

Перспективи регуляції симптомів передменструального синдрому за допомогою фітотерапевтичних підходів: результати проспективного багатоцентрового дослідження

В. О. Бенюк¹, В. М. Комар¹, О. А. Диндар¹, В. М. Гончаренко², Т. В. Ковалюк¹, С. В. Бенюк¹, Н. С. Олюніна¹

¹Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ

²Центр жіночого здоров'я клінічної лікарні «Феофанія» Державного управління справами, м. Київ

Передменструальний синдром (ПМС) – це комплекс циклічних психоемоційних, вегетативних і метаболічних порушень, що виникають у лютеїнову фазу менструального циклу. Останніми роками спостерігається зростання поширеності та тяжкості проявів ПМС, що негативно впливає на якість життя жінок і розглядається як актуальна медико-соціальна проблема.

Мета дослідження: визначити особливості динаміки симптомів ПМС під впливом комплексної фітотерапії, спрямованої на корекцію біохімічних, емоційно-поведінкових та репродуктивних показників жіночого організму.

Матеріали та методи. Проспективне багатоцентрове обсерваційне дослідження проводили у 2022–2025 рр. на базі жіночих консультацій комунальних некомерційних підприємств у всіх регіонах України. У ньому взяли участь 1413 жінок віком 18–40 років із симптомами ПМС. Учасниці отримували нутрицевтичний засіб із багатокомпонентним складом, що містить стандартизовані екстракти лікарських рослин (прудняк звичайний – 150 мг, пажитник посівний – 100 мг, циміцифуга – 50 мг), вітаміни та мікроелементи з гормонорегулювальним, протизапальним, седативним і метаболічним ефектом. Препарат призначали по 1 капсулі на добу протягом 3 міс. Ефективність оцінювали за допомогою спеціально розробленої анкети, що охоплювала основні симптоми ПМС – емоційно-поведінкові, когнітивні, соматичні, а також особливості менструального циклу та вплив на щоденну активність. Інтенсивність симптомів фіксували за візуальною аналоговою шкалою (0–3 бали).

Результати. Аналіз впливу ПМС на різні сфери життя учасниць продемонстрував значну диференціацію за ступенем негативного впливу на загальну діяльність (76%), роботу (64%), навчання (62,5%) та міжособистісні стосунки (60%). Завдяки застосуванню фітотерапевтичних підходів спостерігалось суттєве зниження вираженості основних симптомів ПМС. Частка жінок із максимальним рівнем гніву та роздратування знизилася з 16,1 до 0,1%, у безсимптомних – зросла з 28,7 до 85,5%. Аналогічно спостерігалось зменшення часток респонденток із такими симптомами: відчуття безпорадності, пригнічення настрою, підвищеної самокритичності (з 10,8 до 0,1%, у безсимптомних – з 44,0 до 89,8%), напруженість і тривожність (з 13,4 до 0,2%, у безсимптомних – з 26,3 до 83,9%), складність концентрації уваги (з 6,8 до 1,1%, у безсимптомних – з 49,8 до 89,9%), суттєві зміни апетиту (з 11,9 до 0,1%, у безсимптомних – з 44,0 до 86,2%), зниження інтересу до повсякденної діяльності (з 7,6 до 0%, у безсимптомних – з 50,7 до 91,0%), швидка втомлюваність та зниження енергії (з 11,0 до 0,1%, у безсимптомних – відсутність симптому зросла до 84,4%), пригніченість і втрата контролю над тим, що відбувається (з 7,4 до 0,1%, у безсимптомних – з 55,4 до 91,7%), соматичний комплекс (біль у молочних залозах, здуття живота, збільшення ваги, біль у суглобах/м'язах: з 22,6 до 0,1%, у безсимптомних – з 17,5 до 78,5%), сонливість/безсоння (з 8,6 до 0%, у безсимптомних – з 40,4 до 88,0%), головний біль (з 5,7 до 0%, у безсимптомних – з 5,7 до 91,3%) та відчуття серцебиття (з 3,0 до 0%, у безсимптомних – з 72,0 до 95,0%) ($p < 0,05$). Середні оцінки симптомів до лікування були найвищими для соматичного комплексу (біль у молочних залозах, здуття живота, збільшення ваги, біль у суглобах/м'язах) – $1,43 \pm 0,03$ бала, гніву та роздратування – $1,19 \pm 0,03$ бала, пригнічення та втрати контролю над тим, що відбувається – $0,91 \pm 0,03$ бала, напруженості й тривожності – $1,19 \pm 0,03$ бала. Через 1 міс. терапії ці показники знизилися до $0,87 \pm 0,02$, $0,83 \pm 0,02$, $0,69 \pm 0,02$ та $0,92 \pm 0,03$ бала відповідно і продовжували знижуватися до кінця курсу (3 міс.): $0,26 \pm 0,01$, $0,16 \pm 0,01$, $0,21 \pm 0,01$ та $0,21 \pm 0,01$ бала відповідно ($p < 0,05$). Також встановлено позитивний вплив тримісячного курсу терапії на менструальну функцію: відбулося зменшення середньої тривалості менструального циклу (з $32,18 \pm 7,91$ до $29,11 \pm 4,28$ дня) та тривалості менструації (з $5,91 \pm 2,13$ до $4,98 \pm 1,12$ дня), з одночасною стабілізацією цих показників у межах фізіологічної норми.

Висновки. Результати багатоцентрового дослідження підтвердили клінічну ефективність комплексного засобу, що містить стандартизовані екстракти трави прудняку звичайного (150 мг), насіння пажитнику посівного (100 мг), кореня циміцифуги (50 мг), вітаміни та мікроелементи, у пацієнток із ПМС. Препарат зменшував вираженість симптомів ПМС та позитивно впливав на функціональний стан репродуктивної системи. Повний тримісячний курс терапії сприяв стабільнішому лікувальному ефекту й підтримці репродуктивних ритмів.

Ключові слова: передменструальний синдром, фітотерапія, репродуктивне здоров'я, менструальна функція, якість життя.

Perspectives on the regulation of premenstrual syndrome symptoms using phytotherapeutic approaches: results of a prospective multicenter study

V. O. Beniuk, V. M. Komar, O. A. Dyndar, V. M. Goncharenko, T. V. Kovaliuk, S. V. Beniuk, N. S. Oliunina

Premenstrual syndrome (PMS) is a complex of cyclical psycho-emotional, vegetative, and metabolic disturbances that occur during the luteal phase of the menstrual cycle. In recent years, there has been an increase in the prevalence and severity of PMS manifestations, which negatively affects women's quality of life and is considered a pressing medical and social issue.

The objective: to identify the features of symptom dynamics of PMS under the influence of comprehensive phytotherapy aimed at correcting biochemical, emotional-behavioral, and reproductive indicators of the female body.

Materials and methods. A prospective multicenter observational study was conducted from 2022 to 2025 at women's outpatient clinics of communal non-commercial enterprises across all regions of Ukraine. The study included 1,413 women aged 18–40 years who had PMS symptoms. Participants received a nutraceutical with a multi-component composition containing standardized extracts of medicinal plants (*Vitex agnus-castus* – 150 mg, *Trigonella foenum-graecum* – 100 mg, *Cimicifuga racemosa* – 50 mg), along with vitamins and microelements with hormone-regulating, anti-inflammatory, sedative, and metabolic effects. The supplement was administered at a dose of one capsule per day for three months. Treatment effectiveness was assessed using a specially developed questionnaire that covered the main PMS symptoms – emotional-behavioral, cognitive, and somatic, as well as features of the menstrual cycle and impact on daily activity. Symptom intensity was recorded using a visual analog scale (0–3 points).

