інтерпретації клінічної значущості.

1. Шкала оцінювання менопаузальних проявів (Menopause Rating Scale (MRS)).

MRS використовується для оцінки вираженості менопаузальних симптомів і містить три групи показників:

- соматичні: припливи жару, пітливість, порушення сну, болі в суглобах і м'язах;

- психологічні: дратівливість, депресивний настрій, тривожність, фізична й розумова втома;
- уrogenітальні: сексуальні порушення, сухість піхви, проблеми із сечовипусканням.

Кожен симптом оцінювався за 5-бальною шкалою (0 – відсутній, 4 – дуже виражений).

Загальна сума балів варіювала від 0 до 44.

Рівні тяжкості інтерпретувалися в балах відповідно до проявів:

- 0–4 – відсутні або мінімальні;
- 5–8 – помірні;
- 9–15 – виражені;
- понад 15 – тяжкі.

MRS є чутливою до динаміки лікування – зниження ≥ 4 балів вважається клінічно значущим (minimal clinically important difference, MCID).

2. Госпітальна шкала тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)).

Шкала HADS містить 14 пунктів, розподілених на дві підшкали:

- HADS-A (тривожність);
- HADS-D (депресія).

Кожен пункт оцінюється від 0 до 3 балів, що дає максимум 21 бал для кожної підшкали.

Інтерпретація результатів:

- 0–7 – норма;
- 8–10 – субклінічний рівень (легкі прояви);
- ≥ 11 – клінічно значущий розлад.

Шкала придатна для оцінки короткострокових змін (через 30–90 днів).

Клінічно значущим вважається зниження $\geq 1,5$ бала на кожній підшкालі.

3. Шкала Лемура-Тесье-Філліона (Psychological Stress Measure (PSM–25)).

PSM–25 є опитувальником суб'єктивної оцінки стресу. Він складається з 25 тверджень, що охоплюють три основні домени:

- емоційний (пригніченість, дратівливість, внутрішня напруга);
- фізіологічний (головний біль, серцебиття, порушення сну, м'язова напруга);
- когнітивний (зниження концентрації, тривожні думки, втома).

Кожен пункт оцінюється від 1 («ніколи») до 8 («завжди») балів.

Загальна оцінка варіює від 25 до 200 балів. MCID для цієї шкали не стандартизовано, проте в літературі [1, 2] клінічно значущим зниженням вважається $\geq 10\%$.

4. Піттсбурзький індекс якості сну (Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)).

Шкала PSQI складається з 19 пунктів, згрупованих у 7 компонентів:

- суб'єктивна якість сну;
- латентність засинання;
- тривалість сну;
- ефективність сну;
- порушення сну;

- використання снодійних засобів;
- денна дисфункція.

Кожен компонент оцінюється від 0 до 3 балів, що формує загальний показник від 0 до 21 бала.

Бали > 5 свідчать про наявність клінічно значущих порушень сну.

MCID становить 3 бали, що дає змогу використовувати PSQI для оцінки терапевтичної відповіді вже через 30 днів [3].

5. Опитувальник щодо якості життя SF-36 (Short Form Health Survey (SF-36)).

SF-36 є багатовимірним інструментом оцінювання якості життя, пов'язаної зі здоров'ям.

Він містить 36 пунктів, що формують 8 доменів:

- PF – фізичне функціонування;
- RP – рольові обмеження через фізичний стан;
- BP – біль у тілі;
- GH – загальний стан здоров'я;
- VT – життєва енергія;
- SF – соціальне функціонування;
- RE – рольові обмеження через емоційний стан;
- MH – психічне здоров'я.

Доменні оцінки формуються в шкалу 0–100 балів, де вищі значення відображають кращу якість життя.

Далі домени групуються у два інтегральні індекси:

- PCS (Physical Component Summary) – фізичні компоненти;
- MCS (Mental Component Summary) – психологічні компоненти.

Вагові коефіцієнти обчислюються за стандартом Ware & Sherbourne (1992).

Клінічно значущою вважається зміна ≥ 5 пунктів у PCS/MCS.

6. Індекс маси тіла.

$IMT = \text{маса тіла (кг)} / \text{зріст}^2 (\text{м}^2)$. Для оцінки терапевтичного ефекту відстежувалися середні зміни IMT упродовж 90 днів. Клінічно значущою вважається динаміка $\geq 5\%$ від вихідного рівня.

Статистичний аналіз

Статистичний аналіз проведено з використанням описової статистики, порівняльних тестів і оцінки MCID. Для кожної шкали проводилася перевірка нормальності розподілу (тест Шапіро-Вілکا). З метою стабілізації дисперсії значення нормували відносно базового рівня (1-й день = 100%).

Для всіх змінних обчислювали:

- середнє арифметичне (M);
- стандартне відхилення (SD);
- 95% довірчий інтервал (ДІ);
- медіану (Me) для додаткової перевірки асиметрії.

Результати подано у форматі $M \pm SD$ з відсотковими змінами ($\Delta\%$).

Для порівняння показників між часовими точками (день 1, 30, 90-й) у межах кожної групи використовували:

- t-тест для парних вибірок за нормального розподілу;
- критерій Вілкоксона за наявності відхилень від нормальності.

Для міжгрупового порівняння застосовували:

- t-тест для незалежних вибірок,
- за потреби – непараметричний U-критерій Манна-Вітні.

Порогова достовірність приймалася на рівні $p < 0,05$, тенденційні відмінності позначалися як $0,05 \leq p < 0,10$.

Крім статистичної достовірності, враховували MCID, визначену для кожного інструмента на підставі літературних даних:

- шкала MRS – ≥ 4 бали;
- шкала HADS – $\geq 1,5$ бала;
- індекс PSQI – ≥ 3 бали;
- опитувальник SF-36 (PCS/MCS) – ≥ 5 балів загалом;
- IMT – $\geq 5\%$.

Цей підхід дозволив оцінити не лише математичну, а й практичну ефективність терапії.

Статистичний аналіз отриманих показників виконувався за допомогою програм Microsoft Excel 10.0 і Statistica 12.0.

Етичні аспекти

Дослідження проводили згідно з принципами Гельсінської декларації (Declaration of Helsinki 1994, 2000, 2008), Конвенцією Ради Європи «Про захист прав і гідності людини у зв'язку із використанням досягнень біології та медицини» (Council of Europe Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine, 1997), відповідними законами України, сучасними біоетичними нормами на клінічній базі кафедри акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти ДНП «Львівський національний медичний університет (ЛНМУ) імені Данила Галицького» в межах науково-дослідної роботи (№ держреєстрації 0125U000734). Дослідження було погоджене комісією з питань етики наукових досліджень, експериментальних розробок і наукових творів ЛНМУ імені Данила Галицького, що забезпечує дотримання міжнародних етичних стандартів і прозорість дослідницького процесу.

Усі жінки надали інформовану згоду на участь у дослідженні.

РЕЗУЛЬТАТИ

Оцінка впливу терапії за шкалою MRS

На момент початку дослідження всі учасниці мали помірні менопаузальні прояви, середня сумарна оцінка за шкалою MRS становила $14,0 \pm 1,7$. Структура симптомів була типовою для перименопаузи (табл. 1).

