

DOI10.37882/2223–2966.2022.07.34

## ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ГЕНИТОУРИНАРНОГО МЕНОПАУЗАЛЬНОГО СИНДРОМА

### INNOVATIVE APPROACHES TO THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF GENITOURINARY MENOPAUSAL SYNDROME

*I. Sakhautdinova  
L. Ziganshina*

*Summary.* This article is devoted to the study of innovative approaches to the diagnosis and treatment of genitourinary menopausal syndrome (GUMS), based on the studies of domestic and foreign scientists. The high prevalence of genitourinary disorders among menopausal women and the multifactorial nature of this disease are triggers for the search for effective methods of prevention and correction. This article discusses the effectiveness of such diagnostic methods as examination of the vagina, microscopic examination of the vagina, transabdominal sonography. Treatment of patients with HUMS is a laborious, lengthy and rather complex task.

*Keywords:* genitourinary disorders, postmenopause, vagina, research, symptoms, therapy.

**Сахаутдинова Индира Венеровна**

*Д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО «Башкирский  
государственный медицинский университет»  
Минздрава России, г. Уфа  
indira2172@yandex.ru*

**Зиганшина Лиана Замировна**

*Ассистент, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный  
медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа  
lz.ziganshina85@mail.ru*

*Аннотация.* Данная статья, посвящена изучению инновационных подходов к диагностике и лечению генитоуритарного менопаузального синдрома (ГУМС), на основании проведенных исследований отечественных и зарубежных ученых. Высокая распространенность генитоуритарных расстройств среди женщин менопаузального периода и мультифакторность данного заболевания, являются триггерами для поиска эффективных методик профилактики и коррекции. В данной статье рассмотрена эффективность таких диагностических методов как осмотр влагалища, микроскопическое исследование влагалища, трансабдоминальная сонография. Лечение пациенток с ГУМС представляет собой трудоемкую, длительную и достаточно сложную задачу.

*Ключевые слова:* генитоуритарные расстройства, постменопауза, влагалище, исследования, симптоматика, терапия.

**В** настоящее время значительно вырос интерес к проблеме здоровья женщин перименопаузального периода. Это послужило причиной того, что современная популяция женщин проводит одну треть жизни в состоянии постменопаузы. Так, по данным ВОЗ, уже в 2018 году половина населения планеты состоит из женщин старше 45 лет.

В связи с этим особое медико-социальное значение приобретают факторы, которые определяют качество жизни женщин этого возраста. К их числу относятся проблемы, связанные с профилактикой, диагностикой и лечением патологических состояний. Одним из существенных звеньев патогенеза является дефицит эстрогенов, вследствие возрастного угасания функции яичников.

Желание современной женщины вести активный образ жизни, увеличить продолжительность жизни после наступления естественной менопаузы подразумевают под собой повышение качества жизни и здоровья, а это зависит как от лечащего врача, так и от пациентки. Появление вазомоторных симптомов (приливы, холодный

или ночной пот), развивающихся с различной интенсивностью в условиях дефицита половых гормонов, является сигналом наступления климактерия и биомаркером возможных нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы, остеопороза и других заболеваний, но, как правило, прогрессирования процесса не наблюдается, и при правильном подходе купируются в «зародыше» [1].

Наряду с вазомоторной симптоматикой дефицит эстрогенов вызывает более серьезные нарушения, существенно снижающие качество жизни в позднем репродуктивном, пери- и постменопаузальном периодах. Ранний и кардинальный симптом, развивающийся на этом фоне — сухость влагалища 27–55%, как проявление вульвовагинальной атрофии (ВВА), также можно наблюдать жжение и зуд во влагалище — 18%, диспареунию — 33–41%. Атрофические процессы затрагивают всю анатомию влагалища — соединительнотканную и мышечную структуры, мышцы тазового дна, уретру [2].

Исследования, проведенные в последние годы, показывают, что распространение ВВА в мире составляет

36–90% в пери- и постменопаузе, около 19% в позднем репродуктивном периоде [7]. Но даже столь высокая частота заболевания не приводит пациенток на прием к врачу, и как следствие терапия начинается при манифестации процесса [8].

