

# Вульвовагинальная атрофия: проблемы лечения и реабилитации

Д.М. Ампилогова<sup>1</sup>, А.Г. Солопова<sup>1</sup>, Д.В. Блинов<sup>2-4</sup>, Е.Е. Ачкасов<sup>1</sup>, Д.А. Петренко<sup>✉1</sup>, Д.И. Корабельников<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГАУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия;

<sup>2</sup>АНО ДПО «Московский медико-социальный институт имени Ф.П. Гааза», Москва, Россия;

<sup>3</sup>ООО «Институт превентивной и социальной медицины», Москва, Россия;

<sup>4</sup>Группа компаний «Мать и Дитя», Лапино, Россия

## Аннотация

В обзоре представлены данные по тактике ведения женщин с вульвовагинальной атрофией (ВВА) репродуктивного возраста и в менопаузе. Рассмотрены влияние ВВА на психоэмоциональную и сексуальную сферы, современные методы диагностики и терапии данной патологии. Особое внимание уделено роли реабилитации и комплексного междисциплинарного подхода к пациенткам с симптомами атрофических изменений урогенитального тракта: обобщен опыт реабилитационных мероприятий на примере зарубежных и отечественных исследований, обозначена эффективность «пререабилитации» на этапе периода от постановки диагноза до начала лечения. Сохраняется необходимость в дальнейших исследованиях комплексной реабилитации и внедрение ее в клинические рекомендации.

**Ключевые слова:** генитоурINARY синдром, вульвовагинальная атрофия, дистресс, психоэмоциональное благополучие, сексуальная дисфункция, реабилитация, междисциплинарный подход

**Для цитирования:** Ампилогова Д.М., Солопова А.Г., Блинов Д.В., Ачкасов Е.Е., Петренко Д.А., Корабельников Д.И. Вульвовагинальная атрофия: проблемы лечения и реабилитации. Гинекология. 2022;24(4):240–245. DOI: 10.26442/20795696.2022.4.201792

REVIEW

## Vulvovaginal atrophy: issues of treatment and rehabilitation: A review

Diana M. Ampilogova<sup>1</sup>, Antonina G. Solopova<sup>1</sup>, Dmitry V. Blinov<sup>2-4</sup>, Evgeny E. Achkasov<sup>1</sup>, Daria A. Petrenko<sup>✉1</sup>, Daniil I. Korabelnikov<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia;

<sup>2</sup>Haass Moscow Medical and Social Institute, Moscow, Russia;

<sup>3</sup>Institute of Social and Preventive Medicine, Moscow, Russia;

<sup>4</sup>“Mother and Child” Group of Companies, Lapino, Russia

## Abstract

The review presents data on the management tactics of women with vulvovaginal atrophy in patients of reproductive age and menopause. The influence of vulvovaginal atrophy on the psycho-emotional and sexual spheres, modern methods of diagnosis and therapy of this pathology are considered. Special attention is paid to the role of rehabilitation and an integrated interdisciplinary approach to patients with symptoms of atrophic changes in the urogenital tract: the experience of rehabilitation measures is highlighted on the example of foreign and local studies, the effectiveness of “prerehabilitation” at the stage of the period from diagnosis to treatment is indicated. There is still a need for further studies of complex rehabilitation and its implementation in clinical recommendations.

**Keywords:** genitourinary syndrome, vulvovaginal atrophy, distress, psychoemotional well-being, sexual dysfunction, rehabilitation, interdisciplinary approach

**For citation:** Ampilogova DM, Solopova AG, Blinov DV, Achkasov EE, Petrenko DA, Korabelnikov DI. Vulvovaginal atrophy: issues of treatment and rehabilitation: A review. Gynecology. 2022;24(4):240–245. DOI: 10.26442/20795696.2022.4.201792

## Информация об авторах / Information about the authors

<sup>✉</sup>**Петренко Дарья Андреевна** – клин. ординатор каф. клинической фармакологии и пропедевтики внутренних болезней ФГАУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). E-mail: petrenkodasha17@yandex.ru; ORCID: 0000-0001-5849-5585

**Ампилогова Диана Михайловна** – клин. ординатор каф. акушерства и гинекологии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). ORCID: 0000-0002-3509-9501

**Солопова Антонина Григорьевна** – д-р мед. наук, проф. каф. акушерства и гинекологии Клинического института детского здоровья им. Н.Ф. Филатова «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). ORCID: 0000-0002-7456-2386

**Блинов Дмитрий Владиславович** – канд. мед. наук, преподаватель каф. неврологии, психиатрии и наркологии АНО ДПО «ММСИ им. Ф.П. Гааза», рук. по медицинским и научным вопросам ООО ИПСОМ, врач-невролог Клинического госпиталя «Лапино» ГК «Мать и Дитя». E-mail: blinov2010@googlegmail.com; ORCID: 0000-0002-3367-9844; SPIN-код: 9779-8290

<sup>✉</sup>**Daria A. Petrenko** – Clinical Resident, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). E-mail: petrenkodasha17@yandex.ru; ORCID: 0000-0001-5849-5585