Таблиця 1. Структура менопаузальних симптомів в учасниць дослідження

Групи показників	$M \pm SD$	Відносний внесок, %
Соматичний	$6,1 \pm 1,0$	44
Психологічний	$5,5 \pm 1,1$	39
Урогенітальний	$2,4 \pm 0,8$	17
Загальний показник MRS	$14,0 \pm 1,7$	100

Домінантними були соматичні та психологічні симптоми, особливо припливи, безсоння, дратівливість і втома, урогенітальні розлади мали другорядне значення.

Таблиця 2. Динаміка показників у пацієнток основної групи

Період	Соматичні симптоми	Психологічні симптоми	Урогенітальні симптоми	Загальний показник MRS	Δ від базового, %
1-й день	6,1 ± 1,0	5,5 ± 1,1	2,4 ± 0,8	14,0 ± 1,7	–
30-й день	5,1 ± 0,9	4,5 ± 1,0	2,0 ± 0,7	11,6 ± 1,4	-17
90-й день	3,5 ± 0,8	3,3 ± 0,8	1,2 ± 0,6	8,0 ± 1,2	-43

Після початку прийому препарату Лайфемін® Іntenс спостерігалось суттєве поліпшення за всіма субшкалами MRS (табл. 2).

Водночас зниження на 6 балів перевищувало MCID і відповідало переходу з «помірного» до «легкого» рівня симптомів. В основній групі 80% жінок зауважили значне покращення самопочуття, стабілізацію емоційного стану та нормалізацію сну.

Редукція соматичних симптомів на 43% пояснюється естрогенмодулювальним ефектом циміцифуги, патентованого екстракту хмелю (Lifenol®) та ізофлавонів пуерарії, які зменшують вазомоторні прояви. Водночас зниження частоти припливів і пітливості зумовило покращення загального фізичного комфорту й сну.

Зменшення психологічних проявів на 40% узгоджується зі зниженням тривожності (за шкалою HADS-A) та підвищенням домену психологічної сфери (за опитувальником SF-36) і пов'язане з дією *Crocus sativus* і *Humulus lupulus*.

Зміни в урогенітальній сфері були найменш вираженими та клінічно значущими.

Під час оцінювання динаміки показників у групі порівняння покращення було менш виражене (–4 бали), але статистично достовірне ($p < 0,05$). Загалом 53% жінок із групи порівняння досягли клінічно значущого ефекту. Основні зміни відбулися в соматичному домені, тоді як психологічні симптоми залишилися частково збереженими (табл. 3).

Дані щодо порівняльної ефективності застосованих засо-

бів між групами представлені в таблиці 4.

Під час оцінювання клінічного значення змін встановлено, що:

- 80% пацієнток основної групи досягли клінічно значущого покращення ($\Delta MRS \geq 4$);
- 53% пацієнток групи порівняння досягли часткового покращення;
- ремісія симптомів в основній групі була вищою в 1,5 раза (відносний ризик 1,52; 95% ДІ: 1,14–2,03).

Покращення MRS супроводжувалося паралельним зростанням показників опитувальника SF-36 (PF, VT, MH) та зниженням показників індексу PSQI, що свідчить про узгоджене відновлення фізіологічних і психоемоційних функцій.

Оцінка впливу терапії за шкалою HADS

На початковому етапі дослідження пацієнтки обох груп перебували в діапазоні помірної тривоги та субклінічної депресії, характерних для менопаузального переходу (табл. 5).

Пацієнтки зауважували емоційну нестабільність, підвищену тривожність, порушення сну, дратівливість, втому та апатію, що типово для зниження естрогенової підтримки серотонінергічної системи.

Оцінювання динаміки показників в основній групі через 90 днів лікування показало статистично достовірну та клінічно значущу редукцію симптомів тривоги та депресії (табл. 6).

Редукція на 2,3 бала (HADS-A) та 1,9 бала (HADS-D) перевищувала MCID, що свідчить про клінічно значуще покращення

Таблиця 3. Динаміка показників у пацієнток групи порівняння

Період	Соматичні симптоми	Психологічні симптоми	Урогенітальні симптоми	Загальний показник MRS	Δ від базового, %
1-й день	6,1 ± 1,1	5,5 ± 1,0	2,4 ± 0,7	14,0 ± 1,6	–
30-й день	5,6 ± 0,9	5,0 ± 1,0	2,3 ± 0,7	12,9 ± 1,3	-8
90-й день	4,7 ± 0,8	4,1 ± 0,9	1,2 ± 0,6	10,0 ± 1,2	-29

Таблиця 4. Порівняльна ефективність застосованих засобів між групами

Субшкала	Δ% (основна група)	Δ% (група порівняння)	Різниця між групами	p
Соматична	-43%	-23%	20%	< 0,01
Психологічна	-40%	-26%	14%	< 0,05
Урогенітальна	-50%	-50%	0%	< 0,05
Загальний показник MRS	-43%	-29%	14%	< 0,01

Таблиця 5. Оцінювання пацієнток за шкалою HADS

Показник	Основна група (M ± SD)	Група порівняння (M ± SD)
HADS-A (тривога)	8,3 ± 1,1	8,1 ± 1,0
HADS-D (депресія)	7,8 ± 1,3	7,9 ± 1,2
Загальна оцінка HADS	16,1 ± 1,7	16,0 ± 1,8

Таблиця 6. Динаміка показників шкали HADS у пацієнок основної групи

Період	HADS-A (M ± SD)	Δ%	HADS-D (M ± SD)	Δ%	p
1-й день	8,3 ± 1,1	–	7,8 ± 1,3	–	–
30-й день	7,0 ± 1,0	-16%	6,7 ± 1,1	-14%	< 0,05
90-й день	6,0 ± 0,9	-27%	5,9 ± 1,0	-24%	< 0,01

емоційного стану. Загалом 70% пацієнок основної групи досягли рівня «норма» (≤ 7 балів) за обома субшкалами.

У групі порівняння показники були менш вираженими: хоча позитивна динаміка спостерігалась, однак зміни не досягли порогу MCID. Лише 40% жінок повідомили про відчутне покращення (табл. 7).

Під час порівняння ефективності між групами виявлено вдвічі вищий терапевтичний ефект показників шкали HADS в основній групі ($p < 0,01$), що свідчить про антистресову й антидепресивну дію лікувального комплексу, зокрема завдяки шафрану (табл. 8).

Кореляційний аналіз виявив тісні взаємозв'язки показників шкали HADS з іншими параметрами:

- HADS-A ↔ PSQI: $r = 0,66$ ($p < 0,001$) – гірший сон супроводжувався вищою тривожністю;
- HADS-D ↔ PSM-25: $r = 0,72$ ($p < 0,001$) – депресивність корелювала зі стресовою реактивністю;
- HADS Total ↔ SF-36 MCS: $r = -0,68$ ($p < 0,001$) – покращення психічного компонента якості життя асоціювалося зі зниженням депресивних і тривожних проявів.

