

## СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ГЕНИТОУРИНАРНЫМ СИНДРОМОМ

### MODERN MANAGEMENT TACTICS FOR WOMEN WITH GENITOURINARY SYNDROME

**L. Ziganshina  
E. Zulkarneeva**

*Summary.* This article discusses the modern tactics of managing women with genitourinary syndrome (HUS) to improve the quality of life of patients in menopausal age. Due to the increase in the number of working and active women in menopause, HUS is a medical and social problem. The article analyzes the examination data of patients at menopausal age, on the basis of which the question of choosing systemic or local therapy was decided, the effectiveness of each type of therapy depending on the complaints of patients was considered.

*Keywords:* menopausal age, genitourinary syndrome, estrogens, vulvovaginitis.

**Зиганшина Лиана Замировна**

«Башкирский государственный медицинский университет» Россия, г. Уфа  
lz.ziganshina85@mail.ru

**Зулкарнеева Эльмира Маратовна**

Кандидат медицинских наук, «Башкирский государственный медицинский университет» Россия, г. Уфа

zulkarneeva.elmira@yandex.ru

*Аннотация.* В данной статье рассмотрена современная тактика ведения женщин с генитоуринарным синдромом (ГУС), для повышения качества жизни пациенток в менопаузальном возрасте. В связи с повышением количества работающих и ведущих активный образ жизни женщин в менопаузе, ГУС является медико-социальной проблемой. В статье проанализированы данные обследования пациенток в менопаузальном возрасте, на основании которых решался вопрос о выборе системной или местной терапией, рассмотрена эффективность каждого вида терапии в зависимости от жалоб пациенток.

*Ключевые слова:* менопаузальном возрасте, генитоуринарный синдром, эстрогены, вульвовагинит.

Согласно демографическим прогнозам, к 2030 году 1,2 млрд. женщин доживут до менопаузы. В нашей стране, по данным всероссийской переписи населения 2020г, более 39% женщин менопаузального возраста продолжают работать, из этого количества 50% — женщины 55–59 лет [1].

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 которых является дефицит эстрогенов вследствие возрастного угасания функции яичников. Климактерический период хотя и является закономерным этапом жизни женщины, не всегда протекает физиологически. По данным литературы, различные проявления климактерических расстройств наблюдаются у 40%–70% женщин старше 45 лет. С другой стороны, к возрасту менопаузы у женщин накапливается целый «букет» экстрагенитальной патологии, которая со своей стороны обуславливает отрицательное влияние на качество жизни и усугубляет клиническое течение менопаузы. Наиболее значимым проявлением менопаузального синдрома,

обусловленное дефицитом эстрогенов у женщин перименопаузального возраста, является атрофический вульвовагинит [2]. При этом частота встречаемости, выраженность патологических изменений и клиническое течение заболевания зависят от длительности менопаузы. Так, через 7–8 лет после прекращения менструаций, атрофические изменения наблюдаются почти у 50% женщин, а с течением времени его частота возрастает до 73–75% [4]. Тогда как около 70% женщин с симптомами вагинальной атрофии не обращаются к врачам, считая это естественным состоянием. В первые годы менопаузы физиологические инволютивные изменения слизистой влагалища без клинических проявлений не нуждаются в медикаментозной коррекции. Только у 10% женщин в период перименопаузы отмечаются такие симптомы как сухость, зуд, жжение, обусловленные генитоуринарным синдромом, требующие медикаментозной коррекции. Остается весьма актуальным вопрос менопаузальной гормональной терапии ГУС, так как нейровегетативные, вазомоторные расстройства имеют тенденцию к улучшению без специфической терапии, а симптомы ГУС прогрессируют, вызывая множество жалоб. Пациентки ощущают сухость и жжение во влагалище, дискомфорт и кровянистые выделения при половой жизни, учащенное, бо-

лезненное мочеиспускание, недержание мочи, возникающее в различных жизненных ситуациях [3].

Диагностика ГУС происходит на основании жалоб пациентки, анамнеза, данных осмотра, расширенной кольпо- и вульвоскопии. При необходимости определяют Ph влагалищного содержимого, значение зрелости вагинального эпителия (ЗВЭ) и проводят комплексное микробиологическое исследование вагинального отделяемого. Для определения интенсивности симптомов вагинальной атрофии используют шкалу по D. Barlow, где 0 — отсутствие симптомов, 5 — симптомы тяжелой степени [4].

По мере нарастания эстрогенного дефицита, примерно через 3–5 лет после последней менструации, в слизистой влагалища, вульвы и других структурах уrogenитального тракта развиваются дистрофические и атрофические изменения, требующие лечения: через 3 года менопаузы уже около 40% женщин предъявляют жалобы, характерные для атрофического вульвовагинита, а более 50% пациенток отмечают, что вагинальный дискомфорт отрицательно влияет на качество их жизни.

Несмотря на вышесказанное, у некоторых женщин симптомы атрофии прогрессируют вскоре после наступления менопаузы, а у других они не возникают даже в более поздние годы [3]. Некоторые авторы считают, что после менопаузы у женщин с более высоким уровнем андрогенов, которые поддерживают сексуальную активность, отмечено меньше изменений, связанных с атрофией. Вагинальная атрофия наблюдается чаще у женщин, которые никогда не рожали через естественные родовые пути.

В настоящее время актуальной проблемой является рациональное ведение пациенток с явлениями гипоэстрогении, улучшение качества жизни женщин менопаузального возраста [5].