Несмотря на тяжесть симптомов, высокую частоту встречаемости и прогрессирующее течение — термин вульвовагинальная атрофия не описывает весь спектр и всю суть менопаузальных симптомов, вызванных изменениями в вульве и влагалище, нижних мочевыводящих путях, вследствие дефицита эстрогенов [3]. Поэтому в 2014 г. ISSWSH и NAMS, а в 2015 г. в РФ принят новый термин — генитоуринарный синдром (ГУМС), который наиболее точно и исчерпывающе характеризует состояние, возникающее в постменопаузальном периоде и сопровождается клиническими проявлениями [3].

Генитоуринарные расстройства представляют собой комплекс симптомов, сопровождающихся развитием атрофических и дистрофических процессов в эстрогенозависимых тканях (влагалище, уретра, мочевого пузыря, нижняя треть мочеточников, связки и мышцы тазового дна) [4]. Острая нехватка эстрогенов в женском организме провоцирует истончение многослойного плоского эпителия, уменьшение количества лактобактерий и повышению pH влагалища, что в свою очередь приводит к нарушению биоценоза и беспрепятственному развитию воспалительной реакции рецидивирующего характера [5]. На фоне дефицита эстрогенов снижается уровень гликогена в уротелии, повышается уровень pH, что влечет риск развития восходящей урологической инфекции. Следует отметить, что патогенез ГУМС не ограничивается дефицитом только эстрогенов и прогестерона. Большое значение имеет также уровень мужских половых гормонов. Исследования показали, что наблюдается прямая связь между уровнем андрогенов и клиникой ГУМС. Чем выше было содержание тестостерона у испытуемых, тем реже наблюдались тяжелые проявления ГУМС, что объясняется значительной экспрессией в урогенитальном тракте рецепторов к андрогенам и возможностью частично компенсировать ситуацию за счет их анаболического эффекта [9].

Высокая распространенность генитоуринарных расстройств среди женщин менопаузального периода и мультифакторность данного заболевания, являются триггерами для поиска эффективных методик профилактики и коррекции.

Диагностика ГУМС не составляет особых сложностей для врача, и в ее основе, несомненно, лежит доверительное общение пациентки и врача, которое позволяет на основе жалоб на диспареунию заподозрить патологию [10]. В исследовании AGATA, проводимом среди

итальянок, проходивших плановый осмотр акушера-гинеколога, ГУМС был установлен у 64,7–84,2% из них в зависимости от длительности постменопаузы [7]. Поэтому раннее начало необходимой терапии у данных пациенток, позволило остановить прогрессирование процесса в 59,7% случаев [10].

Осмотр влагалища достаточно информативен и позволяет предположить, а в ряде случаев установить диагноз ГУМС. Характерными симптомами являются короткое и узкое влагалище, сглаживание складок, снижение объема трансудата, истончение и бледность слизистых оболочек малых половых губ, вульвы и влагалища, возможны петехии. При присоединении инфекционно-воспалительного процесса появляются характерные признаки в виде гиперемии и различного рода патологических белей [7].

Микроскопическое исследование вагинального эпителия демонстрирует прогрессирующее преобладание парабазальных клеток с меньшим количеством промежуточных и поверхностных клеток, что является «гормональным зеркалом», отражающим дефицит половых стероидов [11].

Показатель индекса здоровья влагалища, оцениваемый по 5 параметрам (эластичность влагалища, трансудат, pH, эпителий, влажность), дает нам клиническую оценку, определяющую степень атрофии в мочеполовом тракте. Сумма баллов варьирует от 5 до 25, где с уменьшением количества баллов, увеличивается степень вагинальной атрофии.

В исследованиях зарубежных авторов предпринимаются попытки использовать трансабдоминальную сонографию для определения толщины влагалищной стенки [11]. Полученные промежуточные итоги не позволяют с полной уверенностью судить об эффективности данного диагностического метода, но данный подход мог бы оказаться полезным в оценке как исходного состояния вагинального эпителия, так и динамики его в процессе лечебных мероприятий.

Лечение пациенток с ГУМС представляет собой трудоемкую, длительную и достаточно сложную задачу. Целевым показателем терапии является корригирование клинических симптомов, профилактика рецидивов и несомненно — улучшение качества жизни женщины в климактерическом периоде [2].