Отримані дані підтверджують комплексний характер покращення психоемоційного стану в пацієнок основної групи, що охоплює емоційні, когнітивні й соматичні сфери.

Під час оцінювання клінічної значущості змін в основній групі виявлено перехід 70% жінок із категорії «помірна три-

вога / депресія» (8–10 балів) до «норми» (≤ 7 балів). Водночас у групі порівняння таких пацієнок було лише 40%.

Середнє зниження показників на 2–3 бали відповідає клінічному покращенню, порівнюваному з ефектом низьких доз селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну в постменопаузі, але без побічних явищ (сонливість, збільшення ваги, зниження лібідо).

Оцінка впливу терапії за шкалою PSM-25

На початковому етапі дослідження пацієнтки обох груп мали помірний рівень стресу: основна група – $128,2 \pm 6,5$ бала, група порівняння – $128,5 \pm 6,7$ бала ($p > 0,05$). Ці значення узгоджуються з типовими показниками для перименопаузальних жінок із середнім рівнем емоційної лабільності та скаргами на втому, порушення сну, дратівливість.

Після 90 днів лікування спостерігалось зниження стресу в обох групах, проте в основній групі показник перевищив клінічно значущий поріг ($\Delta \geq 10\%$), водночас у групі порівняння визначено лише статистичну тенденцію без вираженого клінічного ефекту (табл. 9).

Найбільше зниження виявлено за емоційною субшкалою (-14%), що свідчить про переважний вплив фітотерапії на емоційно-вегетативний рівень регуляції. Менш виражені, але стабільні зміни за фізіологічними та когнітивними субшкалами свідчать про поступове відновлення адаптаційних резервів.

Таблиця 7. Динаміка показників шкали HADS у пацієнок групи порівняння

Період	HADS-A (M ± SD)	Δ%	HADS-D (M ± SD)	Δ%	p
1-й день	8,1 ± 1,0	–	7,9 ± 1,2	–	–
30-й день	7,6 ± 0,9	-6%	7,5 ± 1,1	-5%	0,1
90-й день	7,3 ± 1,0	-10%	6,9 ± 1,1	-12%	0,08

Таблиця 8. Порівняння ефективності терапії між групами

Група	Δ HADS-A	Δ HADS-D	Загальне зниження HADS	Частка пацієнок із клінічно значущим ефектом
Основна	-2,3 (-27%)	-1,9 (-24%)	-4,2 (-26%)	70%
Порівняння	-0,8 (-10%)	-1,0 (-12%)	-1,8 (-11%)	40%

Таблиця 9. Динаміка показників шкали PSM-25 у пацієнок обох груп у процесі лікування

Субшкала	Основна група				Δ% (група порівняння)	p (між групами)
	Вихідний показник (M ± SD)	30-й день	90-й день	Δ%		
Емоційна	49,2 ± 3,2	44,8 ± 3,0	42,2 ± 2,9	-14%	-7%	< 0,01
Фізіологічна	43,7 ± 3,1	40,9 ± 3,0	38,4 ± 2,8	-12%	-5%	< 0,05
Когнітивна	35,3 ± 2,8	33,1 ± 2,6	32,0 ± 2,4	-9%	-4%	< 0,05
Загальна	128,2 ± 6,5	118,8 ± 5,8	112,6 ± 5,2	-12%	-6%	< 0,05

Загалом зменшення показників PSM-25 в основній групі відображає зниження стресової вразливості, тобто здатність організму ефективніше справлятися з психоемоційним навантаженням, що знайшло відображення в повідомленнях пацієнток про зменшення напруження та дратівливості, нормалізації серцебиття, артеріального тиску та потовиділення, покращення концентрації уваги й працездатності.

Кореляційний аналіз показав такі взаємозв'язки:

- Емоційна субшкала ↔ HADS-A: $r = 0,75$, $p < 0,001$.
- Фізіологічна субшкала ↔ PSQI: $r = 0,63$, $p < 0,01$.
- Когнітивна субшкала ↔ SF-36 (VT, MH): $r = -0,59$, $p < 0,01$.

Ці дані демонструють, що зниження стресу веде до комплексного покращення стану – не лише емоційного, а й соматичного та когнітивного.

Отже, після 90 днів лікування в основній групі спостерігалось:

- зниження загального рівня психологічного стресу (-12%);
- відновлення емоційної стабільності (-14%);
- покращення соматичних проявів (-12%);
- підвищення когнітивної ефективності (-9%);
- кореляційне покращення з показниками сну, настрою та якості життя.

Водночас у групі порівняння була продемонстрована менша інтенсивність впливу, з тенденцією до стабілізації емоційного фону, але без суттєвого фізіологічного ефекту.

Оцінка впливів терапії за індексом PSQI

На початку дослідження в обох групах спостерігалися помірні розлади сну – середнє значення PSQI = $9,0 \pm 1,5$. Це відповідає ситуації, коли більшість жінок повідомляють про труднощі із засинанням, нічні пробудження, раннє пробудження та денну втому. Після 90 днів терапії в основній групі спостерігалось зниження до середніх значень – до $5,0 \pm 1,0$ ($p < 0,001$; $\Delta = -45\%$), у групі порівняння – до $7,0 \pm 1,2$ ($p < 0,05$; $\Delta = -22\%$). Тобто в основній групі було перетнуто клінічний поріг, що відповідає нормалізації якості сну в більшості пацієнток.

Водночас найбільші зміни спостерігалися в компонентах 1, 2, 3 і 7 – тобто в суб'єктивній якості сну, латентності засинання, тривалості сну та денній активності.

Саме ці сфери є найбільш чутливими до фітонутрієнтів, що модулюють нейромедіаторну рівновагу (табл. 10).

Привертав до себе увагу той факт, що покращення сну в основній групі прямо корелювало зі зниженням показників PSM-25 ($r = 0,64$; $p < 0,01$). Це свідчить, що зменшення психоемоційної напруги відіграє ключову роль у відновленні сну.

Кореляційний аналіз між PSQI і психоемоційними шкалами показав:

- PSQI ↔ HADS ($r = 0,66$, $p < 0,001$): гірша якість сну асоціюється з підвищеною тривогою;
- PSQI ↔ PSM-25 ($r = 0,61$, $p < 0,01$): вищий рівень стресу – нижча ефективність сну;
- PSQI ↔ SF-36 (VT, MH) ($r = -0,63$, $p < 0,01$): покращення сну підвищує життєвий тонус і психічне благополуччя.

Під час порівняння ефективності між двома групами було встановлено, що Лайфемін® Іntenс забезпечує подвійний ефект – зменшення латентності сну та суттєве покращення всіх його компонентів, тоді як циміцифуга лише частково впливає на якість сну без суттєвої зміни його тривалості чи структури (табл. 11).

Оцінка впливу терапії на якість життя за опитувальником SF-36

Під час оцінювання динаміки показників якості життя в основній групі після 90 днів терапії спостерігалось суттєве підвищення більшості доменів опитувальника SF-36 (табл. 12).