**Diana M. Ampilogova** – Clinical Resident, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). ORCID: 0000-0002-3509-9501

**Antonina G. Solopova** – D. Sci. (Med.), Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). ORCID: 0000-0002-7456-2386

**Dmitry V. Blinov** – Cand. Sci. (Med.), Haass Moscow Medical and Social Institute, Institute of Social and Preventive Medicine, GC “Mother and Child”. E-mail: blinov2010@googlegmail.com; ORCID: 0000-0002-3367-9844; SPIN code: 9779-8290

## Введение

В настоящее время наблюдается мировая тенденция к увеличению продолжительности жизни, вместе с тем повышается процент женщин в периоде постменопаузы в структуре общей популяции [1, 2]. По данным литературы, в Российской Федерации средний возраст наступления менопаузы составляет в среднем от 49 лет до 51 года [3]. Таким образом, женщина проводит около 1/3 всей жизни в состоянии гипострогении постменопаузального периода. Дефицит эстрогенов ведет к различным морфофункциональным изменениям, включая генитоуринарный менопаузальный синдром (ГУМС) [4]. Он проявляется в виде патологических процессов, возникающих в тканях женской репродуктивной системы и мочевого тракта на фоне гипострогении. Наиболее частым проявлением представляется вульвовагинальная атрофия (ВВА), которая значительно меняет качество жизни, вызывая нарушения психологического комфорта, эмоциональной гармонии, сексуальной функции, социальной адаптации и отношений с близкими [5, 6]. Стоит отметить, что ГУМС может возникать и у женщин репродуктивного возраста, что может быть связано с физиологической гиперпролактинемией и ановуляцией в период лактации или являться следствием агрессивных методов противоопухолевого лечения при онкогинекологической патологии. По статистическим данным, наблюдается рост заболеваемости злокачественными новообразованиями, причем в последние годы характерным признаком стало «омоложение» рака (более частое появление у лиц репродуктивного периода) [7–9]. У этой группы пациенток особенно важно сохранять их психоэмоциональную стабильность и сексуальную функцию в связи с приоритетностью вопросов создания семьи и собственной социальной реализации. Достижение описанных целей возможно благодаря правильно организованным подходам к реабилитации пациенток с симптомами ГУМС, в частности с ВВА [9, 10].

## Эпидемиология ВВА

В российской популяции симптомы урогенитального синдрома, или ВВА, встречаются в перименопаузе у 15% женщин, а в постменопаузе – у 80%. Наличие хотя бы одного признака атрофического процесса в женских половых органах обнаруживают у 41% женщин в возрасте 50–79 лет [3]. Эти показатели подтверждаются результатами исследований: в социологическом интернет-опросе REVIVE, проведенном в США, у 36% участниц (3046 женщин) были жалобы, связанные с проявлениями ВВА (общая выборка составила 8081 женщину постменопаузального периода) [11]; аналогичное по дизайну европейское исследование REVIVE-EU, включившее анкетирование 3768 женщин в возрасте 45–75 лет из Италии, Германии, Испании и Великобритании, продемонстрировало, что симптомы ВВА в течение последнего месяца до опроса испытывали 47,7% опрошенных, в течение последних 6 мес – 65,8% [12]. Таким образом, ВВА значительно распространена – как среди жен-

щин в периоде постменопаузы, так и у пациенток в возрасте до 40 лет, на этапе их активной фертильности, при этом показатели российской популяции схожи с результатами исследований зарубежных коллег.

## Этиология и патогенез ВВА

ВВА – это прогрессирующая инволюция слизистой оболочки вульвы и влагалища в условиях дефицита половых гормонов, в первую очередь эстрогенов, характеризующаяся симптомокомплексом поражения урогенитального тракта [13]. Эстрогензависимые структуры полового и нижней трети мочевого трактов (уретра, мочевой пузырь, влагалище, связочный аппарат, мышечный и соединительнотканый компонент тазового дна, сосудистые сплетения) в условиях дефицита стероидных гормонов претерпевают замедление пролиферативных процессов в митотически активных слоях при сохранной скорости слущивания верхних слоев, и общая толщина эпителия уменьшается, слизистая оболочка истончается. Промежуточные и поверхностные клетки вырабатывают меньше гликогена, необходимого для питания лактобактерий, которые преобладают в нормоценозе влагалища и участвуют в поддержании рН влагалищной среды на оптимальном уровне (от 3,8 до 4,5), при котором не активируется условно-патогенная и патогенная флора. Недостаток полисахарида способствует элиминации кислотопродуцирующих лактобацилл из биотопа и нарушению баланса кислой среды в сторону повышения рН – развиваются благоприятные условия для активации болезнетворных микроорганизмов и возникновения инфекционно-воспалительных изменений [5, 6]. Гипострогения также влияет на метаболизм и качество коллагена I и III типов, эластина, приводя к их деструктуризации, уменьшению объема подслизистой сосудистой сети, ишемии стенки влагалища и снижению транссудации. Утрата складчатости, нормальной глубины и просвета вагинального канала, опущение стенок влагалища, истончение и малоэластичность атрофического эпителия в совокупности с нарушенной естественной защитой микробиоты составляют основное звено патогенеза ВВА [4–6].