Для лечения менопаузального атрофического вагинита было предложено множество методов, включающих различные половые гормоны, негормональные препараты и физиотерапевтические процедуры, однако их эффективность оказалась недостаточной [3]. Эффективность негормональных методов лечения, таких как увлажняющие средства, лубриканты, физиотерапия, расширители, гиалуроновая кислота и лазерная терапия не доказана [10].

В качестве препаратов первой линии для терапии ГУС рекомендуют препараты, содержащие натуральные эстрогены. Данные медикаменты, по-прежнему, остаются в числе немногих оригинальных средств

в линейке менопаузальной гормональной терапии, выпускаются во многих лекарственных формах: в виде таблеток, свечей и кремов. В силу своих составляющих характеристик используются мультимодально: как системно, так и местно [6].

Согласно данным обследований пациенток в менопаузальном возрасте, решение вопроса о выборе системной или местной менопаузальной гормональной терапии в каждом случае решается индивидуально, с учётом качества жизни и приоритетов здоровья, зависит от многих факторов: жалоб, возраста, продолжительности менопаузального периода, необходимости профилактики и терапии системных и местных проявлений климактерия, с учётом всевозможных рисков: венозной тромбоемболии, инсульта, ИБС, фоновых и онкологических заболеваний [7].

Установлено, что комбинированная гормональная терапия назначается при выраженной атрофии: на фоне проводимой местной гормональной терапии рекомендуется применение системного менопаузального гормонального лечения. При этом частота назначения комбинированной гормональной терапии составляет 20–22% у пациенток, получающих системную менопаузальную гормональную терапию [3]. Исследования показали, что при лёгкой степени генитоуринарного синдрома в сочетании с системной менопаузальной гормональной терапией, препарат с эстриолом целесообразно применять местно кратностью до двух раз в неделю. При средней тяжести проявлений уrogenитальных расстройств рекомендуется ежедневный приём препарата эстрогена локально, в составе менопаузальной гормональной терапии в течение 2–3 недель, с переходом на поддерживающую терапию 2 раза в неделю [8].

В случае выраженных симптомов генитоуринарного синдрома рекомендуют сочетание местной и системной менопаузальной гормональной терапии до 6 месяцев, с решением вопроса о типе пролонгируемой терапии [9].

Потребность в пролонгировании лечения, как и наличие показаний и противопоказаний для менопаузальной гормональной терапии, должны периодически пересматриваться [10].

## Заключение

Генитоуринарный менопаузальный синдром — это уникальный набор симптомов и признаков, с которыми сталкиваются более 50% женщин в постменопаузе. Симптомы его хорошо известны, как и их влияние на качество жизни, при этом по-прежнему проблемой

остается своевременное обращение женщин за помощью, в первую очередь из-за психологических преград. ГУС продолжает оставаться в зоне активного изучения и дискуссий о предпочтительности тех или иных способов лечения [11], новые методики требуют объектив-

ного анализа как эффективности, так и безопасности. По всей видимости, будущее за комбинированными способами лечения при учете индивидуальных особенностей пациентки с активным вовлечением ее в лечебный процесс.

---

ЛИТЕРАТУРА

1. Аполихина, И.А. Современный подход к терапии генитоуринарного менопаузального синдрома / И.А. Аполихина, А.Н. Сенча, А.С. Саидова // Медицинский оппонент. — 2020. — № 3 (11). — С. 27–31.
2. Балан, В.Е. Генитоуринарный менопаузальный синдром (обзор современных клинических рекомендаций) / В.Е. Балан, Т.В. Ловыгина // Женская клиника. — 2021. — № 2. — С. 53–64.
3. Ермакова, Е.И. Ведение пациенток с генитоуринарным менопаузальным синдромом и эстроген-зависимыми онкозаболеваниями репродуктивной системы в анамнезе / Е.И. Ермакова // Акушерство и гинекология. Новости. Мнения. Обучение. — 2020. — Т. 8, № 2 (28). — С. 75–79.
4. Ермакова, Е.И. Генитоуринарный менопаузальный синдром: диагностика и принципы лечения / Е.И. Ермакова // Медицинский совет. — 2019. — № 13. — С. 106–111.
5. Мазитова, М.И. Генитоуринарный менопаузальный синдром: современный подход к лечению / М.И. Мазитова, Р.Р. Мардиева // Гинекология. — 2020. — Т. 22, № 6. — С. 16–20.
6. Новые аспекты патогенеза генитоуринарного менопаузального синдрома / Г.О. Гречканев [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2021. — Т. 21, № 6. — С. 27–31.
7. Патогенез и патогенетическое лечение менопаузального генитоуринарного синдрома (обзор литературы) / Г.О. Гречканев [и др.] // Медицинский альманах. — 2020. — № 3 (64). — С. 6–14.
8. Структурно-функциональные основы генитоуринарного синдрома в менопаузе / А.К. Пичигина [и др.] // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. — 2019. — Т. 168, № 7. — С. 127–132.
9. Тихомирова, Е.В. Методы лечения генитоуринарного синдрома на современном этапе / Е.В. Тихомирова, В.Е. Балан, О.С. Фомина-Нилова // Медицинский совет. — 2020. — № 13. — С. 91–96.
10. Трехкомпонентная локальная терапия генитоуринарного менопаузального синдрома у женщин с хирургической коррекцией пролапса гениталий / А.А. Михельсон [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2019. — Т. 19, № 2. — С. 76–82.
11. Genitourinary Syndrome of Menopause / A.L.R. Valadares [et al.] // Rev. Bras. Ginecol. Obstet. — 2022. — Vol. 44, № 3. — P. 319–324.