Results. Analysis of PMS impact on various life domains showed significant differentiation in negative effects on general activity (76%), work (64%), education (62.5%), and interpersonal relationships (60%). Phytotherapeutic approaches led to a significant reduction in the severity of main PMS symptoms. The proportion of women with the highest levels of anger and irritability decreased from 16.1 to 0.1%, while the proportion of asymptomatic individuals increased from 28.7 to 85.5%. Similarly, there was a decreased rate of respondents with the following symptoms: feeling of helplessness, depressed mood, and self-criticism (from 10.8 to 0.1%, the rate of asymptomatic cases increased from 44.0 to 89.8%), tension and anxiety (from 13.4 to 0.2%, the asymptomatic cases – from 26.3 to 83.9%), difficulty concentrating (from 6.8 to 1.1%, the asymptomatic cases – from 49.8 to 89.9%), significant appetite changes (from 11.9 to 0.1%, the asymptomatic cases – 44.0 to 86.2%), decreased interest in daily activities (from 7.6 to 0%, asymptomatic cases – from 50.7 to 91.0%), rapid fatigue and low energy (from 11.0 to 0.1%, asymptomatic cases – to 84.4%), feelings of oppression and loss of control (from 7.4 to 0.1%, asymptomatic cases – from 55.4 to 91.7%), somatic symptoms (breast pain, bloating, weight gain, joint/muscle pain; from 22.6 to 0.1%, asymptomatic cases – from 17.5 to 78.5%), drowsiness/insomnia (from 8.6 to 0%, asymptomatic cases – from 40.4 to 88.0%), headaches (from 5.7 to 0%, asymptomatic cases – from 5.7 to 91.3%), and heartbeat (from 3.0 to 0%, asymptomatic cases – from 72.0 to 95.0%) ($p < 0.05$). The highest mean pre-treatment symptom scores were recorded for the somatic symptom complex (breast pain, bloating, weight gain, joint/muscle pain) – 1.43 ± 0.03 points, anger and irritability – 1.19 ± 0.03 points, feelings of depression and loss of control – 0.91 ± 0.03 , and tension and anxiety – 1.19 ± 0.03 . After one month of therapy, these scores decreased to 0.87 ± 0.02 , 0.83 ± 0.02 , 0.69 ± 0.02 , and 0.92 ± 0.03 points, respectively, continuing to decline by the end of the course (3 months): to 0.26 ± 0.01 , 0.16 ± 0.01 , 0.21 ± 0.01 , and 0.21 ± 0.01 ($p < 0.05$). A positive effect of the three-month therapy on menstrual function was also established: the average duration of the menstrual cycle decreased (from 32.18 ± 7.91 to 29.11 ± 4.28 days), and the average duration of menstruation decreased (from 5.91 ± 2.13 to 4.98 ± 1.12 days), with a simultaneous stabilization of both indicators within the physiological norm.

Conclusions. The results of the multicenter study confirmed the clinical effectiveness of a complex product containing standardized extracts of *Vitex agnus-castus* (150 mg), *Trigonella foenum-graecum* (100 mg), *Cimicifuga racemosa* (50 mg), along with vitamins and microelements, in patients with PMS. The supplement reduced the severity of PMS symptoms and had a positive effect on the functional state of the reproductive system. A full three-month course of therapy contributed to a more stable therapeutic effect and the maintenance of reproductive rhythms.

Keywords: premenstrual syndrome, phytotherapy, reproductive health, menstrual function, quality of life.

Передменструальний синдром (ПМС) – це комплекс симптомів, що проявляються в лютеїновій фазі менструального циклу та охоплюють психоемоційні, вегетосудинні й обмінно-ендокринні порушення [16, 17, 19]. Цей патологічний стан був уперше описаний у 1931 р. Робертом Франком, засновником гормонотерапії, і відтоді залишається предметом активних наукових досліджень, спрямованих на з'ясування його етіології, патогенезу та класифікації [1]. Попри тривалу історію вивчення, у медичній літературі є кілька термінів, що відображають різні прояви ПМС, зокрема синдром передменструального напруження, циклічна хвороба, оваріальний циклічний синдром, а також DACH-синдром (абревіатура, що походить від англійських слів depression (депресія), anxiety (неспокій, тривога), craving (зміни пристрастей) та hyperhydration (гіпергідратація)) [1, 17, 19, 23].

Останнім часом інтерес до проблеми ПМС зростає у зв'язку зі збільшенням його поширеності та поси-

ленням клінічних проявів. Частота виникнення ПМС істотно залежить від віку пацієнток і варіює від 20% серед жінок до 30 років до 55–90% у віковій групі після 40 років [1, 24, 25]. За останніми науковими уявленнями, ПМС розглядають як одну з так званих хвороб цивілізації нарівні з атеросклерозом, ожирінням, синдромом хронічної втоми та остеопорозом. Найчастіше цей стан діагностується у мешканок урбанізованих територій, зокрема серед жінок, залучених до інтелектуальної праці, тоді як представниці професій, пов'язаних із фізичною активністю, страждають від ПМС значно рідше [1, 17].

Однією з ключових характеристик перебігу передменструальних розладів (ПМР) є їх чітка кореляція з лютеїновою фазою овуляторного менструального циклу. Водночас подібна періодичність може спостерігатися і в жінок із менструальними дисфункціями, після гістеректомії, а також у пубертатному або пери-

менопаузальному періоді [17, 18]. Незалежно від клінічного варіанта, симптоми мають бути вираженими настільки, щоб істотно впливати на повсякденну активність – знижувати працездатність, порушувати навчальний процес або ускладнювати міжособистісні стосунки [16–18]. Клінічна картина є неспецифічною: прояви можуть бути переважно психоемоційними, соматичними або змішаними, але в усіх випадках симптоми повторюються в межах овуляторних циклів, виникаючи в лютеїнову фазу й зникаючи з початком менструації, після чого зазвичай спостерігається тиждень безсимптомний інтервал [19, 20].

Окрім типових проявів, ПМР можуть мати альтернативні клінічні форми, які в міжнародному консенсусі International Society for Premenstrual Disorders (ISPM) класифікують як «варіантні» [16, 18, 19]. Вони потребують індивідуалізованого підходу до діагностики та лікування. Наразі виділяють чотири основні підтипи таких станів:

1. Передменструальне загострення фонового захворювання – спостерігається у жінок із наявними хронічними станами, як-от депресією, епілепсією, цукровим діабетом, бронхіальною астмою або мігренню. У цих випадках пацієнтки відчувають типовий перебіг основного захворювання протягом усього циклу, однак у лютеїнову фазу відзначається помітне посилення симптоматики.
2. Неовуляторний ПМР – виникає за наявності активності яєчників без овуляції. Хоча цей підтип ще недостатньо досліджений, є підстави вважати, що гормональна активність фолікула без фактичної овуляції може провокувати появу симптомів, подібних до класичних ПМР.
3. Прогестаген-індукований ПМР – асоціюється із застосуванням екзогенних прогестагенів, зокрема у складі комбінованих оральних контрацептивів або гормональної терапії. У деяких жінок із підвищеною чутливістю до прогестагенів ці речовини можуть викликати симптоми, схожі на ПМР. Водночас реакції на препарати, що містять лише прогестагени та не мають циклічного введення, не належать до варіантних форм і трактуються як побічні ефекти безперервної терапії, хоч і з потенційно подібним патогенетичним механізмом.
4. ПМР за відсутності менструацій – характерний для жінок із функціонуючим оваріальним циклом, в яких фізіологічна менструація відсутня внаслідок гістеректомії, абляції ендометрія або використання внутрішньоматкових систем із левоноргестрелом. Попри відсутність менструальної кровотечі, циклічні симптоми зберігаються, що ускладнює діагностику та вимагає уважного клінічного аналізу [13, 14].

Традиційно ПМР класифікують на легку й тяжку форми – залежно від кількості симптомів, їх інтенсивності та тривалості. Зокрема, легка форма характеризується появою 3–4 симптомів за 2–10 днів перед початком менструації, при цьому 1–2 з них мають значну вираженість. Тяжка форма проявляється більшою кількістю симптомів – від 5 до 12, які виникають за

3–14 днів до менструації, при цьому 2–5 симптомів є вираженими й суттєво впливають на стан жінки.

Окрім цього, виділяють три стадії розвитку ПМР:

- 1) компенсована стадія – симптоми виникають у лютеїновій фазі менструального циклу та зникають із початком менструації, при цьому перебіг захворювання не прогресує з часом;
- 2) субкомпенсована стадія – клінічна картина погіршується, симптоматика наростає, але припиняється наприкінці менструації;
- 3) декомпенсована стадія – тяжкий перебіг, при якому симптоми зберігаються і після завершення менструації, а періоди безсимптомного стану стають дедалі коротшими.

Ця класифікація широко використовується в клінічній практиці для оцінювання тяжкості ПМС та вибору адекватної терапевтичної стратегії [1].

Етіопатогенез ПМР базується на складній взаємодії гормональних змін, порушень нейроендокринної регуляції, імунної активації та метаболічних дисфункцій, які разом формують широкий спектр клінічних проявів захворювання, проте самі механізми розвитку ПМС залишаються недостатньо вивченими [7].

Важливим компонентом патогенезу ПМС є порушення водно-електролітного балансу, що зумовлено дисрегуляцією системи ренін – ангіотензин – альдостерон. Підвищена секреція альдостерону, яка частково обумовлена зниженням гальмівної дії дофаміну, сприяє посиленню реабсорбції натрію і хлору в ниркових каналцях із наступною затримкою рідини в організмі [7]. Естрогени посилюють цей процес, безпосередньо стимулюючи ретенцію натрію, а дефіцит прогестерону, який природно є антагоністом альдостерону, додатково посилює гіперальдостеронізм і виникнення набрякових проявів ПМС [6, 7].

Поряд із цим, недостатність прогестерону та відносна гіперестрогенемія порушують інсулінову толерантність, що може призводити до помірної гіпоглікемії з відповідними клінічними симптомами втоми, сонливості та зниження фізичної активності [6].

Іншим важливим патогенетичним механізмом є дисбаланс у синтезі простагландинів, які виступають локальними гормонами, регулюючи функції різних органів і тканин. Порушення синтезу простагландинів у мозку, репродуктивній системі, молочних залозах, нирках і шлунково-кишковому тракті зумовлює виникнення больового синдрому, дратівливості, депресії, диспепсичних розладів та інших типових симптомів ПМС. Зокрема, підвищення рівня простагландину F2 α викликає судинні спазми та больові відчуття, тоді як простагландин E2 дає натрійуретичний ефект, сприяючи регуляції водно-сольового балансу [9].