Тот факт, что в патогенезе заболевания лежит дефицит эстрогенов, терапия эстрогенами является золотым стандартом лечения ГУМС. Все клинические рекомендации по лечению ГУМС сходятся во мнении, что наиболее распространенным и эффективным методом лече-

ния является системная или локальная гормональная терапия эстрогенами в различных формах, так как она достаточно быстро улучшает индекс созревания влагалищного эпителия (ИС) и толщину слизистой оболочки влагалища, снижает pH влагалища и устраняет симптомы заболевания [6]. Если клиника ГУМС сочетается с вегетативными и психоэмоциональными проявлениями климактерия, то используется системная менопаузальная гормональная терапия.

В случаях, когда у пациентки исключительно симптомы ГУМС, предпочтение отдается локальной терапии эстриолом в виде свечей, крема или капсул, позволяющей избежать большинства системных побочных эффектов. Исследования показывают высокую эффективность локальной терапии эстриолом, которая составляет 80–90%, что выше чем системная МГТ устраняющая симптомы ГУМС лишь в 75% случаев [6]. Из природных эстрогенов человеческого организма эстриол имеет самый короткий период полувыведения и наименьшую биологическую активность, что практически исключает риск развития эндометриоза, а учитывая слабое пролиферативное действие на эндометрий, дополнительное введение прогестагена не требуется. Многочисленные исследования показали, что ежедневное применение эстриола в дозе 0,5 мг и 1 мг оказывает выраженный пролиферативный эффект на эпителий влагалища. В связи с этим в Российской Федерации в качестве средств первой линии рекомендуют препараты, содержащие 0,5 и 0,2 мг эстриола [12]. Локальное применение эстриолсодержащих препаратов является безопасным и эффективным подходом к предотвращению и лечению ГУМС, не имеющим ограничений по возрастному аспекту и длительности лечения. Положительным моментом терапии эстриолом, является то, что референсные значения, характерные для физиологического течения постменопаузы, не поднимаются выше нормы. Это обстоятельство особенно важно для пациенток с высоким риском рака молочной железы или перенесших это заболевание [12].

В целях нормализации микрофлоры, наряду с гормональной терапией, могут быть добавлены лиофилизированные лактобактерии и /или прогестерон для усиления секреторной трансформации вагинального эпителия [12].

В западных странах активно изучается новое направление коррекции ГУМС андрогенами для местного применения [10]. Доклинические исследования препаратов, содержащих эндогенный дегидроэпиандростерон выявили усиление коллагеновых и мышечных слоев влагалищной стенки, а также улучшение иннервации и кровоснабжения влагалища [13]. Использование данных препаратов связано со значительным улучшением

созревания эпителиальных клеток влагалища, снижением pH влагалищного секрета при неизменных сыровоточных уровнях эстрадиола и тестостерона. В результате его применения снижается диспареуния и другие объективные и субъективные проявления ГУМС [13], но эффективность андрогенов в целях лечения ГУМС требует дальнейшего изучения.

Если у пациентки есть противопоказания к гормональному лечению или в дополнение к нему, для уменьшения сухости влагалища и поддержания сексуальной активности целесообразно назначение увлажнителей [13], причем последние могут дополнительно оказывать трофический эффект.

В комплексное лечение ГУМС, наравне с медикаментозной терапией, особенно у женщин в постменопаузе с недержанием мочи, эффективно проводить тренировки мышц тазового дна, которые позволяют улучшить трофику тканей и служат средством профилактики пролапса [13].

Исследование, проведенное отечественными акушерами-гинекологами по использованию физиотерапевтических методов лечения, а именно фракционная абляция CO<sub>2</sub>-лазером, показало значительное уменьшение (~90%) как субъективных симптомов (сухость, зуд, жжение, диспареуния), так и клинических признаков. Под воздействием лазера произошло увеличение толщины плоского эпителия, улучшилось кровоснабжение и повысилась упругость стенок влагалища.