Причинами снижения содержания эстрогенов выступают физиологические процессы: период пре- и постменопаузы, лактации с гиперпродукцией пролактина и ановуляцией, а также множество других патологических состояний: травматизация при применении урогинекологических пессариев, хирургическая менопауза, терапия гонадотропин-рилизинг-гормоном, функциональная гипоталамическая ановуляция, яичниковая недостаточность вследствие химиотерапии, лучевой радиации, генетических особенностей, инфекционной и аутоиммунной природы [6, 12, 14].

## ВВА у женщин репродуктивного возраста

Дефицит эстрогенов у женщин фертильного возраста может быть следствием как редких генетических заболеваний, так и более частых событий в виде преждевременной яичниковой недостаточности вследствие радиотерапии,

**Ачкасов Евгений Евгеньевич** – д-р мед. наук, проф., зав. каф. спортивной медицины и медицинской реабилитации Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). ORCID: 0000-0001-9964-5199; SPIN-код: 5291-0906

**Корабельников Даниил Иванович** – канд. мед. наук, проф. каф. внутренних болезней с курсами семейной медицины, функциональной диагностики, инфекционных болезней, ректор АНО ДПО «ММСИ им. Ф.П. Гааза». ORCID: 0000-0002-0459-0488; SPIN-код: 7380-7790

**Evgeny E. Achkasov** – D. Sci. (Med.), Prof., Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). ORCID: 0000-0001-9964-5199; SPIN code: 5291-0906

**Daniil I. Korabelnikov** – Cand. Sci. (Med.), Haass Moscow Medical and Social Institute. ORCID: 0000-0002-0459-0488; SPIN code: 7380-7790

химиотерапии, аутоиммунных процессов. ВВА часто встречается у больных онкогинекологического профиля, прошедших противоопухолевое лечение, которое часто вызывает эстрогенную депривацию, а также оперативное полурадикальное или радикальное вмешательство с формированием хирургической менопаузы [13, 14].

Ионизирующее излучение в рамках радиотерапии оказывает разрушительное воздействие на функцию половых желез, при этом степень повреждения зависит от дозы, поля облучения и возраста пациентки. После завершения радиотерапии нередко возникает повреждение тканей в радиусе непосредственного лучевого излучения и последующее рубцевание. Все это лежит в основе клинического проявления ВВА: жжение и зуд в области вульвы и влагалища, сухость, диспареуния, патологические выделения, комплекс дизурических расстройств, снижение либидо и сексуальная дисфункция [13].

Стоит отметить, что ГУМС у пациенток репродуктивного возраста, перенесших двустороннюю овариэктомию, несет более агрессивный и выраженный характер по сравнению с ГУМС у женщин постменопаузального периода. Это связано с тем, что в случае физиологического климактерия все инволютивные изменения происходят по закономерному и последовательному механизму, с постепенным плавным угасанием менструальной функции, что позволяет своевременно активировать адаптационно-защитные процессы женского организма и приспособиться к процессу «старения». В случае же радикального хирургического вмешательства, произведенного в фертильном возрасте, происходит полное выключение одного из ведущих звеньев регуляции половой системы. Резкое истощение приспособительных резервов обуславливает ускоренный и крайне выраженный инволютивно-дегенеративный патогенетический круг, проявляющийся в гораздо более грубых расстройствах морфологического и функционального паттерна мочевого пузыря, психоэмоциональной и сексуальной сфер, а соответственно, в снижении качества жизни [14–17].

Оценить качество жизни женщин, испытывающих симптомы ВВА, можно с помощью специальных опросников: среди них общий опросник функционального состояния при лечении рака (Functional Assessment of Cancer Therapy – General, FACT-G), индекс женской сексуальной функции FSFI (Female Sexual Function Index), опросник качества жизни Европейской организации исследования и лечения рака QLQ-C30 (European Organisation for Research and Treatment of Cancer – EORTC), САН (самочувствие, активность, настроение) и др. [18–21].

### Лечение ВВА

Выбор тактики лечения ВВА зависит от причины ГУМС у пациентки, ее «профиля», коморбидных патологий, личных предпочтений и возраста. В качестве 1-й линии терапии у женщин, выживших после радикального лечения онкогинекологических заболеваний, выступают негормональные средства в виде вагинальных смазок, лубрикантов, увлажняющих гелей и кремов. Вследствие отсутствия в составе стероидных гормонов эта терапия назначается больным с абсолютными противопоказаниями к менопаузальной заместительной гормональной терапии (ЗГТ), а также при страхе и нежелании самой женщины принимать «опасные гормональные препараты» [22]. Современные вагинальные лубриканты не только устраняют или смягчают явления сухости, дискомфорта во влагалище, но и могут способствовать локальному снижению pH и нормализации местного микробиотоза. Согласно многочисленным исследованиям

водорастворимые смазки имеют меньшее число побочных эффектов в сравнении с силиконовыми вариантами [23, 24].