Психоемоційні чинники, особливо хронічний стрес і підвищена тривожність, значно впливають на прояви ПМС. Стрессова реакція пов'язана з порушеннями метаболізму ендогенних опіоїдів та гормонів, які регулюють водно-електролітний баланс. Взаємодія імунної та нервової систем під час стресу активує неспецифічні запальні реакції, які посилюють клінічні прояви синдрому [2].

Крім того, зміни у функції щитоподібної залози, підвищений рівень андрогенів, кортикостероїдів та інших

гормонів також можуть відігравати роль у формуванні ПМС, що наголошує на мультифакторному характері захворювання [1].

Зважаючи на високу поширеність ПМС серед жінок репродуктивного віку в Україні, широкий спектр його клінічних проявів (від соматовегетативних до афективних) та відчутний негативний вплив на якість життя, питання своєчасної діагностики та ефективної терапії цього стану набуває особливого значення в сучасній медичній практиці.

Комплексність патогенезу ПМС, що охоплює нейроендокринну дисрегуляцію, гормональний дисбаланс, порушення метаболізму простагландинів і дезадаптацію стрес-реакцій, обґрунтовує доцільність використання багатокомпонентних засобів, здатних модуляторно впливати на декілька патофізіологічних шляхів одночасно [21, 28]. Один із них – Циклотайм® – нутрицевтичний засіб, до складу якого входять стандартизовані екстракти лікарських рослин із відомим гормонорегульовальним, протизапальним, седативним і метаболічним потенціалом. До складу однієї капсули Циклотайму® входять: екстракт трави прутняку звичайного (150 мг), екстракт насіння пажитнику посівного (100 мг), оксид магнію моногідрат (70 мг), екстракт кореня цимицифуги (50 мг), цинку бісгліцинат (12 мг), вітаміни B₆ (1,8 мг) та B₁₂ (3 мкг), а також хрому піколінат (50 мкг).

Прутняк звичайний (*Vitex agnus-castus*) – один із найвідоміших фітотерапевтичних засобів для лікування ПМС, діє через дофамінергічні механізми, пригнічуючи секрецію пролактину та опосередковано стимулюючи утворення прогестерону. З огляду на те, що гіперпролактинемія й дефіцит прогестерону є одними з патогенетичних основ ПМС, особливо при масталгії, набряковому та дисфоричному компонентах, саме ця дія має клінічну значущість. Крім того, існують докази, що *Vitex agnus-castus* демонструє ефективність, порівнянну з флуоксетином, у терапії передменструального дисфоричного розладу при кращому профілі безпеки [3–5, 8, 12, 26–28].

Пажитник посівний (*Trigonella foenum-graecum*) містить діосгенін – природну сполуку, подібну до прогестерону, яка виявляє м'яку естрогенну активність. Він також відомий своїми протизапальними властивостями, що потенційно впливає на зменшення субклінічного запалення, важливого в патогенезі ПМС, особливо в умовах хронічного стресу та імунної активації. Додатково пажитник підтримує рівень заліза, що може бути доцільним при порушеннях настрою, пов'язаних із латентним його дефіцитом [4, 28].

Цимицифуга (*Cimicifuga racemosa*) – джерело фітоестрогену формонетину, чинить селективну дію на естрогенові рецептори головного мозку, не стимулюючи ендометрій. Її седативна, спазмолітична та знеболювальна дія дає змогу ефективно впливати на соматовегетативні симптоми ПМС: дратівливість, тривожність, головний біль, дисменорею. Протизапальні властивості також важливі в контексті впливу на продукцію простагландинів, надлишок яких асоційований із соматичними симптомами синдрому [4, 28].

Додаткові компоненти Циклотайму® підсилюють комплексну дію препарату. Наприклад, магній бере участь у нейротрансмітерному метаболізмі та сприяє зни-

женню тривожності; вітаміни B₆ і B₁₂ підтримують функціонування центральної нервової системи (ЦНС), беруть участь у синтезі серотоніну; цинк впливає на функцію гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи, має антиоксидантні властивості; хром знижує апетит та потяг до високовуглеводної їжі, сприяє стабілізації рівня глюкози, що важливо при ПМС з домінуючим харчовим компонентом і супутньою інсулінорезистентністю [1, 12, 15, 28].

Таким чином, комплексний засіб на основі фітоекстрактів Циклотайм® є перспективним засобом для патогенетично обґрунтованої терапії ПМС. Його компоненти забезпечують вплив на ключові етіопатогенетичні ланки синдрому – гормональні порушення, дисбаланс нейротрансмітерів, запальні процеси та психоемоційні прояви. Завдяки багатокомпонентному складу й хорошому профілю безпеки, Циклотайм® може розглядатись як ефективна альтернатива або доповнення до традиційної фармакотерапії в менеджменті ПМС.

Зважаючи на ці патогенетичні особливості та клінічну доцільність фітотерапії, особливу актуальність набуває практичне вивчення її ефективності у пацієнок із ПМС.

Мета дослідження: визначити особливості динаміки симптомів ПМС під впливом комплексної фітотерапії, спрямованої на корекцію біохімічних, емоційно-поведінкових і репродуктивних показників жіночого організму.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проспективне багатоцентрове обсерваційне дослідження «Життя без ПМС» проводили у 2022–2025 рр. із метою вдосконалення підходів до лікування ПМС та порушень менструального циклу. До участі було залучено жіночі консультації комунальних некомерційних підприємств у всіх регіонах України, що дало змогу охопити широкий спектр пацієнок та забезпечити репрезентативність вибірки.

У дослідження увійшли 1413 жінок віком від 18 до 40 років із наявністю симптомів ПМС. Критеріями включення були: відсутність органічної патології ЦНС, психічних захворювань, ендокринної патології (зокрема автоімунного тиреоїдиту та гіпотиреозу), хірургічних втручань на внутрішніх статевих органах (гістеректомія, абляція ендометрія), наркотичної залежності, регулярного або епізодичного (2–3 рази на тиждень) вживання алкоголю. Також виключалися пацієнтки з мігренню, синдромом хронічної втоми, синдромом подразненого кишечника, а також ті, хто застосовував гормональну контрацепцію впродовж 3 міс. до моменту включення в дослідження.

Перед включенням у дослідження всі учасниці пройшли клінічне обстеження, а діагноз ПМС встановлювали відповідно до положень Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Передменструальний синдром», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України № 1218 від 13.07.2022.

Пацієнткам, які відповідали критеріям включення, було призначено нутрицевтичний засіб Циклотайм® у дозуванні 1 капсула на добу протягом 3 міс.

У цьому дослідженні ми оцінювали динаміку та ступінь вираженості основних симптомів ПМС у жінок репродуктивного віку під впливом фітотерапевтичної

підтримки. З цією метою проведено анкетування пацієнток жіночих консультацій, яке охоплювало емоційно-поведінкові симптоми (гнів і роздратування; відчуття безпорадності, пригнічення настрою, підвищеної самокритичності; напруженість і тривожність; відчуття пригніченості та втрати контролю над тим, що відбувається), когнітивні прояви (складність концентрації уваги; зниження інтересу до повсякденної діяльності) та соматичні скарги (швидка втомлюваність і зниження енергії; біль у молочних залозах, здуття живота, збільшення маси тіла, біль у суглобах і м'язах; суттєві зміни апетиту; сонливість або безсоння; головний біль; відчуття серцебиття). Враховували особливості менструального циклу та його суб'єктивне сприйняття. Також оцінювали вплив ПМС на щоденну активність пацієнток, зокрема на професійну, навчальну діяльність, соціальні взаємодії та загальний рівень функціонування.

Інтенсивність кожного з проявів оцінювали за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ) за 3-бальною системою: від 0 балів (відсутність симптомів) до 3 балів (максимальна вираженість). Анкетування проводили до початку приймання препарату та повторювали щомісяця протягом тримісячного курсу терапії. Усі отримані дані були внесені до єдиної бази для подальшого статистичного аналізу ефективності обраного лікувального підходу.

Дослідження не передбачало ризику для учасниць і здійснювалося в рамках науково-дослідної роботи кафедри акушерства і гінекології № 3 Національного медичного університету імені О. О. Богомольця «Обґрунтування ролі сучасних лікувально-діагностичних технологій у забезпеченні якості життя жінок репродуктивного та перименопаузального віку» (державний реєстраційний номер 0124U001136). Усі учасниці дослідження надали поінформовану згоду напередодні участі.

