

# Вагинальная атрофия в практике акушера-гинеколога

И.Г.Шестакова

ФГАОУ ВО Российский университет дружбы народов, Москва

## Резюме

Вагинальная атрофия – характерный симптом постменопаузы, но может развиваться и у молодых женщин в результате временного или постоянного дефицита эстрогенов, а также после операций на шейке матки или при заболеваниях соединительной ткани. Проявления вагинальной атрофии разнообразны, влияют на сексуальность и значительно снижают качество жизни женщин. Диагноз вагинальной атрофии – клинический и зависит исключительно от квалификации врача, который умело оценивает анамнез и результаты осмотра, поскольку пациентки с вагинальной атрофией часто не предъявляют жалоб. Наиболее эффективны для лечения всех проявлений вагинальной атрофии эстрогены при локальном применении. В России для вагинального применения зарегистрирован только эстриол – эстроген, лишенный системных метаболических эффектов и не требующий контроля за состоянием эндометрия и молочных желез, а также дополнительного использования прогестагенов с целью защиты эндометрия. Эстриол в форме вагинальных свечей (Овипол Клио®) может применяться у женщин с урогенитальной атрофией в постменопаузе или при аменорее в репродуктивном возрасте, при лечении стеноза цервикального канала, при неясных результатах цитологических мазков с шейки матки на фоне вагинальной атрофии, а в урологии – при рецидивирующей инфекции мочевыводящих путей у молодых женщин или в качестве предоперационной подготовки при операциях на тазовом дне.

**Ключевые слова:** вагинальная атрофия, урогенитальная атрофия, рецидивирующая инфекция мочевыводящих путей, стеноз цервикального канала, диспареуния, постменопауза, медикаментозная менопауза, аменорея, первичная недостаточность яичников, вагинальный pH, эстриол.

## Vaginal atrophy in obstetrician-gynecologist practice

I.G.Shestakova

## Summary

Vaginal atrophy is a characteristic symptom of menopause, which can develop in young women as a result of temporary or permanent deficiency of estrogen, as well as after operations of the cervix or connective tissue diseases. Manifestations of diverse vaginal atrophy, affect sexuality and significantly reduce the quality of life of women. The diagnosis of vaginal atrophy is clinical and depends solely on the skill of the doctor who expertly evaluates medical history and examines, since patients with vaginal atrophy often do not complain. Estrogens are considered to be the most effective option for the treatment of all forms of vaginal atrophy in the local application. In Russia, it is only estriol – estrogen deprived of systemic metabolic effects and does not require monitoring of the endometrium and breast, as well as the additional use of progestogen to protect the endometrium – that is registered for the vaginal use. Estriol in the form of vaginal suppositories (Ovipol Clío®) can be used in women with urogenital atrophy in postmenopausal women with amenorrhea or in the reproductive age, in the treatment of stenosis of the cervical canal, or after unclear smear from the cervix to the background of vaginal atrophy, as well as in urology in relapsed urinary tract infection in young women or as a preoperative preparation for operations on the pelvic floor.

**Key words:** vaginal atrophy, urogenital atrophy, recurrent urinary tract infection, stenosis of the cervical canal, dyspareunia, postmenopause, drug menopause, amenorrhea, primary ovarian insufficiency, vaginal pH, estriol.

## Сведения об авторе

Шестакова Ирина Геннадьевна – канд. мед. наук, доц. каф. акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины фак. повышения квалификации медицинских работников ФГАОУ ВО РУДН. E-mail: i\_shestakova@yaboo.com

## Введение

Вагинальная атрофия (ВА) часто недооценивается в рутинной практике акушера-гинеколога. Специалисты нередко оставляют без должного внимания проявления гипоэстрогении у молодых женщин, ожидают активных жалоб со стороны пациенток либо настроены на выявление ВА исключительно у пациенток в постменопаузе. Вагинальная или урогенитальная атрофия проявляется сухостью и истончением вагинального эпителия и может возникнуть у женщин любого возраста при временном или постоянном дефиците эстрогенов, например в период лактационной аменореи, а также при применении антиэстрогенных препаратов [1]. По разным оценкам, ВА встречается у 50–60% женщин в постменопаузе, причем из-за того, что ее симптомы часто недооцениваются, не исключено, что реальная частота ВА гораздо выше [1, 2]. Многие женщины репродуктивного возраста или пациентки в раннем периоде менопаузального перехода могут также ощущать симптомы развивающейся ВА [3]. Поскольку ВА прогрессирует по мере увеличения периода дефицита эстрогенов, знание особенностей проблемы, своевременная диагностика и начало лечения очень важны, прежде всего, для профилактики рецидивирующей инфекции мочевыводящих путей и поддержания качества жизни женщин.