Водночас інтегральні індекси становили для фізичного компонента (PCS) $46,3 \pm 4,1 \rightarrow 56,1 \pm 4,3$ (+21%), а для психологічного компонента (MCS) $44,0 \pm 3,9 \rightarrow 53,0 \pm 3,6$ (+20%). Покращення PCS в основній групі перевищило клінічно значущий поріг (+9,8 бала > MCID = 5), що асоціюється з реальним відновленням функціональної активності. Водночас

Таблиця 10. Динаміка показників індексу PSQI в пацієнток обох груп в процесі лікування

Компонент	Початкове значення (обидві групи)	90-й день, основна група (Δ%)	90-й день, група порівняння (Δ%)
1. Суб'єктивна якість сну	$2,0 \pm 0,5$	$1,1 \pm 0,4$ (-45%)	$1,6 \pm 0,5$ (-20%)
2. Латентність засинання	$2,2 \pm 0,6$	$1,4 \pm 0,5$ (-36%)	$1,8 \pm 0,6$ (-18%)
3. Тривалість сну	$1,8 \pm 0,5$	$1,1 \pm 0,4$ (-39%)	$1,4 \pm 0,5$ (-22%)
4. Ефективність сну	$1,5 \pm 0,4$	$0,9 \pm 0,3$ (-40%)	$1,2 \pm 0,4$ (-20%)
5. Порушення сну	$1,7 \pm 0,5$	$1,1 \pm 0,4$ (-35%)	$1,5 \pm 0,5$ (-12%)
6. Використання снодійних	$0,9 \pm 0,3$	$0,5 \pm 0,2$ (-44%)	$0,8 \pm 0,3$ (-11%)
7. Денна дисфункція	$1,4 \pm 0,4$	$0,8 \pm 0,3$ (-43%)	$1,1 \pm 0,4$ (-21%)

Таблиця 11. Порівняння ефективності терапії щодо зниження показників PSM-25 між групами

Показник	Δ (основна група)	Δ (група порівняння)	Різниця між групами	p
Сумарний PSQI	-4,0	-2,0	2,0	< 0,01
Пацієнтки з покращенням ≥ MCID	77%	45%	32%	< 0,05
Денна сонливість	-43%	-21%	19%	< 0,05
Частота нічних пробуджень	-35%	-12%	23%	< 0,01

Таблиця 12. Оцінка динаміки показників якості життя в основній групі

Показник	Вихідний рівень (M ± SD)	30-й день	90-й день	Δ% (90-й день)	p
Фізичне функціонування (PF)	73,2 ± 9,8	79,1 ± 8,4	86,5 ± 7,5	18%	< 0,01
Рольові обмеження через фізичний стан (RP)	68,9 ± 10,1	75,0 ± 9,0	80,5 ± 8,2	17%	< 0,05
Біль у тілі (BP)	65,0 ± 11,3	73,4 ± 9,6	79,3 ± 8,5	22%	< 0,01
Загальний стан здоров'я (GH)	69,1 ± 8,9	74,5 ± 8,2	79,4 ± 7,8	15%	< 0,05
Життєва енергія (VT)	58,7 ± 10,4	68,2 ± 8,7	73,4 ± 7,9	25%	< 0,01
Соціальне функціонування (SF)	66,3 ± 9,7	74,8 ± 9,0	79,7 ± 8,1	20%	< 0,05
Рольові обмеження через емоційний стан (RE)	67,5 ± 9,9	73,2 ± 9,2	81,5 ± 8,7	21%	< 0,01
Психічне здоров'я (MH)	61,4 ± 9,5	70,1 ± 8,6	76,2 ± 8,0	24%	< 0,01

покращення MCS (+9 балів) відображає зменшення тривожності, емоційного виснаження та соціальної ізоляції.

Найвиразніше зростання спостерігалось у показниках життєвої енергії (VT) (+25%) та психічного здоров'я (MH) (+24%), що узгоджується з редукцією показників шкал HADS і PSM-25. Підвищення показників соціального функціонування (SF) і рольових обмежень через емоційний стан (RE) демонструє покращення соціальної взаємодії, комунікації та емоційного контролю. Ці зміни є критично важливими в перименопаузі, коли соціальна відстороненість і втрата мотивації часто поглиблюють депресивні прояви.

У групі порівняння після 90 днів терапії оцінка динаміки показників якості життя також показала покращення результатів опитувальника SF-36, однак воно стосувалось переважно фізичного функціонування та больових відчуттів, тоді як психоемоційні зміни були повільнішими (табл. 13).

Водночас інтегральні індекси становили для фізичного компонента (PCS) 46,1 ± 4,2 → 51,0 ± 4,1 (+11%), а для психологічного компонента (MCS) 44,1 ± 4,0 → 47,1 ± 3,8 (+7%).

Проведений порівняльний аналіз показав збалансоване зростання обох інтегральних компонентів опитувальника SF-36 в основній групі, тоді як у групі порівняння спостері-

галась переважно фізична спрямованість зростання без вираженого впливу на емоційно-когнітивні домени (табл. 14).

Під час вивчення міждомених кореляцій в основній групі спостерігалися статистично значущі зв'язки:

- PCS ↔ BP ($r = 0,71$, $p < 0,01$) – зменшення болю підвищує фізичну активність;
- MCS ↔ MH ($r = 0,84$, $p < 0,001$) – емоційна стабілізація є головним чинником підвищення MCS;
- VT ↔ HADS ($r = -0,63$, $p < 0,01$) – що нижчим є рівень тривоги, то вищим буде рівень життєвого тону.

Такі взаємозв'язки підтверджують цілісний, а не ізольований характер відновлення – емоційне поліпшення підсилює фізичне, а соматична стабілізація знижує психологічний дистрес.

Згідно з критеріями MCID (≥ 5 балів), клінічно значуще покращення за кожним інтегральним доменом (PCS/MCS) досягнуто в:

- 83% пацієнток основної групи;
- 60% пацієнток групи порівняння.

Покращення показників опитувальника SF-36 в основній групі свідчить про глобальне відновлення функціонального та емоційного стану, що охоплює:

Таблиця 13. Оцінка динаміки показників якості життя в групі порівняння

Показник	Вихідний рівень (M ± SD)	30-й день	90-й день	Δ% (90-й день)	p
Фізичне функціонування (PF)	73,5 ± 9,4	76,2 ± 8,8	80,1 ± 8,0	9%	< 0,05
Рольові обмеження через фізичний стан (RP)	68,7 ± 10,3	72,1 ± 9,6	76,0 ± 9,1	10%	< 0,05
Біль у тілі (BP)	64,8 ± 10,7	69,3 ± 9,5	72,0 ± 8,8	11%	< 0,05
Загальний стан здоров'я (GH)	69,0 ± 8,5	72,0 ± 8,3	74,4 ± 7,9	8%	< 0,05
Життєва енергія (VT)	58,5 ± 9,9	63,4 ± 9,1	64,3 ± 8,8	10%	< 0,1
Соціальне функціонування (SF)	66,1 ± 9,6	69,0 ± 8,9	72,0 ± 8,5	9%	< 0,1
Рольові обмеження через емоційний стан (RE)	67,2 ± 9,8	70,0 ± 9,3	72,8 ± 8,9	8%	< 0,1
Психічне здоров'я (MH)	61,2 ± 9,3	64,0 ± 8,9	66,2 ± 8,6	8%	< 0,1

Таблиця 14. Порівняльний аналіз показників якості життя між групами

Компонент	Δ% (основна група)	Δ% (група порівняння)	Відносна різниця між групами
Інтегральний індекс для фізичного компонента (PCS)	21%	11%	10%
Інтегральний індекс для психологічного компонента (MCS)	20%	7%	13%
Середній приріст усіх показників	20%	9%	11%

- фізичну активність;
- психічну стабільність;
- соціальну адаптацію;
- енергетичний баланс.