Аналіз, статистичну обробку та інтерпретацію результатів проводили за загальноприйнятими методиками за принципами доказової медицини. Статистичне оброблення результатів здійснювали із застосуванням дисперсійного аналізу з повторними вимірюван-

нями (Repeated Measures ANOVA) із використанням парних порівнянь і поправки Бонферроні для оцінювання динаміки змін показників упродовж періоду спостереження. Отримані дані проаналізовано за допомогою програмного забезпечення R 4.0 та статистичного пакета EZR, а також Microsoft Excel 13.0. Відмінності вважали достовірними при $p < 0,05$. Оформлення графічного матеріалу виконували з використанням пакета програм Microsoft Office 2013 для Windows 10.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Для оцінювання характеристик вибірки в межах проведеного дослідження ми проаналізували розподіл учасниць за віковими категоріями. Загалом було обстежено 1413 жінок віком від 18 до 40 років. Учасниці віком 21–30 років становили майже половину вибірки – 49,47% ($n = 699$), з них 24,06% ($n = 340$) були у віковій категорії 21–25 років, а 25,41% ($n = 359$) – 26–30 років. Жінки віком 31–35 років становили 21,44% ($n = 303$), 18–20 років – 11,96% ($n = 169$), а 36–40 років – 17,13% ($n = 242$) (рис. 1).

У структурі соматичної захворюваності учасниць дослідження найчастіше реєстрували захворювання серцево-судинної системи (артеріальна гіпертензія, варикозне розширення вен) – 160 випадків (11,3%), дихальної системи (бронхіальна астма, хронічний бронхіт) – 150 (10,6%), травного тракту та гепатобіліарної системи (хронічний гастрит, гастродуоденіт, холецистит, хронічний панкреатит, дискінезія жовчних шляхів) – 190 (13,5%), ожиріння (I та II ступінь) та інсулінорезистентність – 170 (12,0%), сечовидільної системи (хронічний пієлонефрит, цистит, сечокам'яна хвороба) – 70 (5,0%), отоларингологічні (хронічний тонзиліт, хронічний риносинусит) – 80 (5,7%), очей (міопія різного ступеня, сенсорна туговухість) – 90 (6,4%), анемія (легкого та середнього ступеня) – 40 (2,8%) та нервової системи (мігрень без аурі, вегетосудинна дистонія) – 110 випадків (7,8%).

Серед обстежених пацієнток із ПМС у 53,5% ($n = 756$) не виявлено супутніх гінекологічних захворювань, тоді як

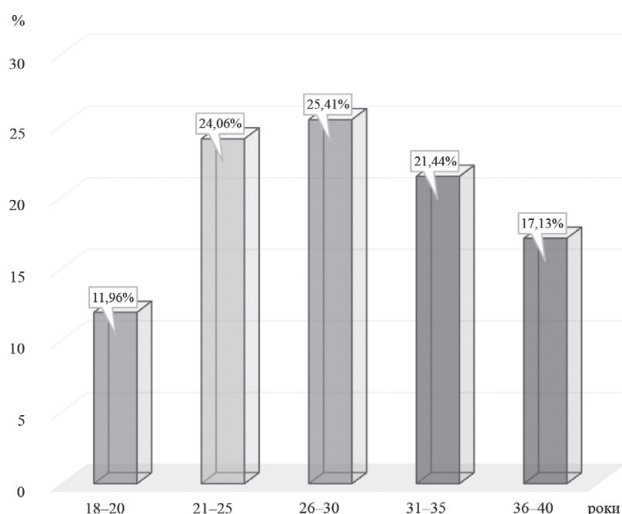


Рис. 1. Розподіл учасниць дослідження за віковими категоріями, %

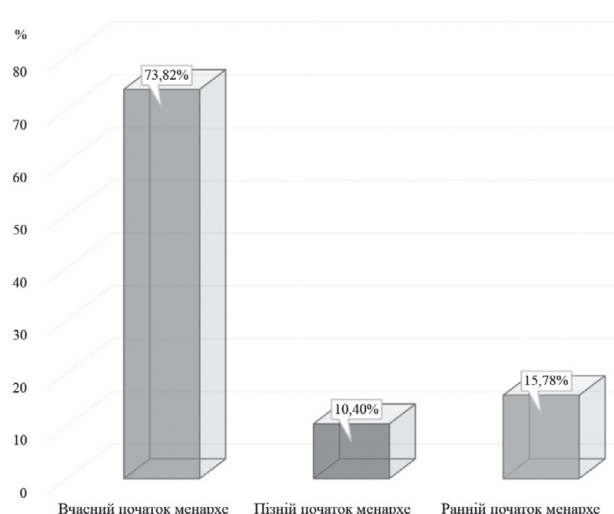


Рис. 2. Розподіл учасниць за терміном менархе, %

Таблиця 1

Репродуктивний анамнез обстежених жінок (n = 1413)

Кількість	Вагітності (n, %)	Пологи (n, %)	Переривання вагітності (n, %)
0	591 (41,8)	639 (45,2)	1105 (78,2)
1	396 (28,0)	489 (34,6)	225 (15,9)
2	261 (18,5)	244 (17,3)	55 (3,9)
3	98 (6,9)	37 (2,6)	16 (1,1)
4	47 (3,3)	3 (0,2)	10 (0,7)
5	11 (0,8)	1 (0,1)	1 (0,1)
6	8 (0,6)	0 (0,0)	1 (0,1)
7	1 (0,1)	0 (0,0)	0 (0,0)

у 46,5% (n = 657) ПМС поєднувався із супутньою гінекологічною патологією, зокрема порушеннями менструального циклу – 154 випадки (10,9%), патологією шийки матки – 183 (12,9%), запальними захворюваннями органів малого таза – 110 (7,8%), аденоміозом – 83 (5,9%), новоутвореннями жіночої статеві системи (кісти яєчників, лейоміома) – 108 (7,6%) та синдромом полікістозних яєчників – 57 випадків (4,0%). Патологія молочних залоз (мастопатія) була зафіксована у 38 пацієнток (2,7%).

Під час аналізу віку настання менархе в обстежених жінок встановлено, що в переважній більшості (73,82%; n = 1043) відзначався вчасний початок менархе (12–14 років), у 15,78% (n = 223) – раннє (≤ 11 років), а у 10,40% (n = 147) – пізнє настання менархе (≥ 15 років) (рис. 2).

При аналізі репродуктивного анамнезу встановлено, що більшість пацієнток не вагітніли (41,8%), у решти переважно зафіксовано одну (28,0%) або дві вагітності (18,5%). Більшість обстежених жінок не народжували (45,2%), одні пологи в анамнезі відзначались у 34,6%, двоє – у 17,3% жінок. У більшості жінок (78,2%) не виявлено випадків переривання вагітності, одне переривання в анамнезі зафіксовано у 15,9%, два – у 3,9% обстежених жінок (табл. 1).

Аналіз впливу ПМС на різні сфери життя учасниць показав значну диференціацію за ступенем негативного впливу на діяльність, роботу, навчання та міжособистісні стосунки. Найбільша кількість пацієнток (n = 1074; 76,0%) відзначала вплив ПМС на загальну діяльність, тоді як вплив на роботу, навчання і стосунки спостерігався дещо рідше, проте залишався суттєвим – відповідно у 905 (64,0%), 884 (62,5%) і 848 (60,0%) жінок (рис. 3). Ці дані наголошують на багатогранності та комплексності симптоматики ПМС, що суттєво впливає на якість життя жінок.

На наступному етапі ми оцінювали динаміку зміни прояву та вираженості симптомів ПМС у жінок репродуктивного віку під впливом комплексної фітотерапії (препарат Циклогайм® у дозуванні 1 капсула на добу) протягом 3 міс.

Аналіз емоційно-поведінкових, когнітивних і соматичних симптомів ПМС здійснювався на підставі результатів анкетування, проведеного серед пацієнток. У динаміці оцінювали як інтенсивність клінічних проявів, так і суб'єктивне сприйняття менструального циклу (табл. 2).