«Золотым стандартом» лечения ВВА представляется местная гормональная терапия эстриолом в виде вагинальных свечей, капсул, крема. Эстриол селективно связывается с рецепторами тканей мочевого тракта, что обуславливает его большую безопасность относительно тяжелых и опасных системных эффектов в сравнении с эстрадиолом. Эстриол запускает на местном уровне репаративные процессы, восстанавливает нормальную толщину эпителия влагалища за счет активации пролиферативных слоев, нормализует синтез коллагена и эластина, способствует снижению pH до референсного диапазона, благоприятного для преобладания полезной флоры [5, 25]. Однако специалисты до сих пор с повышенной осторожностью назначают местно эстриол ввиду отсутствия достаточной базы исследований по профилям безопасности в отдаленном периоде.

В литературе упоминается опыт местного применения дегидроэпиандростерона и тестостерона для снижения симптомов ВВА, но это не несет практической ценности из-за отсутствия исследований по оценке долгосрочной безопасности данных препаратов [26, 27].

Системная гормональная терапия может включать монотерапию эстрогенами, прогестагенами, комбинированными гормональными препаратами эстрогенов и прогестагенов и является тактикой выбора при тяжелых климактерических расстройствах, включающих не только местные урогенитальные патологии, но и другие системные патофизиологические менопаузальные звенья. Польза системной ЗГТ может превысить риски у женщин без противопоказаний к ЗГТ, моложе 60 лет или находящихся в постменопаузе на протяжении не более 10 лет. Возможные неблагоприятные последствия связаны с отрицательным действием эстрогенов при активации ими рецепторов чувствительных тканей всего организма, что выражается в повышении вероятности развития эстрогензависимых опухолей, в особенности рака молочной железы и эндометрия, гиперплазии эндометрия, сосудистых тромбозов, эмболических осложнений, инфаркта миокарда, нарушений процессов секреции и выведения желчи, печеночной дисфункции, инсультов и деменции [28, 29].

Дополнительной опцией терапии ВВА является препарат оспемифен из группы селективных модуляторов рецепторов эстрогена. Он может быть предложен женщинам в качестве альтернативы системной гормональной терапии ввиду меньшего риска тромбозов и осложнений и влияния на эндометрий. Применение селективных модуляторов рецепторов эстрогена должно быть крайне осторожным в связи с отсутствием достаточного количества рандомизированных клинических исследований [30].

В настоящее время Международное общество по изучению вульвовагинальных заболеваний (International Society for the Study of Vulvovaginal Disease – ISSVD) не одобряет использование лазерных технологий вне рамок клинических исследований: в метаанализах, посвященных использованию лазера для лечения ВВА и нарушений мочеиспускания, отмечается, что научных данных недостаточно для демонстрации эффективности и безопасности этого метода [29]. Кроме того, у специалистов вызывают беспокойство данные по усилению боли у пациенток после применения CO<sub>2</sub>-лазера [31].

### Реабилитация пациенток с ВВА

ВВА оказывает значительное влияние на все аспекты жизни женщины, особенно тяжелые последствия в психической и сексуальной сферах появляются у пациенток репродуктивного возраста. В связи с этим таким больным особенно

необходимо своевременное оказание медицинской помощи, включающей реабилитационные мероприятия с привлечением мультидисциплинарных команд специалистов-гинекологов, онкологов, реабилитологов, психологов и психотерапевтов, физиотерапевтов [32].

Зарубежные источники предлагают улучшать инструменты скрининга и оценки самочувствия пациентки с онкогинекологическим заболеванием в рамках рутинной клинической практики путем применения на консультациях опросников по различным соматическим и психическим симптомам [32–34].

Важной стратегией в любой реабилитационной программе или при любом вмешательстве является создание у больных чувства самоконтроля, что может оказаться отличной мотивацией для повышения комплаенса [33].

Значимую роль в реабилитации женщин с ВВА играют физические упражнения на мышцы малого таза, курорто- и климатотерапия, правильное питание, обогащенное витаминами и микроэлементами [35].

Т.А. Блбулян и соавт. провели проспективное рандомизированное сравнительное исследование, включавшее 47 женщин после оперативного лечения рака вульвы I–II стадии в возрасте от 38 до 70 лет. Пациентки были поделены на 2 группы, одна из них включала 24 участницы, которые проходили курс реабилитационных мероприятий индивидуально и групповой психотерапии, получали «противораковую диету», дозированную физическую активность, динамическую коррекцию биоценоза влагалища. Другая группа включала 23 пациентки, не проходившие программу реабилитации. Качество жизни женщин, их психоэмоциональное состояние оценивались по опросникам EORTC, FSFI, CAH и FACT-G. Продемонстрировано отрицательное влияние на качество жизни: по опроснику EORTC QLQ-C30 интегральный показатель общего качества жизни составил 64,8 балла, по FACT-G – 68,2 балла. Женщины отмечали ограничение физической активности, проблемы в психосоциальной сфере и эмоциональном балансе. Было выявлено значительное снижение параметров по опроснику CAH, индекс сексуальной функции FSFI также не достигал нормального диапазона. В ходе реабилитации у основной группы пациенток уже в первые 3 мес наблюдался рост всех составляющих FSFI и EORTC, кроме когнитивной функции, и разница с группой сравнения была существенной. В течение года наблюдения установлено улучшение показателей FSFI: процент пациенток, испытывающих половое влечение, вырос на 20,9% (в группе сравнения – всего на 8,7%); число женщин с диспареунией уменьшилось с 25 до 4,2% в основной группе и с 21,7 до 13% – в группе сравнения; удовлетворены своей сексуальной жизнью оказались 70,8% женщин, прошедших реабилитацию, и всего 60,9% из группы сравнения. Различия параметров по FACT-G оказались также статистически значимыми, составив 19,9 балла в 1-й группе и лишь 6,8 балла – во 2-й, по данным EORTC рост показателей оказался в среднем 14,8 балла в основной группе и только 7,8 балла – в группе сравнения. Исследователи показали необходимость ранней послеоперационной реабилитации больных раком вульвы, включая женщин репродуктивного возраста, в связи с ее достоверным положительным воздействием на расстройства психоэмоционального спектра и сексуальной функции, а также продемонстрировали высокую эффективность применения опросников FSFI, EORTC, FACT-G, CAH в качестве инструментов оценки общего качества жизни пациенток гинекологического профиля, включая онкологический спектр патологий [36].