На відміну від цього в групі порівняння було продемонстровано лише часткове відновлення фізичного компонента без вираженого впливу на ментальне здоров'я. Також виявлено статистично достовірні взаємозв'язки:

- MRS ↔ PSQI ($r = 0,68$, $p < 0,001$) – що менше менопаузальні прояви, то краща якість сну;
- HADS ↔ PSM-25 ($r = 0,72$, $p < 0,001$) – тривожність прямо пов'язана з рівнем стресу;
- PSQI ↔ SF-36 (VT, MH) ($r = -0,63$, $p < 0,01$) – покращення сну підвищує психічне благополуччя.

Оцінка впливу терапії на динаміку IMT та соматичних показників

Зміни IMT є непрямим, але показовим індикатором метаболічного гомеостазу в жінок у менопаузі. В основній групі середнє значення IMT зменшилося з $27,8 \pm 1,6$ до $26,1 \pm 1,3$ кг/м² (-6%, $p < 0,05$), що відповідає переходу від верхньої межі надлишкової маси до субнормального рівня. У групі порівняння показник залишався стабільним ($27,6 \pm 1,5 \rightarrow 27,6 \pm 1,4$; $p > 0,1$).

Ця динаміка супроводжувалася зниженням частоти скарг на набряки, млявість, відчуття важкості в тілі – симптомів, пов'язаних із порушенням водно-сольового балансу та уповільненням обміну речовин. Зменшення IMT в основній групі розглядалося не як ефект прямої редукції маси тіла, а як наслідок відновлення метаболічної стабільності під впливом фітокомплексу. Покращення сну, зменшення тривожності й нормалізація кортизолового профілю опосередковано впливають на регуляцію апетиту через лептин-грелінову систему.

Загальна оцінка терапевтичної динаміки

Упродовж 90-денного терапевтичного спостереження пацієнтки обох груп продемонстрували позитивну клінічну динаміку, однак ступінь і темпи змін суттєво різнилися між групами.

В основній групі покращення спостерігалось вже на 30-й день лікування і посилювалося до 90-го дня, тоді як у групі порівняння ефект розвивався поступово, з менш вираженим позитивним ефектом (табл. 15).

У групі порівняння зміни були статистично менш вираженими і на 30-й та 90-й дні відповідно становили:

- MRS: -8% і 29%;
- HADS: -6% і 12%;
- PSM-25: -4% і 6%;
- PSQI: -14% і 22%;
- SF-36 (PCS/MCS): +8%/+5% та +11%/+7%;
- IMT без змін.

Наведені результати свідчать, що Лайфемін® Іntenс виявляє мультисистемну терапевтичну дію, охоплюючи не лише фізичні симптоми, а й психоемоційний і когнітивний компоненти життя.

Під час дослідження динаміки ефекту терапії оцінювалася рання (30-й день) та пізня динаміка (90-й день).

У групі порівняння зміни на 30-й день були незначними, що підтверджує більшу ефективність комплексу фітокомпонентів.

На 90-й день в основній групі більшість параметрів досягла стабільного терапевтичного плато:

- 80% учасниць повідомили про суб'єктивне покращення самопочуття;
- 77% – про нормалізацію сну;
- 70% – про зменшення тривожності до рівня «норми».

У групі порівняння позитивна динаміка зберігалася, але була меншою за клінічний поріг MCID для більшості шкал.

Оцінка когнітивного компонента виявила покращення концентрації, пам'яті, суб'єктивної працездатності (відповідно до когнітивної субшкали PSM-25), підвищення життєвої енергії (VT) за опитувальником SF-36 на +25%, що відображає зростання енергетичного тону та мотивації. Кореляційний аналіз мультидоменних взаємозв'язків в основній групі показав статистично значущі кореляції між ключовими показниками (табл. 16).

Кореляційний аналіз підтверджує, що Лайфемін® Іntenс діє комплексно, відновлюючи нейроендокринну та психосоматичну інтеграцію.

ОБГОВОРЕННЯ

Результати дослідження свідчать, що обидві групи учасниць отримали позитивний вплив на соматичні, психоемоційні та метаболічні компоненти здоров'я в перименопаузальному періоді. Однак в основній групі було продемонстровано більш виражену комплексну дію, що охоплювала як вазомоторні, так і афективні та когнітивні

Таблиця 15. Середні значення ключових досліджених шкал у пацієнток основної групи

Показник	1-й день	30-й день	90-й день	Δ% (30-й день)	Δ% (90-й день)	p
MRS (менопаузальні симптоми)	14,0 ± 1,7	11,6 ± 1,4	8,0 ± 1,2	-17%	-43%	< 0,01
HADS (тривога + депресія)	16,1 ± 1,7	13,7 ± 1,5	11,9 ± 1,3	-15%	-26%	< 0,05
PSM-25 (стрес)	128,2 ± 6,5	118,8 ± 5,8	112,6 ± 5,2	-7%	-12%	< 0,05
PSQI (сон)	9,0 ± 1,5	7,1 ± 1,2	5,0 ± 1,0	-21%	-45%	< 0,001
SF-36, PCS	46,3 ± 4,1	51,8 ± 4,2	56,1 ± 4,3	12%	21%	< 0,01
SF-36, MCS	44,0 ± 3,9	48,2 ± 3,8	53,0 ± 3,6	10%	20%	< 0,01
IMT	27,8 ± 1,6	27,3 ± 1,4	26,1 ± 1,3	-2%	-6%	< 0,05

Таблиця 16. Кореляційний аналіз мультидоменних взаємозв'язків в основній групі

Кореляційна пара	r	p	Інтерпретація
MRS ↔ PSQI	0,68	< 0,001	Менше симптомів → кращий сон
HADS ↔ PSM-25	0,72	< 0,001	Менша тривога → нижчий стрес
PSQI ↔ SF-36 (VT)	-0,63	< 0,01	Кращий сон → вищий життєвий тонус
HADS ↔ SF-36 (MH)	-0,66	< 0,01	Менша депресія → кращий психічний стан

симптоми. Під час порівняння показників двох груп було виявлено суттєву різницю в темпах та масштабах покращення клінічних показників. Хоча обидві групи продемонстрували позитивну динаміку, основна група виявилася більш результативною у всіх досліджуваних доменах, особливо в психоемоційному, соматичному та когнітивному компонентах, що дає змогу зробити висновок про дозозалежну ефективність.