Детальний аналіз динаміки розподілу пацієнток за ступенем вираженості симптомів ПМС свідчить про виражений клінічний ефект фітотерапії вже з 1-го місяця лікування, з поступовим наростанням ефективності протягом тримісячного курсу. Частка жінок із максимальним рівнем гніву та роздратування зменшилася з 16,1 до 0,1%, а безсимптомних – зросла з 28,7 до 85,5%. Аналогічно спостерігалось зменшення часток респонденток із такими симптомами: відчуття безпорадності, пригнічення настрою, підвищеної самокритичності (3 бали – зменшилася з 10,8 до 0,1%, у безсимптомних: 0 балів – зросла з 44,0 до 89,8%); напруженість і тривожність (3 бали – зменшилася з 13,4 до 0,2%, у безсимптомних – зросла з 26,3 до 83,9%); складність концентрації уваги (3 бали – знизилася з 6,8 до 1,1%, тоді як 0 балів фіксували у 89,9% пацієнток проти 49,8% до лікування). За показником суттєвих змін апетиту максимальна інтенсивність зменшилася з 11,9 до 0,1%, а повна відсутність симптому відзначена у 86,2% проти 44,0% на початку лікування. Зниження інтересу до повсякденної діяльності на рівні 3 балів спостерігалось у 7,6% жінок до лікування і не фіксувалося взагалі після 3 міс. терапії; у безсимптомних – у 91,0% (проти 50,7%). Швидка втомлюваність та зниження енергії у вираженій формі (3 бали) зменшилася з 11,0 до 0,1%, у безсимптомних – зросла до 84,4%. Пригніченість і втрата контролю над тим, що відбувається, у 7,4% пацієнток мала найвищу вираженість до лікування, і лише у 0,1% – після; у безсимптомних показник збільшився з 55,4 до 91,7%. Найпоширенішим симптомом до лікування був соматичний комплекс (біль у молочних залозах, здуття живота,

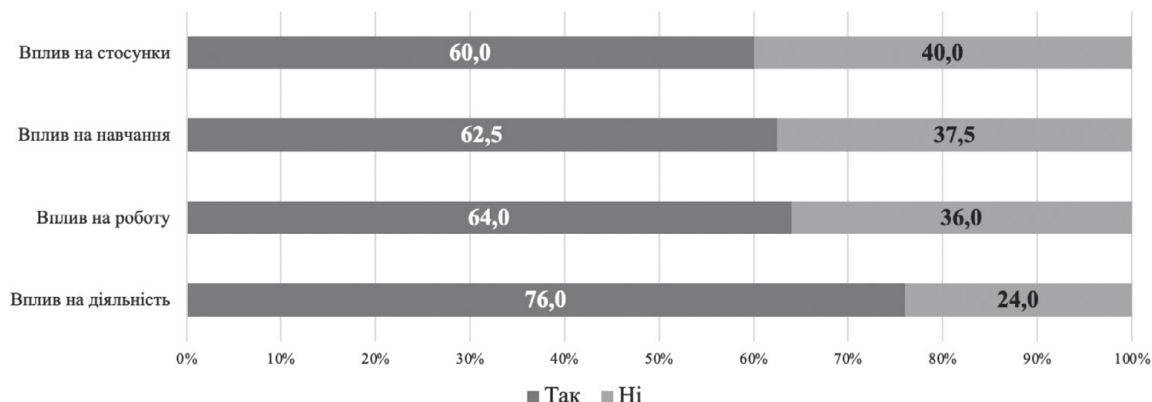


Рис. 3. Розподіл впливу ПМС на різні сфери життя пацієнток, %

Динаміка симптомів ПМС під впливом комплексної фітотерапії, абс. (%)

Симптом	Бал (ВАШ)	До лікування	Після лікування		
			1 міс.	2 міс.	3 міс.
Гнів, роздратування	3	227 (16,1)	76 (5,4)*	9 (0,6)***	1 (0,1)***
	2	227 (16,1)	245 (17,3)	110 (7,8)*	13 (0,9)***
	1	553 (39,1)	451 (31,9)*	363 (25,7)°	191 (13,5)***
	0	406 (28,7)	641 (45,4)°	931 (65,9)°	1208 (85,5)°
Відчуття безпорадності, пригнічення настрою, підвищеної самокритичності	3	153 (10,8)	41 (2,9)*	2 (0,1)***	2 (0,1)***
	2	182 (12,9)	178 (12,6)	57 (4,0)*	10 (0,7)***
	1	456 (32,3)	354 (25,1)*	257 (18,2)°	133 (9,4)***
	0	622 (44,0)	840 (59,4)°	1097 (77,7)°	1268 (89,8)°
Напруженість, тривожність	3	189 (13,4)	51 (3,6)*	8 (0,6)***	2 (0,2)***
	2	241 (17,1)	212 (15,0)	88 (6,2)*	17 (1,2)***
	1	611 (43,2)	519 (36,7)*	379 (26,8)°	208 (14,7)***
	0	372 (26,3)	631 (44,7)°	938 (66,4)°	1186 (83,9)°
Складність концентрації уваги	3	96 (6,8)	22 (1,6)*	2 (0,1)**	16 (1,1)
	2	180 (12,7)	130 (9,2)*	52 (3,7)°	15 (1,1)***
	1	434 (30,7)	358 (25,3)*	254 (17,9)°	112 (7,9)***
	0	703 (49,8)	903 (63,9)°	1105 (78,3)°	1270 (89,9)°
Суттєві зміни апетиту	3	169 (11,9)	54 (3,8)*	7 (0,5)***	2 (0,1)***
	2	171 (12,2)	170 (12,0)	73 (5,2)*	15 (1,1)***
	1	451 (31,9)	362 (25,6)*	297 (21,0)°	178 (12,6)***
	0	621 (44,0)	827 (58,6)°	1035 (73,3)°	1218 (86,2)°
Зниження інтересу до повсякденної діяльності	3	108 (7,6)	24 (1,7)*	3 (0,2)***	0 (0)***
	2	172 (12,2)	129 (9,1)*	42 (3,0)°	5 (0,4)***
	1	417 (29,5)	335 (23,7)*	243 (17,2)°	121 (8,6)***
	0	716 (50,7)	924 (65,5)°	1124 (79,6)°	1287 (91,0)°
Швидка втомлюваність, зниження енергії	3	156 (11,0)	41 (2,9)*	4 (0,3)***	1 (0,1)**
	2	213 (15,1)	214 (15,2)	79 (5,6)*	6 (0,4)***
	1	642 (45,4)	491 (34,8)*	395 (27,9)°	214 (15,1)***
	0	402 (28,5)	665 (47,1)°	935 (66,2)°	1192 (84,4)°
Пригніченість та втрата контролю над тим, що відбувається	3	105 (7,4)	24 (1,7)*	3 (0,2)***	1 (0,1)**
	2	131 (9,3)	126 (8,9)	40 (2,8)*	8 (0,6)***
	1	394 (27,9)	265 (18,8)*	204 (14,4)°	108 (7,6)***
	0	783 (55,4)	998 (70,6)°	1166 (82,6)°	1296 (91,7)°
Біль у молочних залозах, здуття живота, збільшення ваги, біль у суглобах і м'язах	3	320 (22,6)	105 (7,4)*	10 (0,7)***	2 (0,1)**
	2	251 (17,8)	319 (22,6)	163 (11,5)	24 (1,7)***
	1	594 (42,1)	544 (38,5)	463 (32,8)°	278 (19,7)***
	0	247 (17,5)	444 (31,5)°	777 (55,0)°	1109 (78,5)°
Сонливість/безсоння	3	122 (8,6)	27 (1,9)*	3 (0,2)***	0 (0)***
	2	164 (11,6)	138 (9,8)	47 (3,3)*	7 (0,5)***
	1	557 (39,4)	429 (30,4)	289 (20,5)°	163 (11,5)***
	0	570 (40,4)	819 (57,9)°	1074 (76,0)°	1243 (88,0)°
Головний біль	3	81 (5,7)	16 (1,1)*	2 (0,2)***	0 (0)***
	2	120 (8,5)	109 (7,7)	25 (1,8)*	10 (0,8)**
	1	534 (37,8)	346 (24,5)*	232 (16,4)°	112 (7,9)***
	0	678 (48,0)	942 (66,7)°	1153 (81,6)°	1290 (91,3)°
Відчуття серцебиття	3	43 (3,0)	4 (0,3)*	0 (0)**	0 (0)***
	2	77 (5,5)	63 (4,5)	12 (0,8)*	3 (0,2)**
	1	276 (19,5)	193 (13,7)*	113 (8,0)°	68 (4,8)***
	0	1016 (72,0)	1153 (81,5)°	1288 (91,2)°	1342 (95,0)°

Примітки: * – достовірна різниця порівняно з показниками до лікування та 1 міс. лікування; ** – достовірна різниця порівняно з показниками до лікування та 2 міс. лікування; *** – достовірна різниця порівняно з показниками до лікування та 3 міс. лікування; ° – достовірна різниця між суміжними періодами спостереження (1 → 2 міс., 2 → 3 міс.).

збільшення ваги, біль у суглобах/м'язах): 3 бали – 22,6%, у безсимптомних – лише у 17,5%. Наприкінці спостереження ці показники становили відповідно 0,1% та 78,5%. Сонливість/безсоння на рівні 3 балів зменшилася з 8,6 до 0%, а у безсимптомних – зросла з 40,4 до 88,0%. При головному болю на рівні 3 балів фіксували зниження з 5,7 до 0%, при цьому 91,3% жінок через 3 міс. не мали скарг. Відчуття серцебиття, хоч і мало відносно невелику початкову вираженість (3 бали – 3,0%), зникло повністю в усіх пацієнток (0 балів – з 72,0 до 95,0%).