В последнее время получает все большее распространение «пререабилитация», заключающаяся в осуществлении

психологической, психотерапевтической и другой специализированной медицинской помощи на этапе от момента постановки диагноза до начала лечения. Такая «предупреждающая» стратегия представляется эффективной в связи с тем, что пациенты испытывают максимальный стресс именно в процессе осознания и принятия диагноза (в частности, онкологического) и ожидания тяжелого пути лечебных мероприятий. Своевременная реабилитация помогает пациенту предотвратить травмирующее воздействие постановки диагноза, принять сложившуюся ситуацию и настроиться на прохождение требуемого объема терапии. Одним из способов внедрения «пререабилитации» в рутинную клиническую практику на системном законодательном уровне является раннее информирование реабилитационных центров о появлении такого больного с онкогинекологической проблемой, нуждающегося в комплексной реабилитации, четкая маршрутизация и преемственность между лечебными учреждениями и специалистами [37].

На данный момент в системе здравоохранения РФ нет регламентированной реабилитационной программы для пациенток с ВВА как исхода противоопухолевого лечения, а также компонента ГУМС в рамках естественного репродуктивного старения. Вместе с тем персонализированная программа активной реабилитации, которая должна индивидуально разрабатываться с участием мультидисциплинарной команды специалистов (акушер-гинеколог, онколог, врач физической и реабилитационной медицины, сексолог, психолог/психотерапевт, невролог, диетолог и другие) и включать модификацию образа жизни, использование лубрикантов, эмоленов, упражнения для тренировки мышц тазового дна, терренкур, климато- и ландшафтотерапию, водолечение, фитотерапию, медикаментозную поддержку, физиотерапевтические процедуры, а также индивидуальную и групповую психотерапевтическую работу, будет способствовать улучшению качества жизни пациенток с ВВА и снижению нагрузки на систему здравоохранения.

Для объективной оценки эффективности предложенной программы активной реабилитации больных с ВВА требуются дальнейшие исследования. Комплекс восстановительных мероприятий также следует включить в клинические рекомендации по ВВА.

### Неудовлетворенные потребности пациентов

ВВА нередко остается «ретроспективным» диагнозом, постановка которого упускается в ходе ведения пациентки по причинам отсутствия должной осведомленности самой женщины о проявлениях данной патологии, смущения и нежелания говорить о проблемах интимного характера со специалистом. Не менее важную роль в своевременном обнаружении ВВА несет информированность консультирующих специалистов о проявлениях ГУМС и необходимости опроса пациентки по поводу наличия у нее характерных симптомов, изменений в ее сексуальной сфере. Согласно европейскому исследованию REVIVE всего лишь 62% врачей задавали вопросы на тему возможных явлений ВВА в ходе сбора анамнеза у своих пациенток в постменопаузе [12]. Данные литературы демонстрируют недостаточность просвещения населения в вопросах репродуктивного старения.

Другой проблемой выступает отсутствие регламентированной и внедренной в стандарты оказания медицинской помощи на уровне системы здравоохранения РФ реабилитационной программы для больных с патологиями гинекологического и онкогинекологического спектра. Для успешного ведения пациенток с ВВА необходимо как можно раньше, с момента постановки диагноза, начинать восстановительные мероприятия, включающие

мультидисциплинарный подход с привлечением акушеров-гинекологов, онкогинекологов, психологов, неврологов, психиатров, специалистов восстановительной и реабилитационной медицины, гинекологов, онкологов.

Несмотря на наличие лечебно-оздоровительных и санаторно-курортных центров с минеральными водами и различными индивидуальными и групповыми восстановительными программами, в России все еще не сформирована четкая преемственность между клиническими и реабилитационными учреждениями, маршрутизация данного спектра пациенток от одних специалистов к другим, поэтому многие их потребности в таких реабилитирующих мероприятиях остаются неудовлетворенными [10, 37, 38].