Таким образом, ГУМС — это собирательный термин, который объединяет в себе симптомы и признаки, ухудшающие качество жизни большей половине женщин в постменопаузе. Несмотря на достаточную изученность клинических симптомов генитоуринарного менопаузального синдрома на современном этапе, раннее выявление заболевания, а в последующем раннее начало терапии составляет для акушера-гинеколога проблему, так как женщины зачастую не акцентируют на симптомы ни свое внимание, ни внимание врача. В качестве основной терапии, применяемой сегодня, используются препараты эстрогенов для локального применения или системная менопаузальная гормональная терапия. Но не стоит забывать о дополнительных методах, которые, на фоне основного лечения, позволяют объективно улучшить клинику ГУМС (вагинальные увлажнители, смазочные средства, восстановление микробиоты влагалища, тренировка мышц тазового дна и другие). Влияние генитоуринарного менопаузального синдрома на жизнь и здоровье большей части женского населения планеты в возрасте климактерия подталкивает отечественных и зарубежных ученых на поиски новых, эффективных и безопасных способов лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гречканев Г.О., Мотовилова Т.М., Клементе Х.М., Никишов Н.Н., Крупинова Д.С., Гагаева Ю.А., Щерина А.В., Гулян Ж.И. Патогенез и патогенетическое лечение менопаузального генитоуринарного синдрома (обзор литературы)/Медицинский альманах № 3 (64). 2020. Ст. 6–14.
2. Ермакова Е.И. Генитоуринарный менопаузальный синдром: диагностика и принципы лечения. Медицинский совет. 2019;(13):106–111. /doi: 10.21518/2079-701X-2019-13-106-111.
3. Сметник В.П. Генитоуринарный менопаузальный синдром: новый термин, обоснование и дискуссия. Акушерство и гинекология. 2016. ст. 7–10. DOI: <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2016.4.7-10>
4. Кулаков В.И., Манухин И.Б., Савельева Г.М. Национальное руководство по гинекологии. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2010. С. 413–432
5. Кулакова В.И., Савельевой Г.М., Манухина И.Б. Гинекология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2009. С. 404–405. DOI: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970418970>.
6. Есефидзе Ж.Т. Клиника, диагностика и лечение атрофического вагинита в постменопаузе. Русский медицинский журнал. 2001; 9(9): 370–4.
7. Gandhi J., Chen A., Dagur G., Suh Y., Smith N., Cali B., Khan S.A. Genitourinary syndrome of menopause: An overview of clinical manifestations, pathophysiology, etiology, evaluation, and management. Am J Obstet Gynecol 2016; 215: 704–711, <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.07.045>.
8. Nappi R.E., Seracchioli R., Salvatore S., Cagnacci A., Di Paolantonio T., Busacca M. Impact of vulvovaginal atrophy of menopause: prevalence and symptoms in Italian women according to the EVES study. Gynecol Endocrinol 2019; 35: 453–459, <https://doi.org/10.1080/09513590.2018.1563883>.
9. Traish A.M., Vignozzi L., Simon J.A., Goldstein I., Kim N.N. Role of androgens in female genitourinary tissue structure and function: implications in the genitourinary syndrome of menopause. Sex Med Rev 2018; 6: 558–571, <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2018.03.005>.
10. Palma F., Xholli A., Cagnacci A., as the Writing Group of the AGATA Study. The most bothersome symptom of vaginal atrophy: evidence from the observational AGATA study. Maturitas 2018; 108: 18–23, <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.11.007>.
11. Balica A., Schertz K., Wald-Spielman D., Egan S., Bachmann G. Transabdominal sonography to measure the total vaginal and mucosal thicknesses. Clin Ultrasound 2017; 45: 461–464, <https://doi.org/10.1002/jcu.22497>.
12. Faubion S.S., Larkin L.C., Stuenkel C.A., Bachmann G.A., Chism L.A., Kagan R., Kaunitz A.M., Krychman M.L., Parish S.J., Partridge A.H., Pinkerton J.V., Rowen T.S., Shapiro M., Simon J.A., Goldfarb S.B., Kingsberg S.A. Management of genitourinary syndrome of menopause in women with or at high risk for breast cancer: consensus recommendations from The North American Menopause Society and The International Society for the Study of Women’s Sexual Health. Menopause 2018; 25: 596–608, <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001121>.
13. Mercier J., Morin M., Zaki D., Reichetzer B., Lemieux M.C., Khalifé S., Dumoulin C. Pelvic floor muscle training as a treatment for genitourinary syndrome of menopause: a single-arm feasibility study. Maturitas 2019; 125: 57–62, <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.03.002>.

---

© Сахатудинова Индира Венеровна ( [indira2172@yandex.ru](mailto:indira2172@yandex.ru) ), Зиганшина Лиана Замировна ( [lz.ziganshina85@mail.ru](mailto:lz.ziganshina85@mail.ru) ).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»