Симптомы урогенитальной атрофии разнообразны: сухость, ощущения жжения, раздражения во влагалище, а также снижение увлажненности влагалища во время коитуса, диспареуния, посткоитальные кровяные выделения из влагалища или вульвы, трещины вульвы, а также симптомы, связанные с мочеиспусканием (учащенное мочеиспускание, уретральный дискомфорт, дизурия, гематурия). При

присоединении инфекции на фоне ВА возможны выделения из влагалища с неприятным запахом.

Как отмечает профессор В.Е.Балан, урогенитальные расстройства (УГР) – это второй по частоте «маркер» наступления климактерия и показание к назначению гормонотерапии [1]. В раннем периоде менопаузального перехода пациентки могут отмечать небольшое снижение увлажненности влагалища при коитусе, что считается первым признаком недостаточного влияния эстрогенов на вагинальный эпителий [1–3]. Когда дефицит эстрогенов становится хроническим, у женщин появляются другие симптомы, например постоянное ощущение сухости во влагалище, зуд или дизурия [1]. Распространенность ВА оценена в нескольких исследованиях по такому частому симптому, как сухость во влагалище. Показано, что сухость выявляется у 3% женщин репродуктивного возраста, у 4% – в периоде менопаузального перехода, у 21% – в поздней стадии менопаузального перехода и у 47% – через 3 года после менопаузы [4].

Проблема своевременной диагностики ВА заключается в том, что до 70% женщин не предъявляют активных жалоб (рис. 1), в связи с чем гинекологу или урологу важно владеть навыками активного выявления симптомов. Женщины с ВА могут считать свои симптомы нормой, имеют значимые также культуральные и религиозные причины, не позволяющие обсуждать эту проблему [5].

Доказано, что урогенитальная атрофия развивается в ответ на снижение концентрации эндогенных эстрогенов в крови. Эстрогены, действуя через рецепторы во влагалище, вульве, уретре и треугольнике мочевого пузыря, в репродуктивном возрасте поддерживают в этих органах адекватную эпителизацию. Эстрогены влияют на коллаген в эпите-

ли, обеспечивая его толщину и эластичность, поддерживают необходимые количества мукополисахаридов и гиалуроновой кислоты, которые отвечают за увлажненность поверхности эпителия [1]. Кроме того, эстрогены поддерживают оптимальный кровоток в урогенитальной области. В результате этих влияний неороговевающий многослойный плоский эпителий влагалища становится толстым, складчатым и насыщенным гликогеном. Гликоген из слущивающихся клеток влагалища становится субстратом для лактобактерий, которые превращают глюкозу в молочную кислоту, создавая кислую среду во влагалище (в норме уровень кислотности – pH эпителия влагалища 3,5–4,5) [1–3]. Кислотность влагалища в свою очередь поддерживает нормальную вагинальную микрофлору и защищает урогенитальную зону от инфекций.

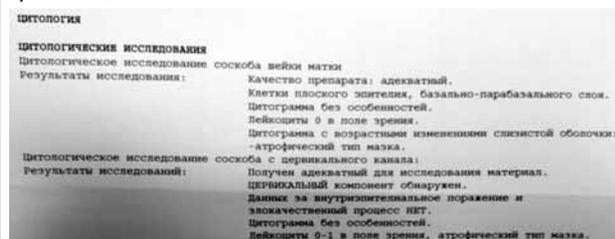
ВА развивается постепенно – в течение нескольких лет [1]. Изменения во влагалище при гипоестрогении включают: истончение поверхностного слоя эпителия вплоть до полного отсутствия при выраженной атрофии, снижение эластичности вагинального эпителия, увеличение количества субэпителиальной соединительной ткани, исчезновение складок влагалища, укорочение и сужение влагалища с исчезновением способности к растяжению, уменьшение объема вагинальных выделений и повышение вагинального pH [2]. В результате таких изменений тонкий вагинальный эпителий подвержен травмам, кровоточивости при гинекологическом осмотре или при коитусе, появлению петехиальных кровоизлияний и даже изъязвлению при взятии цитологических мазков. Низкое содержание гликогена в тонком вагинальном эпителии приводит к уменьшению продукции молочной кислоты лактобактериями и увеличению pH. Изменения вагинального эпителия способствуют росту неацидофильной микрофлоры и исчезновению защитных лактобактерий. Поэтому женщины с ВА подвержены инфекциям, вызванным кожной и ректальной микрофлорой (например, стрептококками, стафилококками, дифтероидами, а также кандидой), и бактериальному вагинозу. Изменение вагинальной микрофлоры и воспалительные изменения объясняют существование такого термина, как «атрофический вагинит», причина которого не инфекция, как при истинном вагините, а гипоестрогения и атрофия эпителия. Лечение атрофического вагинита начинают с вагинального эстриола, который в большинстве случаев позволяет обойтись без применения антибиотиков или антисептиков [1].