### Заключение

ВВА – это проблема женщин как постменопаузального периода, так и репродуктивного. Учитывая тенденцию к росту онкологической заболеваемости и общему старению населения как во всем мире, так и в России, специалисты должны иметь повышенную настороженность в отношении возможного наличия ГУМС у обращающихся к ним пациенток в пери-, постменопаузе и в фертильном возрасте.

ВВА наиболее часто сопровождается жжением, зудом, сухостью и дискомфортом во влагалище, диспареунией, расстройством мочеиспускания и проблемами психосоциального характера, оказывающими травмирующее действие на сексуальную функцию женщины. Все это ведет к снижению общего качества жизни пациенток, что отражается по опросникам FSFI, EORTC, САН, которые целесообразно включать в план рутинного приема женщины у гинеколога, онколога и других смежных специалистов.

В связи со значительным отрицательным влиянием ВВА на все сферы жизни пациенток гинекологического и онкогинекологического профилей внедрение персонализированных программ комплексной активной реабилитации с момента постановки диагноза в ведении таких пациенток представляется необходимым и эффективным. Однако вопрос официального внедрения программ комплексной активной реабилитации с применением междисциплинарного подхода на уровне системы здравоохранения РФ все еще остается открытым и требует дальнейших исследований и организационных решений.

**Раскрытие интересов.** Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

**Disclosure of interest.** The authors declare that they have no competing interests.

**Вклад авторов.** Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Все авторы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработка концепции статьи, получение и анализ фактических данных, написание и редактирование текста статьи, проверка и утверждение текста статьи.

**Authors' contribution.** The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

**Источник финансирования.** Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

**Funding source.** The authors declare that there is no external funding for the exploration and analysis work.

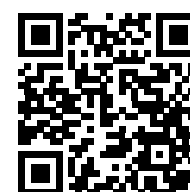
### Литература/References

- Nichols HB, Trentham-Dietz A, Hampton JM, et al. From menarche to menopause: trends among US Women born from 1912 to 1969. *Am J Epidemiol.* 2006;164(10):1003-11. DOI:10.1093/aje/kwj282
- Dratva J, Gómez Real F, Schindler C, et al. Is age at menopause increasing across Europe? Results on age at menopause and determinants from two population-based studies. *Menopause.* 2009;16(2):385-94. DOI:10.1097/gme.0b013e31818aefef
- Клинические рекомендации: менопауза и климактерическое состояние у женщины. Российское общество акушеров-гинекологов, 2021 [Klinicheskie rekomendatsii: menopauza i klimaktericheskoe sostoianie u zhenshchiny. Rossiiskoe obshchestvo akusherov-ginekologov, 2021 (in Russian)].
- Portman DJ, Gass ML. Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. *Climacteric.* 2014;17(5):557-63. DOI:10.1097/GME.0000000000000329
- Макацария А.Д., Блинов Д.В., Бицадзе В.О., Хизроева Д.Х. Лечение эстриолом вульвовагинальной атрофии в постменопаузе: обновление научных данных 2014–2018 гг. *Акушерство, Гинекология и Репродукция.* 2019;13(3):227-38 [Makatsariia AD, Blinov DV, Bitsadze VO, Khizroeva DKH. Lechenie estriolom vul'vovaginal'noi atrofii v postmenopauze: obnoveenie nauchnykh dannykh 2014–2018 g. *Akusherstvo, Ginekologiya i Reproduktsiia.* 2019;13(3):227-38 (in Russian)]. DOI:10.17749/2313-7347.2019.13.227-238
- Ермакова Е.И. Генитоуринарный менопаузальный синдром: диагностика и принципы лечения. *Медицинский совет.* 2019;(13):106-11 [Ermakova EI. Genitourinary menopausal'nyi sindrom: diagnostika i printsipy lechenia. *Meditsinskii sovet.* 2019;(13):106-11 (in Russian)]. DOI:10.21518/2079-701X-2019-13-106-111
- Аполихина И.А., Горбунова Е.А. Клинико-морфологические аспекты вульвовагинальной атрофии. *Медицинский совет.* 2014;(9):110-17 [Apolikhina IA, Gorbunova EA. Kliniko-morfologicheskie aspekty vul'vovaginal'noi atrofii. *Meditsinskii sovet.* 2014;(9):110-17 (in Russian)]. DOI:10.21518/2079-701X-2014-9-110-117
- Глазунова А.В., Юренева С.В. Распространенность вульвовагинальной атрофии и ее влияние на качество жизни женщин. Вопросы терминологии и безопасности локальной гормональной терапии. *Акушерство и гинекология.* 2014;(11):29-33 [Glazunova AV, Iurenova SV. Rasprostranennost' vul'vovaginal'noi atrofii i ee vliianie na kachestvo zhizni zhenshchin. Voprosy terminologii i bezopasnosti lokal'noi gormonal'noi terapii. *Akusherstvo i ginekologiya.* 2014;(11):29-33 (in Russian)].
- Власина А.Ю., Идрисова Л.Э., Солопова А.Г., и др. Реабилитация онкогинекологических больных после противоопухолевой терапии: пути решения. *Акушерство, Гинекология и Репродукция.* 2020;14(1):44-55 [Vlasina AYu, Idrisova LE, Solopova AG, et al. Reabilitatsiia onkoginekologicheskikh bol'nykh posle protivopukholevoi terapii: puti resheniia. *Akusherstvo, Ginekologiya i Reproduktsiia.* 2020;14(1):44-55 (in Russian)]. DOI:10.17749/2313-7347.2020.14.1.44-55
- Солопова А.Г., Табакман Ю.Ю., Идрисова Л.Э., Сдвижков А.М. Реабилитация онкогинекологических больных. Взгляд на проблему. *Акушерство, Гинекология и Репродукция.* 2015;4:46-54 [Solopova AG, Tabakman IuYu, Idrisova LE, Sdvizhkov AM. Reabilitatsiia onkoginekologicheskikh bol'nykh. Vzgljad na problemu. *Akusherstvo, Ginekologiya i Reproduktsiia.* 2015;4:46-54 (in Russian)].
- Freedman MA. Perceptions of dyspareunia in postmenopausal women with vulvar and vaginal atrophy: findings from the REVIVE survey. *Womens Health (Lond).* 2014;10(4):445-54. DOI:10.2217/whe.14.29
- Nappi RE, Palacios S, Panay N, et al. Vulvar and vaginal atrophy in four European countries: evidence from the European REVIVE Survey. *Climacteric.* 2016;19(2):188-97. DOI:10.3109/13697137.2015.1107039
- Mac Bride MB, Rhodes DJ, Shuster LT. Vulvovaginal atrophy. *Mayo Clin Proc.* 2010;85(1):87-94. DOI:10.4065/mcp.2009.0413