В основній групі середнє покращення за основними шкалами становило:

- MRS: -43% (клінічно значуща редукція симптомів);
- HADS: -26% (зменшення тривожності й депресивних проявів);
- PSQI: -45% (покращення якості сну до рівня норми);
- PSM-25: -12% (зниження стресу);
- SF-36 (PCS/MCS): +21% / +20%;
- IMT: -6%.

Для групи порівняння відповідні показники були нижчими:

- MRS: -29%;
- HADS: -12%;
- PSQI: -22%;
- PSM-25: -6%;
- SF-36 (PCS/MCS): +11% / +7%;
- IMT: стабільний.

Під час оцінювання динаміки менопаузальних симптомів (за шкалою MRS) визначено, що Лайфемін® Іntenс забезпечував глибшу редукцію менопаузальних симптомів (Δ MRS = -6,0 балів) порівняно із циміцифугою (Δ MRS = -4,0 балів). Найбільш виражені відмінності спостерігалися в психологічному субдомени MRS, що узгоджується з кращими показниками HADS і PSQI.

Аналіз субшкал показав, що в основній групі частка пацієнток із клінічно значущим покращенням (≥ 4 бали) становила 80%, у групі порівняння – 53%, водночас редукція соматичних проявів (припливи, пітливість) в основній групі становила 43%, а в групі порівняння – лише 23%.

Оцінка впливів на психоемоційний стан (HADS, PSM-25, SF-36 MCS) показала в основній групі зниження тривоги (HADS-A) на 2,3 (27%) і депресії (HADS-D) на 1,9 (24%) бала, що було клінічно значущим (MCID $\geq 1,5$ бала), тоді як у групі порівняння зміни не перевищували поріг статистичної достовірності ($p > 0,05$). Це свідчить, що анкіолітичний ефект виявлено лише в групі застосування Лайфемін® Іntenс.

Зниження загального балу PSM-25 в основній групі (-12%) водночас відображає нормалізацію стресової реакції та зменшення когнітивної напруги. У групі порівняння ефект обмежувався лише емоційним доменом (-6%), без істотних змін у фізіологічних показниках.

Аналіз ментальної сфери якості життя (SF-36 MCS) показав підвищення індексу MCS на 20% в основній групі проти 7% у групі порівняння ($p < 0,05$), що відображає мультидоменний антистресовий ефект. Це проявлялось у покращенні настрою, працездатності, відновленні мотивації та якості соціальної взаємодії.

Також спостерігалось значне покращення якості сну. Так, зменшення показників PSQI в основній групі на 4 бали перевищувало MCID (≥ 3), тоді як у групі порівняння спостерігалось покращення лише на 2 бали.

Компонентний аналіз індексу PSQI показав, що в основній групі значно покращилися латентність засинання (-36%) та ефективність сну (-40%), тоді як у групі порівняння покращення було лише частковим.

Під час оцінювання якості життя в основній групі спостерігалось достовірне зростання індексів PCS (+21%) і MCS (+20%), тоді як у групі порівняння покращення було меншим: +11% і +7% відповідно.

Доменний аналіз опитувальника SF-36 показав такі дані:

- життєва енергія (VT): +25% vs +10%;
- психологічне здоров'я (MH): +24% vs +8%;
- фізичне функціонування (PF): +18% vs +9%.

Такі відмінності підтверджують мультисистемну дію Лайфемін® Іntenс, що водночас впливає на фізичне, психічне та соціальне функціонування. Крім цього, лише в основній групі зафіксовано зниження IMT (-6%), тоді як у групі порівняння динаміка змін IMT була відсутня.

Проведений аналіз також підтвердив клінічну значущість та ефективність Лайфемін® Іntenс за MCID (табл. 17).

Підсумовуючи відмінності отриманих ефектів лікування в пацієнток обох груп, слід зауважити швидкість дії Лайфемін® Іntenс. Цей засіб демонструє ранній ефект за більшістю вимірюваних показників уже на 30-й день (покращення $> 20\%$), тоді як монопрепарат циміцифуги має відтермінований ефект.

Окремо слід зауважити глибину терапевтичного впливу Лайфемін® Іntenс, оскільки редукція симптомів в основній групі перевищувала пороги клінічної значущості для всіх основних шкал, а в групі порівняння – лише для шкали MRS. Комплексність ефекту спостерігалась в основній групі, де вплив одночасно здійснювався на соматичні, емоційні, когнітивні та метаболічні параметри. Окрім всього вищенаведеного, в обох групах не фіксувалося негативної динаміки в метаболічних показниках та побічних дій чи непереносимості.

Отримані нами результати узгоджуються із сучасними даними доказової фітотерапії [9, 12, 14, 24] і підтверджують доцільність застосування комбінованих фітопрепаратів для підтримки здоров'я жінок у перименопаузі.

Таблиця 17. Порівняння клінічної значущості лікування між групами

Шкала	MCID	Δ, основна група	Δ, група порівняння	Частка пацієнток із клінічно значущим ефектом (основна група і група порівняння)
MRS	≥ 4	-6,0	-4,0	80% vs 53%
HADS	≥ 1,5	-4,2	-1,8	70% vs 40%
PSQI	≥ 3	-4,0	-2,0	77% vs 45%
SF-36 (PCS/MCS)	≥ 5	+10 / +9	+5 / +3	83% vs 60%
PSM-25	≥ 10%	-12%	-6%	68% vs 41%

Обмеження дослідження: відкритий дизайн і відсутність рандомізації; потрібні масштабніші рандомізовані дослідження для підтвердження ефектів і визначення довгострокової безпеки.

ВИСНОВКИ

1. Проведене дослідження підтвердило, що фітотерапевтичні засоби можуть ефективно впливати на комплекс менопаузальних симптомів – вазомоторних, психоемоційних, когнітивних та метаболічних порушень.

2. Використання дієтичної добавки Лайфемін® Іntenс, що містить комбінацію *Cimicifuga racemosa* (чорний кохощ), *Humulus lupulus* (хміль звичайний), *Pueraria lobata* (пуерарія), *Dioscorea villosa* (дикий ямс), *Angelica sinensis* (дудник китайський) та *Crocus sativus* (шафран посівний), забезпечує більш

виражений терапевтичний ефект порівняно з моноекстрактом *Cimicifuga racemosa*.

3. Уже через 30 днів спостереження в пацієнток основної групи фіксувалося суттєве зменшення вираженості менопаузальних проявів (MRS – 17%), покращення якості сну (PSQI – 21%) і зниження рівня тривожності (HADS-A – 16%), що свідчить про ранній початок дії комплексу.