Любые состояния, приводящие к гипоестрогении в репродуктивном возрасте, могут вызвать ВА [2, 3]. Причинами ВА могут быть: первичная недостаточность яичников (ПНЯ) в результате химио- или лучевой терапии, овариоэктомии или резекции яичников, идиопатическая ПНЯ, применение препаратов с антиэстрогенным эффектом (тамоксифен, даназол, агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона – ГнРГ) [6]. Примечательно, что симптомы ВА, которая возникает в послеродовом периоде и на фоне лактационной аменореи, как правило, остаются незамеченными ни пациенткой, ни гинекологом [5]. Однако, помимо отрицательного влияния на сексуальность, ВА в послеродовом периоде может стать причиной цистоуретрита. Локальные эстрогены после родов противопоказаны, и для устранения неприятных симптомов назначаются lubricants.

ВА часто является последствием аменореи в молодом возрасте. Как известно, пациентки с гипогонадотропной аменореей и ПНЯ получают циклические режимы комбинированной системной менопаузальной гормональной терапии (МГТ), прежде всего, с целью профилактики остеопороза. Однако доказано, что системная гормональная терапия менее эффективна, чем локальные эстрогены при симптомах урогенитальной атрофии, в связи с чем таким пациенткам рекомендуется дополнительно к МГТ назначать локальный эстриол [6].

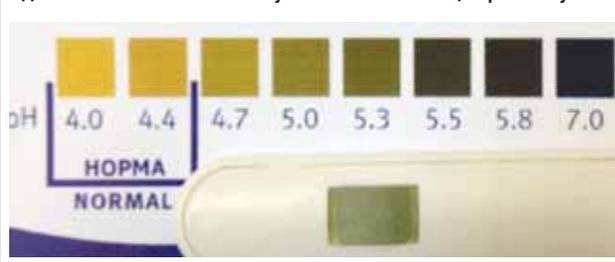
У пациенток с аменореей при тяжелой системной красной волчанке или ревматоидном артрите (в результате гипоталамического гипонадизма) и на фоне применения глюкокортикоидов также нередко выявляется ВА. Сочетанная супрессия функции яичников и надпочечников приводит к особенно низким уровням эстрогенов и, соответ-

Рис. 1. Типичные результаты цитологического мазка при ВА у пациентки 68 лет.



Примечание. Постменопауза в течение 20 лет. Гормональная терапия не проводилась. Обратилась по поводу проявлений остеопороза. За последние 3 года имело место более 10 обострений цистита, проведены две цистоскопии. Проводилась антибактериальная терапия, назначались сосудистые препараты – без эффекта.

Рис. 2. pH вагинальных выделений у пациентки 48 лет (менопаузальный переход) с сохраненным менструальным циклом и единственной жалобой на сухость во влагалище при коитусе.



ственно, наиболее выраженным УТР. Высокая частота ВА отмечена также у женщин с синдромом Шегрена [7]. Этиопатогенез атрофии в данном случае обусловлен аутоиммунными процессами в эпителии. Наиболее частые симптомы при синдроме Шегрена – это диспареуния и сухость во влагалище даже при сохраненной функции яичников [7]. В небольшом исследовании показано, что у 50% пациенток с синдромом Шегрена выявляются характерные для гипоестрогении изменения в тканях шейки матки и влагалища (атрофия или дистрофия вульвы и цервиковагинального эпителия), а у 10% выявляется хронический цервицит [7].

Возможные причины вагинальной/вульварной и уретральной атрофии – аллергия на контрацептивы или средства для интимной гигиены с высоким щелочным значением pH. Кроме того, ВА нередко выявляется у пациенток, длительно принимающих комбинированные пероральные гормональные контрацептивы с этинилэстрадиолом, антигистаминные препараты или антидепрессанты [6].