Для більшої наочності ефективності лікування було розраховано середні бали вираженості кожного з основних симптомів ПМС до початку терапії, а також через 1, 2 та 3 міс. приймання препарату Циклотайм® (рис. 4). Найвищу середню оцінку до лікування отримали такі симптоми, як соматичний комплекс (біль у молочних залозах, здуття живота, збільшення ваги, біль у суглобах/м'язах) ($1,43 \pm 0,03$ бала); гнів і роздратування ($1,19 \pm 0,03$ бала); пригніченість та втрата контролю над тим, що відбувається ($0,91 \pm 0,03$ бала); напруженість і тривожність ($1,19 \pm 0,03$ бала), що свідчить про їхню провідну роль у клінічній картині ПМС. Уже через 1 міс. спостерігалось достовірне зниження інтенсивності всіх досліджуваних симптомів: наприклад, середній бал гніву і роздратування зменшився до $0,83 \pm 0,02$ бала; пригнічення та втрати контролю над тим, що відбувається – до $0,69 \pm 0,02$ бала; напруженості й тривожності – до $0,92 \pm 0,03$ бала; соматичного комплексу – до $0,87 \pm 0,02$ бала ($p < 0,05$). Подальше покращення відбувалося поетапно впродовж 2-го та 3-го місяців, і до завершення курсу лікування (3-й місяць) середні значення всіх симп-

томів досягли мінімальних значень: гнів і роздратування – $0,16 \pm 0,01$ бала, пригнічення та втрата контролю – $0,21 \pm 0,01$ бала, напруженість і тривожність – $0,21 \pm 0,01$ бала, соматичний комплекс – $0,26 \pm 0,01$ бала. Також спостерігалось суттєве зниження середньої вираженості таких симптомів, як швидка втомлюваність і зниження енергії (з $1,11 \pm 0,03$ до $0,22 \pm 0,01$ бала), суттєві зміни апетиту (з $1,00 \pm 0,03$ до $0,16 \pm 0,01$ бала), складність концентрації уваги (з $0,84 \pm 0,02$ до $0,14 \pm 0,01$ бала), головний біль (з $0,75 \pm 0,02$ до $0,11 \pm 0,01$ бала) та відчуття серцебиття (з $0,44 \pm 0,01$ до $0,07 \pm 0,01$ бала) ($p < 0,05$).

Отримані дані свідчать про системний вплив ну-трицевитичного засобу Циклотайм® на основні патогенетичні ланки ПМС, включно з емоційно-поведінковими, когнітивними та соматичними компонентами. Завдяки своїй багатоконпонентній фітонутрієнтній формулі препарат демонструє високу клінічну ефективність і добру переносимість, забезпечуючи поступове й стабільне зменшення інтенсивності симптомів упродовж усього курсу терапії.

Окрім оцінювання динаміки вираженості симптомів ПМС, у межах дослідження ми також додатково проаналізували вплив комплексного засобу Циклотайм® на менструальну функцію учасниць, зокрема враховували тривалість менструального циклу та тривалість менструації до лікування, через 1, 2 та 3 міс. приймання препарату. Відповідно до критеріїв Міжнародної федерації акушерів-гінекологів (International Federation of Gynecology and Obstetrics – FIGO), нормальна тривалість менструального циклу становить 24–38 днів, а тривалість менструації – 4–8 днів.

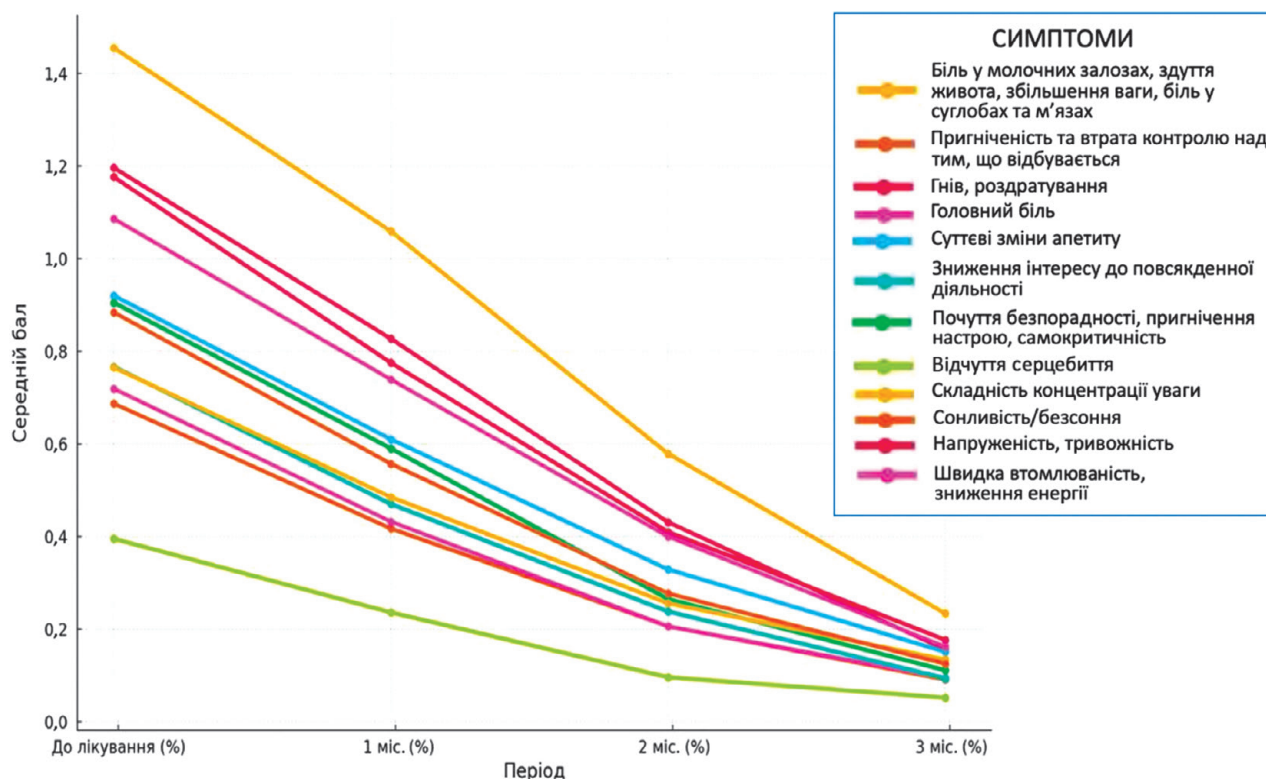


Рис. 4. Динаміка симптомів ПМС за середнім балом, %

Таблиця 3

Динаміка тривалості менструального циклу та менструацій під впливом комплексної фітотерапії, дні

Показник	Період	M ± SD	Мінімум і максимум
Тривалість менструального циклу	До лікування	32,18 ± 7,91	16–90
	Після лікування		
	1 міс.	30,84 ± 6,21	18–64
	2 міс.	29,83 ± 5,33	19–45
	3 міс.	29,11 ± 4,28	20–40
Тривалість менструації	До лікування	5,91 ± 2,13	2–14
	Після лікування		
	1 міс.	5,50 ± 1,78	2–10
	2 міс.	5,20 ± 1,51	2–9
	3 міс.	4,98 ± 1,12	2–8

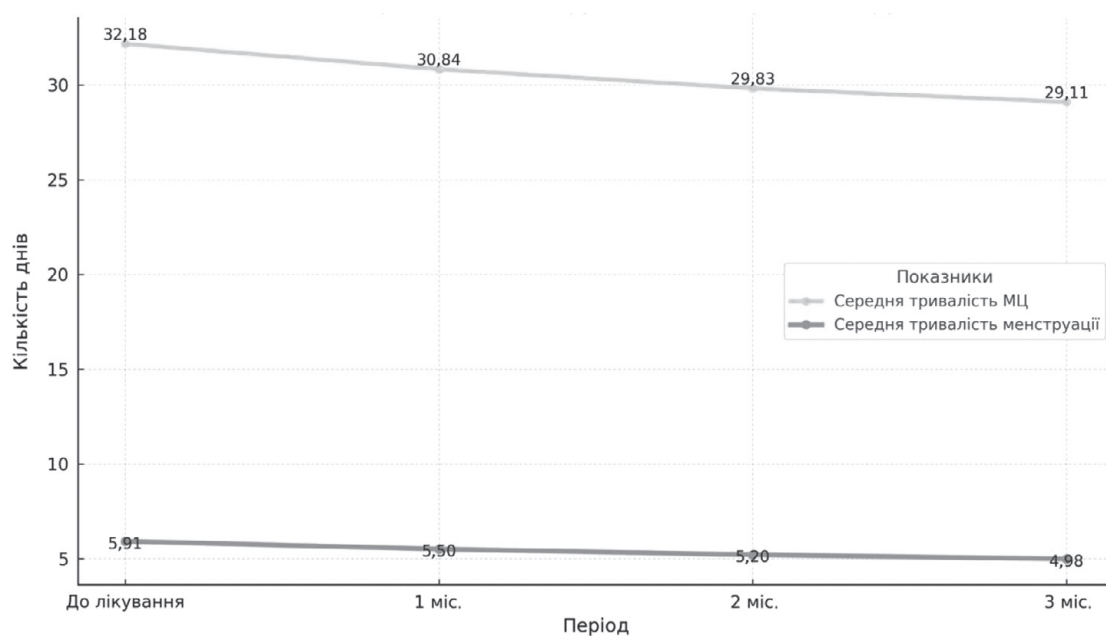


Рис. 5. Середня тривалість менструального циклу та менструацій

Примітка: МЦ – менструальний цикл.