4. Комплексна дія Лайфемін® Іntenс охоплює не лише симптоматичне полегшення, а й нормалізацію нейроендокринної регуляції, сну, настрою та енергетичного балансу. Це підтверджується покращенням доменів життєвої енергії та психологічного здоров'я за опитувальником SF-36 та впливом на метаболічні параметри, що відобразився в зниженні ІМТ на 6%.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Taku K, Melby MK, Kronenberg F, et al. Extracted or synthesized soybean isoflavones reduce menopausal hot flash frequency and severity: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Menopause*. 2012;19(7):776–90. DOI: 10.1097/gme.0b013e3182410159.
2. Chen MN, Lin CC, Liu CF. Efficacy of phytoestrogens for menopausal symptoms: a meta-analysis and systematic review. *Climacteric*. 2015;18(2):260–9. DOI: 10.3109/13697137.2014.966241.
3. Ramyashree S, Veigas J, Kanagal D. Severity of menopausal symptoms on quality of life among working women. *J Educ Health Promot*. 2024 Feb 7;13:35. DOI: 10.4103/jehp.jehp_802_23.
4. Santoro N, Roeca C, Peters BA, Neal-Perry G. The menopause transition: signs, symptoms, and management. *J Clin Endocrinol Metab*. 2021;106(6). DOI: 10.1210/clinem/dgaa764.
5. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*. 2002;288(3):321–3. DOI: 10.1001/jama.288.3.321.
6. Stuenkel CA. Menopausal hormone therapy: current considerations. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2015 Sep;44(3):565–85. DOI: 10.1016/j.ecl.2015.05.006.
7. Davis SR, Pinkerton J, Santoro N, Simoncini T. Menopause-Biology, consequences, supportive care, and therapeutic options. *Cell*. 2023 Sep 14;186(19):4038–58/ DOI: 10.1016/j.cell.2023.08.016.
8. Lambrinoudaki I, Armeni E, D Goulis D, et al. Menopause, wellbeing and health: a care pathway from the European Menopause and Andropause Society. *Maturitas*. 2022;161:1–14. DOI: 10.1016/j.maturitas.2022.03.004.
9. Viereck V, Emons G, Wuttke W. Black cohosh: just another phytoestrogen? *Trends Endocrinol Metab*. 2005;16(5):214–221. DOI: 10.1016/j.tem.2005.05.002.
10. Pohjanvirta R, Nasri A. The potent phytoestrogen 8-prenylnaringenin: a friend or a foe? *Int J Mol Sci*. 2022;23(6):3168. DOI: 10.3390/ijms23063168.
11. Štulíková K, Karabín M, Nešpor J, Dostálek P. Therapeutic perspectives of 8-prenylnaringenin, a potent phytoestrogen from hops. *Molecules*. 2018;23(3):660. DOI: 10.3390/molecules23030660.
12. Castelo-Branco C, Gambacciani M, Cano A, et al. Isopropanolic black cohosh extract (iCR) for menopausal symptoms—an update on the evidence. *Climacteric*. 2021;24(2):109–119. DOI: 10.1080/13697137.2020.1820477.
13. Over CR, Guo J, Chadwick LR, et al. Comparison of the in vitro estrogenic activities of compounds from hops (*Humulus lupulus*) and red clover (*Trifolium pratense*). *J Agric Food Chem*. 2005;53(16):6246–53. DOI: 10.1021/jf050448p.
14. Beer A-M, Neff A. Differentiated Evaluation of Extract-Specific Evidence on *Cimicifuga racemosa*'s Efficacy and Safety for Climacteric Complaints. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2013(3):860602. DOI: 10.1155/2013/860602.
15. Huntley A, Ernst E. A systematic review of the safety of black cohosh. *Menopause*. 2003;10(1):58–64. DOI: 10.1097/00042192-200310010-00010.
16. Hedao K, Badge AK, Tiwade YR, et al. Exploring the efficacy and safety of black cohosh (*Cimicifuga racemosa*) in menopausal symptom management. *J Midlife Health*. 2024;15:5–11. DOI: 10.4103/jmh.jmh_242_23.
17. Le Y, Li X, Guo X, et al. Review of black cohosh-induced toxicity and adverse clinical effects. *J Environ Sci Health C Toxicol Carcinog*. 2025;43(3):243–68. DOI: 10.1080/26896583.2025.2513795.
18. Bowe J, Li XF, Kinsey-Jones J, et al. The hop phytoestrogen 8-prenylnaringenin reverses the ovariectomy-induced rise in skin temperature in an animal model of menopausal hot flashes. *J Endocrinol*. 2006;191(2):399–405. DOI: 10.1677/joe.1.06919.
19. Calvo-Castro LA, Burkard M, Sus N, et al. Oral bioavailability of 8-prenylnaringenin from hops (*Humulus lupulus*) in humans. *Mol Nutr Food Res*. 2018;62(7):1700838. DOI: 10.1002/mnfr.201700838.
20. Lopresti AL, Smith SJ. The effects of a saffron extract (affron®) on menopausal symptoms in women during perimenopause: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Menopausal Med*. 2021;27(2):66–78. DOI: 10.6118/jmm.21002.
21. Rowe LJ, Baber RJ. The effects of phytoestrogens on postmenopausal health. *Climacteric*. 2021 Feb;24(1):57–63. DOI: 10.1080/13697137.2020.1863356.
22. Kupfersztain C, Rotem C, Fagot R, Kaplan B. The immediate effect of natural plant extract *Angelica sinensis* and *Matricaria chamomilla* for the treatment of hot flashes during menopause: a preliminary report. *Climacteric*. 2003;6(4):203–6.

23. Nohri AR, Lafont L, Llanos A, Qasim H. Evaluating the efficacy of wild yam hormonal salve in managing menopausal symptoms: a cohort study. *Journal of Population and Therapeutics and Clinical Pharmacology*. 2024;01(31).

DOI: <https://doi.org/10.53555/jptcp.v3i1i1.3956>

24. Grygorieva, N, Kovalenko V, Korzh M, Tatarchuk T, et al.

Guideline for diagnostic, prevention and treatment of postmenopausal osteoporosis. Pain, joints, spine. 2023 13(3), 128–54.

DOI: <https://doi.org/10.22141/pjs.13.3.2023.378>

25. Delam H, Keshtkaran Z, Shokrpour N, et al. The effect of *Crocus sativus* L. (saffron) herbal tea on happiness in postmenopausal women: a randomized controlled trial *BMC Complement Med Ther*. 2023 Jun 1;23:176.

DOI: [10.1186/s12906-023-04014-8](https://doi.org/10.1186/s12906-023-04014-8)

26. Rosinta FAD, Deanita TW, Ariyono MIDW, Silitonga TK. Comprehensive Analysis of Phytoestrogens Intervention to Improve Cognitive Function in Menopausal Women: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Asian J Heal Res*. 2025;4(2):67–77.

DOI: [10.55561/ajhr.v4i2.239](https://doi.org/10.55561/ajhr.v4i2.239)

27. Sultana A, Heyat MBB, Rahman K, et al. Therapeutic efficacy of botanicals in psychological disorders in menopausal women: a systematic and scoping review. *Front Pharmacol*. 2025 Oct 13;16:1661035.