### Диагностика

Диагноз урогенитальной атрофии – клинический и основан на правильной интерпретации симптомов и данных осмотра. Прежде всего, пациенток в период менопаузального перехода и в постменопаузе необходимо активно расспрашивать о симптомах урогенитальной атрофии на каждом визите к гинекологу. При обследовании пациентки с ВА важно выяснить причины дефицита эстрогенов, сопутствующие заболевания и их лечение. При оценке симптомов ВА, независимо от причины, важно оценить их влияние на качество жизни пациентки, что включает оценку степени дискомфорта и его влияния на ежедневную активность, а также на сексуальную функцию женщины [1].

Классические признаки ВА – это бледно-розовый, сухой, гладкий, без складок вагинальный эпителий [1–3]. При наличии воспаления могут быть видны локальные участки эритемы, петехиальные кровоизлияния и даже просвечивающие кровеносные сосуды, а также вагинальные выделения. Дифференцировать ВА необходимо с вагинальными инфекциями, местными аллергическими реакциями на мыло, крем, а также краурозом, раком вульвы, влагалища и язвами половых органов, которые могут быть проявлением системных заболеваний [1].

При ВА исследования проводятся как для выявления причин, так и для оценки эффективности терапии. Наибольшее клиническое значение имеет рН-тест на предмет выявления степени эстрогенизации влажной эпителии. Доказано, что рН вагинальных выделений 5 и более при отсутствии других причин (инфекция) – важный индикатор ВА в результате дефицита эстрогенов (рис. 2) [8].

Микроскопия мазков из влагалища при ВА позволяет выявить характерные признаки: уменьшение/отсутствие поверхностных эпителиальных клеток, наличие парабазальных круглых клеток эпителия (с характерным большим ядром) [8]. При отсутствии воспаления лейкоциты в мазке при атрофии не обнаруживаются. Лактобациллярная доминирующая микрофлора влагалища отсутствует и замещена разнообразными грамотрицательными микроорганизмами и грамположительными кокками. При присоединении инфекции могут присутствовать лейкоциты.

Находки в цитологических мазках у женщин с ВА могут маскировать интраэпителиальные изменения и даже рак [8]. Атрофический эпителий часто характеризуется увеличенными ядрами, что похоже на атипичную клетку плоского эпителия. Поэтому при выявлении атипичных клеток у женщин с атрофией сначала необходимо провести терапию локальным эстриолом в течение 7 дней и затем повторить цитологические мазки.

### Терапия

Цели терапии ВА – облегчение симптомов, устранение физиологических изменений и улучшение качества жизни пациентки. Основным правилом при выборе терапии являются индивидуальный подход и обследование перед началом терапии. Также важно оценить ожидания пациентки от лечения [1].

Негормональные методы лечения ВА включают различные увлажнители. Они назначаются при противопоказаниях к использованию вагинального эстриола, например, у пациенток с раком молочной железы или в послеродовом периоде (см. таблицу). Увлажнители на водной основе улучшают качество жизни, устраняя прежде всего дискомфорт при коитусе, однако не способствуют лечению атрофии и профилактике инфекций [9]. Чаще всего рекомендуются водорастворимые увлажнители, которые сочетаются с применением презервативов. Увлажнители на основе силикона обладают более продолжительным эффектом. Основное требование к любому увлажнителю – отсутствие аллергенов и запаха [9].

Основной вид терапии ВА – локальные эстрогены. Согласно рекомендациям Международного общества по менопаузе, изолированная урогенитальная атрофия – отдельное показание для применения локальных эстрогенов, поскольку препараты системной МГТ в 30–45% случаев не оказывают должного эффекта на симптомы ВА [10]. Показано, что низкодозированные локальные эстрогены при лечении симптомов УГР в постменопаузе более эффективны, чем системные препараты. Максимальная эффективность эстрогенов при лечении симптомов УГР у женщин в постменопаузе отмечается к 3-му месяцу терапии [1, 11–13].

Основные выводы рандомизированных исследований по применению локальных эстрогенов у женщин в постменопаузе заключаются в том, что низкодозированные вагинальные эстрогены эффективны хорошо переносятся. Препараты в виде крема или свечей обладают равной эффективностью и не требуют назначения прогестагенов для защиты эндометрия [10, 14, 15]. В России для вагинального использования зарегистрирован только эстриол.