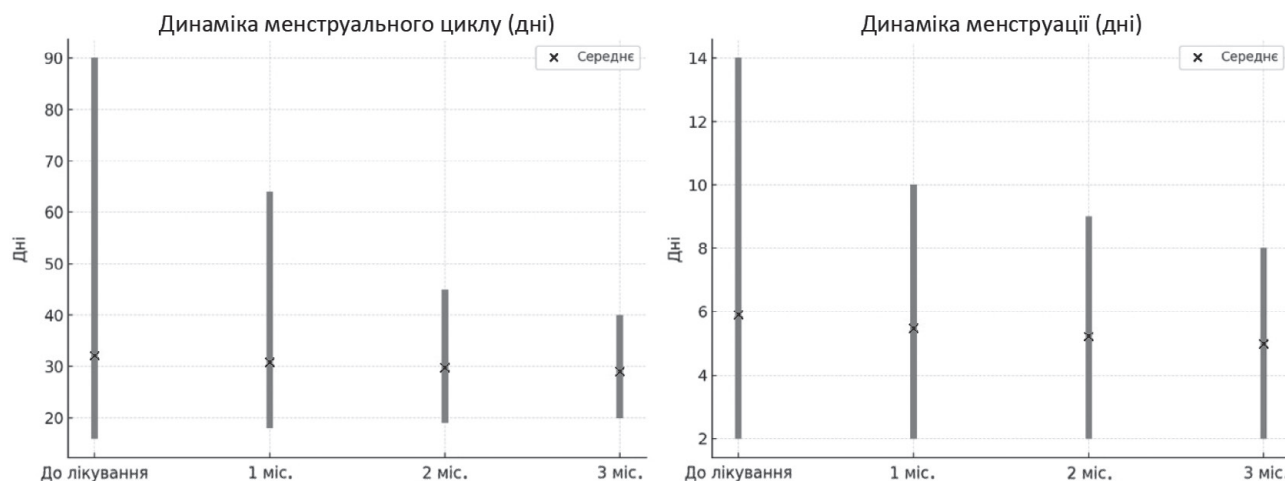


Рис. 6. Динаміка тривалості менструального циклу та менструацій

До початку лікування у пацієнток спостерігалися значні коливання обох показників: середня тривалість менструального циклу становила $32,18 \pm 7,91$ дня (з розкидом від 16 до 90 днів), а менструації – $5,91 \pm 2,13$ дня (від 2 до 14 днів), що часто виходило за межі фізіологічної норми (табл. 3).

Після місячного курсу приймання Циклотайму® ці показники поступово стабілізувалися. Уже через 3 міс. терапії середня тривалість менструального циклу скоротилася до $29,11 \pm 4,28$ дня, а тривалість менструації – до $4,98 \pm 1,12$ дня, наблизившись до оптимальних нормативів (рис. 5).

Графік динаміки демонструє, що протягом лікування нутрицевтичним засобом Циклотайм® спостерігається звуження розподілу тривалості циклу й менструації, зменшення варіабельності та зсув медіани до фізіологічної норми (рис. 6).

Таким чином, комплексний засіб на основі фітоекстрактів Циклотайм® продемонстрував не лише ефективність у зменшенні симптомів ПМС, а й значний регулювальний вплив на менструальну функцію, сприяючи її нормалізації в межах загальноприйнятих медичних стандартів. Це дозволяє розглядати препарат як ефективний засіб для комплексної підтримки репродуктивного здоров'я жінок.

Результати нашого багатоцентрового проспективного дослідження підтверджують високу клінічну ефективність нутрицевтичного засобу Циклотайм® у пацієнток із ПМС. Уже з 1-го місяця лікування спостерігалася достовірне зниження вираженості широкого спектра симптомів – емоційно-поведінкових, когнітивних і соматичних, із подальшим поступовим покращенням упродовж тримісячного курсу. Значне зменшення тяжкості симптомів підтверджується також переходом більшості пацієнток до категорії безсимптомних (0 балів за ВАШ).

Ці дані узгоджуються з результатами досліджень інших авторів, які демонструють позитивний вплив рослинних і комбінованих нутрицевтиків на регуляцію менструальної функції та полегшення симптомів ПМС. Дослідження вітчизняних колег показали ефективність фітотерапії в комплексному лікуванні стрес-індукованих порушень менструального циклу, з нормалізацією гормонального фону та зменшенням клінічних проявів у жінок, які перебувають у стресових умовах [11]. Попри деякі відмінності у складі препаратів (Циклотайм® містить, зокрема, екстракти прутняку, пажитнику, циміцифуги, вітаміни групи В, цинк і хром, тоді як у дослідженні застосовувався інший рослинний комплекс), ефективність у регуляції симптомів ПМС та нормалізації менструальної функції спостерігалася в обох випадках.

Подібні результати наводять також українські науковці, які вивчали комбіновані рослинні препарати в лікуванні масталгії – одного із соматичних симптомів ПМС – і зафіксували значне зниження інтенсивності больового синдрому, покращення психоемоційного стану та стабілізацію гормонального балансу в жінок репродуктивного віку [22].

Крім того, систематичний огляд van Die і співавт. підтверджує високу ефективність екстрактів *Vitex agnus-*

castus у лікуванні ПМС і передменструального дисфоричного розладу, зі значною дозозалежністю терапевтичного ефекту та хорошим профілем безпеки [26]. Важливо, що *Vitex agnus-castus* – один із ключових компонентів Циклотайму® – сьогодні є однією з небагатьох схвалених рослинних терапій для ПМС у багатьох країнах, включно зі Швейцарією [10].

Отже, отримані нами дані не лише підтверджують ефективність і безпеку Циклотайму®, а й розширюють розуміння можливостей нутрицевтичної терапії в комплексному менеджменті ПМС. Особливістю нашого дослідження є велика вибірка пацієнток, проспективний дизайн і детальний аналіз динаміки симптомів та параметрів менструальної функції.

Практичне значення наших результатів полягає в можливості широкого застосування Циклотайму® як безпечного й ефективного засобу для підвищення якості життя жінок із ПМС, особливо в умовах, коли застосування гормональної терапії обмежене або небажане.

ВИСНОВКИ

Результати багатоцентрового проспективного дослідження свідчать про високу клінічну ефективність нутрицевтичного засобу Циклотайм® у пацієнток із ПМС. Уже з 1-го місяця лікування відзначалося достовірне зниження вираженості емоційно-поведінкових, когнітивних і соматичних симптомів ПМС, з подальшим наростанням позитивної динаміки протягом тримісячного курсу. Зокрема, частка жінок із тяжкими проявами (3 бали за ВАШ) зменшилася практично до нуля за більшістю симптомів, натомість кількість безсимптомних пацієнток (0 балів) досягала 85–95% ($p < 0,05$).

Застосування Циклотайму® також сприяло значному покращенню менструальної функції. Спостерігалася не лише зменшення середньої тривалості менструального циклу (з $32,18 \pm 7,91$ до $29,11 \pm 4,28$ дня) та менструації (з $5,91 \pm 2,13$ до $4,98 \pm 1,12$ дня), а й достовірне зниження варіабельності цих показників. Якщо до початку терапії амплітуда коливань тривалості менструального циклу становила від 16 до 90 днів, а менструації – від 2 до 14 днів, що часто виходило за межі фізіологічної норми, то вже на 3-му місяці лікування переважна більшість пацієнток мала стабільний, регулярний цикл у межах оптимальних репродуктивних параметрів.

Сумарно це зумовило значне підвищення якості життя пацієнток, зниження частоти критичних днів, полегшення суб'єктивного сприйняття менструації та поліпшення психоемоційного стану. Отримані результати наголошують на важливості повного тримісячного курсу терапії, необхідного для досягнення стійкого терапевтичного ефекту та стабілізації репродуктивних ритмів.

З огляду на отримані результати, комплексний засіб на основі фітоекстрактів Циклотайм® продемонстрував не лише виражений клінічний вплив на інтенсивність симптомів ПМС, а й суттєвий регуляторний потенціал щодо функціонального стану репродуктивної системи, що дає змогу розглядати його як ефективний лікувальний засіб у межах комплексного підходу до підтримки жіночого здоров'я.