14. Lev-Sagie A. Vulvar and Vaginal Atrophy: Physiology, Clinical Presentation, and Treatment Considerations. *Clin Obstet Gynecol.* 2015;58(3):476-91. DOI:10.1097/GRF.0000000000000126
15. Якушевская О.В., Юренева С.В., Протасова А.Е., Шабалова О.В. Альтернативная и комPLEMENTАРная терапия менопаузальных расстройств после радикального лечения рака молочной железы. *Акушерство и гинекология.* 2021;(5):72-8 [Iakushevskaja OV, Iureneva SV, Protasova AE, Shabalova OV. Alternativnaia i komplementarnaia terapiia menopauzal'nykh rasstroivst posle radikal'nogo lecheniia raka molochnoi zhelezy. *Akusherstvo i ginekologiya.* 2021;(5):72-8 (in Russian)].
16. Kim SI, Lee Y, Lim MC, et al. Quality of life and sexuality comparison between sexually active ovarian cancer survivors and healthy women. *J Gynecol Oncol.* 2015;26(2):148-54. DOI:10.3802/jgo.2015.26.2.148
17. Блинов Д.В., Акарачкова Е.С., Ампилогова Д.М., и др. Депрессия у женщин в менопаузе: организация междисциплинарного подхода в лечении и перспективы реабилитации. *Акушерство, Гинекология и Репродукция.* 2021;15(6):738-54 [Blinov DV, Akarachkova ES, Ampilogova DM, et al. Depressiia u zhenshchin v menopauze: organizatsiia mezhdistsiplinarnogo podkhoda v lechenii i perspektivy reabilitatsii. *Akusherstvo, Ginekologiya i Reproduktsiia.* 2021;15(6):738-54 (in Russian)]. DOI:10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2021.280
18. Bonomi AE, Cella DD, Hahn EA, et al. Multilingual translation of the Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) quality of life measurement system. *Qual Life Res.* 1996;5:309-20. DOI:10.1007/BF00433915
19. Власина А.Ю., Солопова А.Г., Сон Е.А., и др. Психоэмоциональное благополучие и сексуальная функция больных пограничными опухолями яичников. *Акушерство, Гинекология и Репродукция.* 2020;14(5):551-67 [Vlasina AYU, Solopova AG, Son EA, et al. Psycho-emotional well-being and sexual function of patients with borderline ovarian tumors. *Obstetrics, Gynecology and Reproduction.* 2020;14(5):551-67 (in Russian)]. DOI:10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2020.147
20. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther.* 2005;31(1):1-20. DOI:10.1080/00926230590475206
21. Greimel E, Bottomley A, Cull A, et al. EORTC Quality of Life Group and the Quality of Life Unit An international field study of the reliability and validity of a disease-specific questionnaire module (the QLQ-OV28) in assessing the quality of life of patients with ovarian cancer. *Eur J Cancer.* 2003;39(10):1402-8. DOI:10.1016/s0959-8049(03)00307-1
22. Sinha A, Ewies AA. Non-hormonal topical treatment of vulvovaginal atrophy: an up-to-date overview. *Climacteric.* 2013;16(3):305-12. DOI:10.3109/13697137.2012.756466
23. Edwards D, Panay N. Treating vulvovaginal atrophy/genitourinary syndrome of menopause: how important is vaginal lubricant and moisturizer composition? *Climacteric.* 2016;19(2):151-61. DOI:10.3109/13697137.2015.1124259
24. Herbenick D, Reece M, Hensel D, et al. Association of lubricant use with women's sexual pleasure, sexual satisfaction, and genital symptoms: a prospective daily diary study. *J Sex Med.* 2011;8(1):202-12. DOI:10.1111/j.1743-6109.2010.02067.x
25. Berging EW. Oestriol receptor interactions: their biological importance and therapeutic implications. *Acta Endocrinol.* 1980;233:9-16.
26. Labrie F, Archer DF, Koltun W, et al; VVA Prasterone Research Group. Efficacy of intravaginal dehydroepiandrosterone (DHEA) on moderate to severe dyspareunia and vaginal dryness, symptoms of vulvovaginal atrophy, and of the genitourinary syndrome of menopause. *Menopause.* 2016;23(3):243-56. DOI:10.1097/GME.0000000000000571