Использование вагинального эстриола более предпочтительно по сравнению с препаратами, содержащими эстрадиол, поскольку эстриол имеет самую низкую биологическую активность среди эндогенных эстрогенов, связывается с рецепторами нижнего отдела половых путей значительно быстрее, чем с рецепторами матки, не вызывает пролиферацию эндометрия [1, 13]. В небольших дозах эстриол активизирует пролиферацию вагинального и цервикального эпителия, улучшает кровообращение нижних отделов половых путей, в связи с чем повышается рези-

# Жизнь без паузы



Реклама



Рег. номер: ЛП-001598

## ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ:

- сухости
- жжения
- недержания

## связанных с дефицитом женских половых гормонов

За дополнительной информацией следует обращаться:  
ОАО «АКРИХИН» • Тел.: +7 (495) 721-36-97 • [www.akrikhin.ru](http://www.akrikhin.ru)

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ  
ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Локальная терапия ВА	
<b>Вагинальный эстриол</b>	<b>Негормональные увлажнители (вагинальные эстрогены противопоказаны)</b>
Постменопауза Овариэктомия Медикаментозная менопауза	Послеродовой период и лактационная аменорея
ПНЯ Идиопатическая На фоне лучевой или химиотерапии по поводу неэстрогензависимых опухолей (например, лимфомы)	На фоне терапии рака молочной железы, яичников
Гипогонадотропная аменорея	Хирургическая менопауза после гистерэктомии с придатками по поводу рака эндометрия
Гипоталамическая аменорея (стрессовая, на фоне тренировок, нервная анорексия, булимия)	Реконструктивно-пластические операции при аплазии с формированием влагалища из трансплантата
Аменорея-галакторея при гиперпролактинемии и пролактиномах	
<b>Заболевания соединительной ткани (болезнь Шегрена, склеродермия) даже при сохраненной функции яичников</b>	
Стеноз цервикального канала после конизации шейки матки по поводу дисплазии и рака (стадия IA) Неясные результаты цитологических мазков с шейки матки на фоне дефицита эстрогенов (например, в постменопаузе) Перед урологическими и гинекологическими операциями вагинальным доступом Профилактика рецидивирующей инфекции мочевыводящих путей у молодых женщин с признаками ВА (например, на фоне приема комбинированных гормональных контрацептивов, содержащих этинилэстрадиол) ВА на фоне избыточной гигиены половых органов у молодых женщин	

стенность влагалища и шейки матки к инфекции. При использовании вагинального эстриола скрининг состояния эндометрия не требуется, добавление прогестагена для защиты эндометрия также не требуется. В связи с тем, что системная абсорбция эстриола значительно снижается после созревания/утолщения вагинального эпителия, после основного курса терапии, как правило, составляющего 2 нед, возможно уменьшение ежедневной дозы и кратности использования препарата (2 раза в неделю). Так, по результатам исследования В.Е.Балан и соавт. [16], применение локальной формы эстриола в стандартной лечебной дозе 0,5 мг в течение 3 мес и при ее снижении в 2 раза одинаково эффективно у пациенток с урогенитальной атрофией в постменопаузе, что позволяет избежать побочных эффектов [16].

Классическими показаниями для локального использования эстриола являются: изолированные УТР у женщин в постменопаузе, неполное купирование симптомов вагинальной атрофии эпителия на фоне системной гормонотерапии, первое обращение к гинекологу по поводу УТР пациентки в возрасте 60 лет и старше. Кроме того, локальный эстриол эффективен при бужировании стеноза цервикального канала после манипуляций на шейке матки для профилактики гематометры. Вагинальный эстриол может назначаться при стенозе цервикального канала в случае необходимости проведения гистероскопии/биопсии эндометрия или выскабливания матки, а также при подготовке шейки матки перед проведением экстракорпорального оплодотворения (в случаях, когда стеноз цервикального канала затрудняет перенос эмбриона) [17].

Эстриол применяется в качестве пред- и послеоперационной терапии у женщин при оперативных вмешательствах влагалищным доступом. Кроме того, вагинальный эстриол может назначаться при бесплодии, вызванном цервикальным фактором, и перед взятием повторных цитологических мазков шейки при неясных результатах мазков, что часто обусловлено ВА (см. таблицу). Эстриол (Овипол Клио®) в виде вагинальных свечей в дозировке 500 мкг/сут (1 суппозиторий) назначается ежедневно перед сном в первые 2–3 нед, затем 2 раза в неделю в течение длительного времени (несколько лет) или на период медикаментозной менопаузы. При применении эстриола рекомендуется ежегодное обследование у гинеколога [1].