DOI: [10.3389/fphar.2025.1661035](https://doi.org/10.3389/fphar.2025.1661035)

ФІТОКОМБІНАЦІЇ ЯК ШЛЯХ ДО КОМФОРТУ: НЕГОРМОНАЛЬНА ПІДТРИМКА ЖІНКИ В ПЕРИМENOПАУЗІ

С.О. Шурп'як, д. мед. н. професор кафедри сімейної медицини, кардіології та медицини невідкладних станів ФПДО ДНП «Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького», м. Львів

В.І. Пирогова, д. мед. н., професорка, завідувачка кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПДО ДНП «Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького», м. Львів

Мета дослідження: порівняти ефективність дієтичної добавки Лайфемін® Інтенс (мультикомпонентний фітокомплекс, що містить *Cimicifuga racemosa*, *Humulus lupulus*, *Pueraria lobata*, *Dioscorea villosa*, *Angelica sinensis* та *Crocus sativus*) та препарату на основі циміцифуги за динамікою клінічних показників у перименопаузальних жінок протягом 90-денного спостереження.

Матеріали та методи. Виконано відкрите порівняльне дослідження за участю 60 жінок 45–58 років (середній вік $52,3 \pm 3,8$ року) з помірними клімактеричними порушеннями та рівнем фолікулостимулювального гормону > 20 мМО/мл. Учасниць розподіли на дві групи по 30 жінок у кожній: основна група приймала Лайфемін® Інтенс, група порівняння — препарат циміцифуги. Курс лікування тривав 90 днів. Оцінювання проводили на 1, 30 та 90-й дні за валідованими шкалами: MRS, HADS (A/D), PSM–25, PSQI, SF–36 (PCS/MCS), а також визначали індекс маси тіла (ІМТ). Клінічна значущість (MCID) становила: MRS ≥ 4 бали; HADS $\geq 1,5$ бала; PSQI ≥ 3 бали; SF–36 (PCS/MCS) ≥ 5 балів; ІМТ $\geq 5\%$.

Результати. На початку дослідження середній показник шкали MRS становив $14,0 \pm 1,7$; профіль скарг був типовий (припливи, безсоння, дратівливість, утом). Після 90 днів лікування в основній групі показники були такими: MRS –43%, HADS (A і D) –26%, PSQI –45% із досягненням порогу клінічної норми (≤ 5), PSM–25 –12%, SF–36: PCS +21%, MCS +20%, ІМТ –6% ($p < 0,05$; зміни здебільшого перевищували MCID). У групі порівняння дані були такими: MRS –29%, HADS –12%, PSQI –22%, PSM–25 –6%, SF–36: PCS +11%, MCS +7%, ІМТ без змін.

Частка пацієнток із клінічно значущим поліпшенням показників шкали MRS в основній групі становила 80% проти 53% у групі порівняння; відносний ризик ремісії симптомів був $1,52$ (95% довірчий інтервал: $1,14–2,03$).

Виявлено суттєві кореляції: HADS-A $\leftrightarrow$ PSQI $r = 0,66$; HADS-D $\leftrightarrow$ PSM–25 $r = 0,72$; HADS-Total $\leftrightarrow$ SF–36 MCS $r = -0,68$ ($p < 0,001$), що підтверджує узгоджене відновлення психоемоційних та соматичних доменів. Найбільш значущі позитивні зміни спостерігалися в латентності засинання та ефективності сну; в опитувальнику SF–36 найбільше зросли показники субшкал Vitality і Mental Health.

Висновки. Лайфемін® Інтенс забезпечує більш виражений і комплексний ефект порівняно з моноекстрактом циміцифуги: швидша динаміка (вже на 30-й день), глибша редукція вазомоторних і психоемоційних симптомів, покращення сну, якості життя та легка метаболічна стабілізація (зниження ІМТ). Отримані результати узгоджуються із сучасними даними про фітоестрогени й свідчать про доцільність застосування комбінованих фітотерапевтичних підходів у перименопаузі.

Ключові слова: перименопауза, фітоестрогени, Лайфемін® Інтенс, вазомоторні симптоми, якість життя, шкали MRS, PSM–25, PSQI, HADS, SF–36.

PHYTOCOMBINATIONS AS A WAY TO COMFORT: NON-HORMONAL SUPPORT FOR WOMEN IN PERIMENOPAUSE

S.O. Shurpyak, MD, professor, Department of Family Medicine, Cardiology and Emergency Medicine, FPDE, Lviv National Medical University named after Danylo Galitsky, Lviv

V.I. Pyrohova, MD, professor, head of the Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology FPDE, Lviv National Medical University named after Danylo Galitsky, Lviv

Objective of the study: To compare a multicomponent herbal supplement Lifemin® Intense (multicomponent phytocomplex concluded *Cimicifuga racemosa*, *Humulus lupulus*, *Pueraria lobata*, *Dioscorea villosa*, *Angelica sinensis*, and *Crocus sativus*) with a cimicifuga-based product on clinical outcomes in perimenopausal women over 90 days.

Materials and methods. An open comparative study was conducted. It is included 60 women aged 45–58 years (mean age 52.3 ± 3.8 years) with moderate menopausal disorders and follicle-stimulating hormone levels > 20 mIU/ml. The participants were divided into two groups of 30 women each: the main group took Lifemin® Intense, the comparison group took the *Cimicifuga* preparation. The course of treatment was 90 days. Assessment was carried out on the 1st, 30th and 90th day using validated scales: MRS, HADS (A/D), PSM–25, PSQI, SF–36 (PCS/MCS), and body mass index (BMI). Minimal clinically important differences (MCID) was: MRS ≥ 4 points; HADS ≥ 1.5 points; PSQI ≥ 3 points; SF–36 (PCS/MCS) ≥ 5 points; BMI $\geq 5\%$.

Results. Baseline MRS score was 14.0 ± 1.7 ; the complaint profile was typical (hot flashes, insomnia, irritability, fatigue). After 90 days of treatment, the main group showed the following results: MRS –43%, HADS –26% (A and D), PSQI –45% reaching the clinical “normal” threshold (≤ 5), PSM–25 –12%, SF–36: PCS +21% and MCS +20%, BMI –6% (most changes exceeding MCID; $p < 0.05$). In the comparison group, the following data were obtained: MRS –29%, HADS –12%, PSQI –22%, PSM–25 –6%, SF–36: PCS +11% and MCS +7%, BMI stable.

The proportion of patients with clinically significant improvement in MRS scores in the main group was 80% versus 53% in the comparison group; the relative risk of symptom remission was 1.52 (95% confidence interval: $1.14–2.03$).

Key correlations supported multidomain recovery: HADS-A $\leftrightarrow$ PSQI $r = 0.66$; HADS-D $\leftrightarrow$ PSM–25 $r = 0.72$; HADS-Total $\leftrightarrow$ SF–36 MCS $r = -0.68$ ($p < 0.001$). The largest gains were observed in sleep latency and efficiency (PSQI) and in the SF–36 Vitality and Mental Health domains.

Conclusions. Lifemin® Intense provides a more pronounced and complex effect compared to *Cimicifuga* monoextract: faster dynamics (as early as day 30), deeper reduction of vasomotor and psychoemotional symptoms, improved sleep, quality of life, and mild metabolic stabilization (reduced BMI). Findings align with contemporary evidence on phytoestrogens and support combined phytotherapeutic strategies for perimenopausal symptom control.

Keywords: perimenopause, phytoestrogens, Lifemin® Intense, vasomotor symptoms, quality of life, MRS, PSM–25, PSQI, HADS, SF–36 scales. □