27. Simon JA, Goldstein I, Kim NN, et al. The role of androgens in the treatment of genitourinary syndrome of menopause (GSM): International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) expert consensus panel review. *Menopause.* 2018;25(7):837-47. DOI:10.1097/GME.0000000000001138
28. Apperloo M, Midden M, van der Stege J, et al. Vaginal application of testosterone: A study on pharmacokinetics and the sexual response in healthy volunteers. *J Sex Med.* 2006;3(3):541-9. DOI:10.1111/j.1743-6109.2006.00212.x
29. Sood R, Faubion SS, Kuhle CL, et al. Prescribing menopausal hormone therapy: an evidence-based approach. *Int J Womens Health.* 2014;6:47-57. DOI:10.2147/IJWH.S38342
30. Cui Y, Zong H, Yan H, et al. The efficacy and safety of ospemifene in treating dyspareunia associated with postmenopausal vulvar and vaginal atrophy: a systematic review and meta-analysis. *J Sex Med.* 2014;11(2):487-97. DOI:10.1111/jsm.12377
31. Preti M, Vieira-Baptista P, Digesu GA, et al. The Clinical Role of LASER for Vulvar and Vaginal Treatments in Gynecology and Female Urology: An ICS/ISSVD Best Practice Consensus Document. *J Low Genit Tract Dis.* 2019;23(2):151-60. DOI:10.1097/LGT.0000000000000462
32. Seland M, Skrede K, Lindemann K, et al. Distress, problems and unmet rehabilitation needs after treatment for gynecological cancer. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2022;101(3):313-22. DOI:10.1111/aogs.14310
33. Weare K. Rehabilitation after gynecological cancer treatment. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015;131(Suppl. 2):S164-6. DOI:10.1016/j.ijgo.2015.06.015
34. Verrilli L, Esposito-Smith M, Williams M. Sexual Health and Function in Menopause and Beyond. In: Brown HW, Williams M, Schrager S. (eds.) *Challenges in Older Women's Health.* Springer, Cham, 2021. DOI:10.1007/978-3-030-59058-1\_12
35. Donnelly CM, Lowe-Strong A, Rankin JP, et al. A focus group study exploring gynecological cancer survivors' experiences and perceptions of participating in a RCT testing the efficacy of a home-based physical activity intervention. *Support Care Cancer.* 2013;21(6):1697-708. DOI:10.1007/s00520-012-1716-0
36. Блбулян Т.А., Солопова А.Г., Иванов А.Е., Куркина Е.И. Влияние послеоперационной реабилитации на качество жизни больных раком вульвы. *Акушерство, Гинекология и Репродукция.* 2020;14(4):415-25 [Blbulian TA, Solopova AG, Ivanov AE, Kurkina EI. Vliianie posleoperatsionnoi reabilitatsii na kachestvo zhizni bol'nykh rakom vul'vy. *Akusherstvo, Ginekologiya i Reproduktsiia.* 2020;14(4):415-25 (in Russian)]. DOI:10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2020.156
37. Солопова А.Г., Идрисова Л.Э., Макацария А.Д., и др. Мультидисциплинарный подход к медицинской реабилитации онкогинекологических больных. *Акушерство, Гинекология и Репродукция.* 2017;11(4):57-67 [Solopova AG, Idrisova LE, Makatsariia AD, et al. Mul'tidistsiplinarnyi podkhod k meditsinskoi reabilitatsii onkoginekologicheskikh bol'nykh. *Akusherstvo, Ginekologiya i Reproduktsiia.* 2017;11(4):57-67 (in Russian)]. DOI:10.17749/2313-7347.2017.11.4.057-067
38. Блинов Д.В., Солопова А.Г., Плутницкий А.Н., и др. Организация здравоохранения в сфере реабилитации пациенток с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы. *Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология.* 2022;15(1):119-30 [Blinov DV, Solopova AG, Plutnitskiy AN, et al. nemnoho uvelichit' probely, dlya orientira: Strengthening health care to provide rehabilitation services for women with cancer diseases of the reproductive system. *Farmakoekonomika. Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology.* 2022;15(1):119-30 (in Russian)]. DOI:10.17749/2070-4909/farmakoekonomika.2022.132

Статья поступила в редакцию / The article received: 20.05.2022

Статья принята к печати / The article approved for publication: 08.09.2022



OMNIDOCTOR.RU