Вагинальный эстриол может использоваться у пациенток, получающих лечение агонистами ГнРГ по поводу эндометриоза или миомы матки больших размеров. Медикаментозная менопауза на фоне терапии ГнРГ требует на-

значения системной комбинированной МГТ для профилактики потери костной массы, однако она нередко неэффективна для устранения симптомов ВА. Как правило, терапия агонистами ГнРГ назначается молодым женщинам, и возникающие у них симптомы урогенитальной атрофии негативно влияют прежде всего на сексуальную функцию. Поэтому у таких пациенток особенно важна своевременная коррекция гипоестрогении вагинальными эстрогенами. Вагинальные свечи с эстриолом (Овипол Клио®) могут безопасно назначаться, начиная со 2-го месяца лечения агонистами ГнРГ (когда возникает гипоестрогения) на протяжении всего 4- или 6-месячного курса терапии. При этом важно, что эстриол не усугубляет симптомы эндометриоза и не противодействует основному лечебному эффекту агонистов ГнРГ благодаря отсутствию системных эффектов.

В нескольких исследованиях продемонстрирована эффективность вагинального эстриола при лечении рецидивирующей инфекции мочевых путей у женщин в постменопаузе [1–3]. Однако рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей нередко встречаются и у молодых женщин. G.-M.Pinggeraа и соавт. при цистоскопии у молодых женщин с рецидивирующей инфекцией мочевых путей и неизменной анатомией мочевых путей нередко выявляли умеренную атрофию уретрального эпителия и метаплазию разной степени выраженности в области треугольника мочевого пузыря, т.е. признаки, характерные для женщин в постменопаузе [18]. При этом наиболее часто такие изменения выявлялись у молодых женщин, длительно принимавших комбинированные гормональные контрацептивы с этинилэстрадиолом [18]. Результаты этого исследования показали, что вагинальный эстриол в дозировке 1 мг в день в течение 2 нед и затем 2 раза в неделю в течение 2 нед эффективен для профилактики рецидивов инфекций мочевых путей у молодых женщин прежде всего за счет влияния на васкуляризацию шейки мочевого пузыря.

Обоснованием для применения эстриола при операциях на тазовом дне или уретре являются немногочисленные наблюдения. Так, например, Д.Ю.Пушкарь и соавт. в 2002 г. показали, что при использовании эстриола вагинально в течение 2–3 нед до операции в дозе 0,5 г в день у пациенток в период менопаузального перехода и в постменопаузе, которым планировались трансвагинальные хирургические вмешательства, по сравнению с группой контроля были меньше длительность болей после операции, продолжительность вагинальных выделений, дизурии после удаления уретрального катетера [19]. Кроме того, женщины, при-

менявшие эстриол, быстрее возобновили сексуальную активность после операции [19].

Польза локального применения эстрогенов у пациенток с пролапсом гениталий или недержанием мочи неясна. Однако доказано, что при применении пессария с целью коррекции пролапса вагинальные эстрогены обеспечивают профилактику язв влагалища и шейки матки [10].

Вагинальные эстрогены возможно назначать непрерывно, ежедневно, либо прерывистыми курсами в зависимости от предпочтений пациентки [1, 14–16]. Контроль эффективности терапии оптимально проводить по данным обычного гинекологического исследования и рН-метрии вагинальных выделений. Поскольку вагинальные эстрогены более эффективны для лечения атрофии, чем системная МГТ, то они могут назначаться как дополнение к системной терапии, если симптомы полностью не купируются. Выбор препарата с эстрогенами (свечи, крем) зависит от клинической ситуации и предпочтений пациентки, поскольку все формы препаратов обладают равной эффективностью.