Відомості про авторів

- Бенюк Василь Олексійович** – Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ; тел.: (044) 405-60-33
ORCID: 0000-0002-5984-3307
- Комар Вікторія Миколаївна** – Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ; тел.: (066) 032-41-70. *E-mail: vickimd12@gmail.com*
ORCID: 0009-0008-7193-1984
- Диндар Олена Анатоліївна** – Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ; тел.: (044) 405-60-33. *E-mail: dyndar@ukr.net*
ORCID: 0000-0002-0440-0410
- Гончаренко Вадим Миколайович** – Центр жіночого здоров'я клінічної лікарні «Феофанія» Державного управління справами, м. Київ
ORCID: 0000-0002-8317-3737
- Ковалюк Тетяна Володимирівна** – Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ
ORCID: 0000-0001-9339-881X
- Бенюк Світлана Василівна** – Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ
ORCID: 0000-0003-4273-3934
- Оліуніна Наталія Сергіївна** – Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ. *E-mail: oliunina.nataliya@gmail.com*
ORCID: 0009-0006-3066-6032

Information about the authors

- Beniuk Vasyly O.** – Bogomolets National Medical University, Kyiv; tel.: (044) 405-60-33
ORCID: 0000-0002-5984-3307
- Komar Viktoriia M.** – Bogomolets National Medical University, Kyiv; tel.: (066) 032-41-70. *E-mail: vickimd12@gmail.com*
ORCID: 0009-0008-7193-1984
- Dyndar Olena A.** – Bogomolets National Medical University, Kyiv; tel.: (044) 405-60-33. *E-mail: dyndar@ukr.net*
ORCID: 0000-0002-0440-0410
- Goncharenko Vadym M.** – Women's Health Center of the Clinical Hospital "Feofaniya" of State Management of Affairs of Ukraine, Kyiv
ORCID: 0000-0002-8317-3737
- Kovaliuk Tetiana V.** – Bogomolets National Medical University, Kyiv
ORCID: 0000-0001-9339-881X
- Beniuk Svitlana V.** – Bogomolets National Medical University, Kyiv
ORCID: 0000-0003-4273-3934
- Oliunina Nataliia S.** – Bogomolets National Medical University, Kyiv. *E-mail: oliunina.nataliya@gmail.com*
ORCID: 0009-0006-3066-6032

ПОСИЛАННЯ

- Wyatt KM, Dimmock PW, Jones PW, Shaughn O'Brien PM. Efficacy of vitamin B-6 in the treatment of premenstrual syndrome: Systematic review. *BMJ*. 1999;318(7195):1375-81. doi: 10.1136/bmj.318.7195.1375.
- Ashby CR Jr, Carr LA, Cook CL, Steptoe MM, Franks DD. Alteration of platelet serotonergic mechanisms and monoamine oxidase activity in premenstrual syndrome. *Biol Psychiatry*. 1988;24(2):225-33. doi: 10.1016/0006-3223(88)90277-6.
- Csupor D, Lantos T, Hegyi P, Benkő R, Viola R, Gyöngyi Z, et al. Vitex agnus-castus in premenstrual syndrome: A meta-analysis of double-blind randomised controlled trials. *Complement Ther Med*. 2019;47:102190. doi: 10.1016/j.ctim.2019.08.024.
- Dante G, Facchinetti F. Herbal treatments for alleviating premenstrual symptoms: a systematic review. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2011;32(1):42-51. doi: 10.3109/0167482X.2010.538102.
- Di Pierro F, Prazzoli R, Candidi C, Attolico M. Premenstrual syndrome: Controlled clinical trial with a fast acting form of a highly standardized extract of Vitex agnus castus. *G Ital Ostet Ginecol*. 2009;31:153-7.
- Ford O, Lethaby A, Roberts H, Mol BW. Progesterone for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;2012(3):CD003415. doi: 10.1002/14651858.CD003415.pub4.
- Haußmann J, Goeckenjan M, Haußmann R, Wimberger P. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder – Overview on pathophysiology, diagnostics and treatment. *Nervenarzt*. 2024;95(3):268-74. doi: 10.1007/s00115-024-01625-5.
- He Z, Chen R, Zhou Y, Geng L, Zhang Z, Chen S, et al. Treatment for premenstrual syndrome with Vitex agnus castus: A prospective, randomized, multi-center placebo controlled study in China. *Maturitas*. 2009;63(1):99-103. doi: 10.1016/j.maturitas.2009.01.006.
- Horrobin DF. The role of essential fatty acids and prostaglandins in the premenstrual syndrome. *J Reprod Med*. 1983;28(7):465-8.
- Stute P, Bodmer C, Ehrlert U, Eltbo-gen R, Ging A, Streuli I, et al. Interdisciplinary consensus on management of premenstrual disorders in Switzerland. *Gynecol Endocrinol*. 2017;33(5):342-8. doi: 10.1080/09513590.2017.1284788.
- Kozub T, Hnatiuk V. Possibilities of treatment of stress-induced disorders of the menstrual cycle with phytotherapy. *Reprod Health Woman*. 2024;(1):62-72. doi: 10.30841/2708-8731.1.2024.301601.
- Lauritzen C, Reuter HD, Repges R, Böhnert KJ, Schmidt U. Treatment of premenstrual tension syndrome with Vitex agnus castus controlled, double-blind study versus pyridoxine. *Phytotherapy*. 1997;4(3):183-9. doi: 10.1016/S0944-7113(97)80066-9.
- Leminen H, Heliövaara-Peippo S, Halmesmäki K, Teperi J, Grenman S, Kivela A, et al. The effect of hysterectomy or levonorgestrel-releasing intrauterine system on premenstrual symptoms in women treated for menorrhagia: secondary analysis of a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012;91(3):318-25. doi: 10.1111/j.1600-0412.2011.01340.x.
- Lukes AS, McBride RJ, Her-ring AH, Fried M, Sherwani A, Dell D. Improved premenstrual syndrome symptoms after NovaSure endometrial ablation. *J Minim Invasive Gynecol*. 2011;18(5):607-11. doi: 10.1016/j.jmig.2011.06.001.
- Mattes JA, Martin D. Pyridoxine in premenstrual depression. *Hum Nutr Appl Nutr*. 1982;36:131-3.
- Tatarchuk TF, Bulavenko OE, Dubossarska ZM, Dubossarska YU, Yefimenko OA, Zanko OV, et al. Premenstrual syndrome. Evidence-based clinical guideline [Internet]. Kyiv: Ministry of Health of Ukraine; State Expert Center; Institute of pediatrics obstetrics and gynecology named academic Elena M. Lukyanova National academy of medical sciences of Ukraine; 2021. 78 p. Available from: <https://repo.dma.dp.ua/8414/>.
- National Association for Premenstrual Syndrome. Menstrual diary [Internet]. Available from: <https://www.pms.org.uk/support/menstrual-diary/>.
- Nevatte T, O'Brien PM, Bäckström T, Brown C, Dennerstein L, Endicott J,

- et al. ISPMDS consensus on the management of premenstrual disorders. Arch Womens Ment Health. 2013;16(4):279-91. doi: 10.1007/s00737-013-0346-y.
19. O'Brien PM, Bäckström T, Brown C, Dennerstein L, Endicott J, Epperson CN, et al. Towards a consensus on diagnostic criteria, measurement and trial design of the premenstrual disorders: the ISPMDS Montreal consensus. Arch Womens Ment Health. 2011;14(1):13-21. doi: 10.1007/s00737-010-0201-3.
20. O'Brien S, Rapkin A, Dennerstein L, Nevatte T. Diagnosis and management of premenstrual disorders. BMJ. 2011;342:d2994. doi: 10.1136/bmj.d2994.
21. Panay N. Treatment of premenstrual syndrome: a decision-making algorithm. Menopause Int. 2012;18(2):90-2. doi: 10.1258/mi.2012.012019.
22. Pyrohova V, Shurpyak S, Prokopychuk Y. Phytotherapy in the management of women of reproductive age with dysgynecological pathology and mastalgia. Reprod Health Woman. 2024;(2):66-74. doi: 10.30841/2708-8731.2.2024.304659.
23. Green LJ, O'Brien PMS, Panay N, Craig M on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of premenstrual syndrome. BJOG. 2017;124:e73-105.
24. Schellenberg R, Zimmermann C, Drewe J, Hoexter G, Zahner C. Dose-dependent efficacy of the Vitex agnus castus extract Ze 440 in patients suffering from premenstrual syndrome. Phyto-medicine. 2012;19(14):1325-31. doi: 10.1016/j.phymed.2012.08.006.
25. Schellenberg R, Saller R, Hess L, Melzer J, Zimmermann C, Drewe J, Zahner C. Dose-dependent effects of the Cimicifuga racemosa Extract Ze 450 in the treatment of climacteric complaints: A randomized, placebo-controlled study. Evid Based Complement Alternat Med. 2012;2012:260301. doi: 10.1155/2012/260301.
26. Van Die MD, Burger HG, Teede HJ, Bone KM. Vitex agnus-castus extracts for female reproductive disorders: a systematic review of clinical trials. Planta Med. 2013;79(7):562-75. doi: 10.1055/s-0032-1327831.
27. Ventskivska IB. Premenstrual syndrome: Clinical features, diagnosis, prognosis and treatment [dissertation]. Kyiv: Bohomolets National Medical University; 2006. 448 p.
28. Whelan AM, Jurgens TM, Naylor H. Herbs, vitamins and minerals in the treatment of premenstrual syndrome: A systematic review. Can J Clin Pharmacol. 2009;16(3):e407-29.

Стаття надійшла до редакції 09.07.2025. – Дата першого рішення 14.07.2025. – Стаття подана до друку 22.08.2025