### Заключение

ВА и связанные с ней симптомы могут возникать у женщин с естественной или медикаментозной менопаузой, на фоне лактационной аменореи, приема различных препаратов, в том числе для лечения рака молочной железы, а также при аллергических реакциях, избыточной гигиене и при аутоиммунных заболеваниях соединительной ткани. ВА – это хроническое прогрессирующее состояние, требующее своевременной диагностики и адекватного длительного лечения. Однако по разным причинам женщины не предъявляют активных жалоб, связанных с атрофией, часто неправильно расценивая свои симптомы. Любому специалисту (акушеру-гинекологу, урологу), к которому обращается молодая пациентка с аменореей либо женщина в период менопаузального перехода и в постменопаузе, пациентка любого возраста с урологическими расстройствами, важно активно выявлять ВА. В качестве терапии 1-й линии при отсутствии противопоказаний при ВА рекомендуются вагинальные эстрогены (в России доступны препараты, содержащие эстриол – Овипол Клио® в виде вагинальных свечей и др.). В ситуациях, когда эстрогены противопоказаны (лактация, рак молочной железы или эндометрия), рекомендуется назначение лубрикантов. Цели терапии урогенитальной атрофии у женщин в любом возрасте – это устранение симптомов и улучшение качества жизни, а также профилактика рецидивирующей вагинальной и урологической инфекции.

### Литература

1. Балан ВЕ, Сметник ВП, Анкирская АС. и др. Урогенитальные расстройства в климактерии. Медицина климактерия. Под ред. В.П.Сметник. М.: Литера, 2006; с. 217–90.

2. Calleja-Agius J, Brincat MP. Urogenital atrophy. *Climacteric* 2009; 12: 279–85.
3. Радзинский ВЕ, Хамошина МБ, Мельникова ГГ. Современный подход к терапии и профилактике метаболических нарушений, связанных с хирургической менопаузой. Доктор. Ру. Гинекология. Эндокринология. Ч. 1. Гинекология. 2009; 6 (50): 21–7.
4. Woods NF, Mitchell ES. Symptoms during the perimenopause: prevalence, severity, trajectory, and significance in women's lives. *Am J Med* 2005; 118 (Suppl. 12B): 14.
5. Nappi RE, Kokot-Kierepa M. Women's voices in the menopause: results from an international survey on vaginal atrophy. *Maturitas* 2010; 67: 233.
6. Castelo-Branco C, Cancelo MJ, Villero J et al. Management of postmenopausal vaginal atrophy and atrophic vaginitis. *Maturitas* 2005; 52 (Suppl. 1): S46.
7. Capriello P, Barale E, Cappelli N et al. Teti G.Sjögren's syndrome: clinical, cytological, histological and colposcopic aspects in women. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1988; 15 (1–2): 9–12.
8. Nilsson K, Risberg B, Heimer G. The vaginal epithelium in the postmenopause – cytology, histology and pH as methods of assessment. *Maturitas* 1995; 21: 51.
9. Baumgart J, Nilsson K, Stavreus-Evers A et al. Urogenital disorders in women with adjuvant endocrine therapy after early breast cancer. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 204: 26.
10. Suckling J, Lethaby A, Kennedy R. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; CD001500.
11. Al-Baghdadi O, Ewies AA. Topical estrogen therapy in the management of postmenopausal vaginal atrophy: an up-to-date overview. *Climacteric* 2009; 12: 91–105.
12. Raz R, Stamm WE. A controlled trial of intravaginal estriol in postmenopausal women with recurrent urinary tract infections. *N Engl J Med* 1993; 329: 753.
13. Costantino D, Guaraldi C. Effectiveness and safety of vaginal suppositories for the treatment of the vaginal atrophy in postmenopausal women: an open, non-controlled clinical trial. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2008; 12: 411.
14. Winneker RC, Harris HA. Progress and prospects in treating postmenopausal vaginal atrophy. *Clin Pharmacol Ther* 2011; 89: 129.
15. Al-Baghdadi O, Ewies AA. Topical estrogen therapy in the management of postmenopausal vaginal atrophy: an up-to-date overview. *Climacteric* 2009; 12: 91.
16. Балан ВЕ, Ковалева ЛА, Амирова ЖС, Рафаэлян ИВ. Возможности гормональной терапии урогенитальной атрофии у женщин. *Акушерство и гинекология*. 2011; 6: 113–6.
17. Christianson MS, Barker MA, Lindheim SR. Overcoming the challenging cervix: techniques to access the uterine cavity. *J Low Genit Tract Dis* 2008; 12 (1): 24–31.
18. Pinggera G-M et al. Effects of local estrogen therapy on recurrent urinary tract infections in young females under oral contraceptives. *European Urology*, 2014.
19. Пушкарь ДЮ, Дьяков ВВ, Годунов БН, Гвоздев МЮ. Овестин в подготовке к трансвагинальным операциям. *Урология*. 2002; 5: 34–6.

\* —————