

Генитоуринарный менопаузальный синдром – междисциплинарная проблема

Круглый стол по материалам XIX Всероссийского научно-образовательного форума «Мать и Дитя»

Для цитирования: Генитоуринарный менопаузальный синдром – междисциплинарная проблема. Гинекология. 2018; 20 (5): 9–14. DOI: 10.26442/2079-5696_2018.5.9-14

Clinical Conference

Genitourinary menopausal syndrome – interdisciplinary problem

According to the materials of the XIX All-Russian Scientific-Educational Forum "Mother and Child"

For citation: Genitourinary menopausal syndrome – interdisciplinary problem. Gynecology. 2018; 20 (5): 9–14. DOI: 10.26442/2079-5696_2018.5.9-14

Председатель: доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, заместитель директора по научной работе, заведующая научно-поликлиническим отделением ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И.Кулакова» **Вера Николаевна Прилепская.**

На прошедшем XIX Всероссийском научно-образовательном форуме «Мать и дитя» и VI Съезде акушеров-гинекологов России были затронуты важнейшие темы организации здравоохранения, озвучены дискуссионные вопросы акушерства, гинекологии и смежных дисциплин. В рамках форума прошел симпозиум «Генитоуринарный менопаузальный синдром как междисциплинарная проблема», собравший ведущих лидеров в этой области. Заседание открыла председатель симпозиума, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, заместитель директора по научной работе, заведующая научно-поликлиническим отделением ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И.Кулакова» Минздрава России **Вера Николаевна Прилепская**, которая выступила с докладом: «Генитоуринарный менопаузальный синдром. Возможности эстрогенотерапии».

Согласно определению, предложенному Международной ассоциацией по менопаузе в 2014 г., генитоуринарный менопаузальный синдром (ГУМС) представляет собой симптомокомплекс, в основе которого лежит гипоестрогения, он проявляется изменениями в наружных половых органах, влагалище, уретре и мочевом пузыре. Гипоестрогения приводит к уменьшению или исчезновению гликогена из промежуточных клеток, изменению кислотности вагинальной среды. Отсутствие терапии способствует колонизации влагалища патогенной микрофлорой, инфицированию слизистых оболочек (СО) урогенитального тракта и развитию инфекционных процессов влагалища, шейки матки и мочевых путей.

Клиническая картина ГУМС: сухость, зуд, боль, жжение в области гениталий, дискомфорт во влагалище, диспареуния, контактные кровянистые выделения, неприятные ощущения в уретре и влагалище, ассоциированные с мочеиспусканием, вторичное инфицирование нижних отделов половых путей. Урогенитальные инфекции чаще встречаются у женщин старше 65 лет; 10–15% женщин страдают от повторных эпизодов рецидивирующей мочевой инфекции нижних отделов мочевых путей (вагинита, вульвита, цервицита, уретрита, цистита и др.). Гипоестрогения становится также причиной недержания мочи в постменопаузе (расстройством мочеиспускания страдают до 40% женщин 35–75 лет, и лишь 4% из них обращаются за медицинской помощью).

Результаты многоцентрового наблюдательного исследования, в котором участвовали женщины 50–60 лет с симптомами вульвовагинальной атрофии в период постменопаузы, показали, что без профилактики и терапии симптомы урогенитального синдрома не исчезают – более того, они с возрастом прогрессируют (рис. 1). Анализ с помощью логистической регрессии показал, что на проявления урогенитального синдрома значительно влияют два фактора: количество лет, прошедших с начала менопаузы, и сидячий образ жизни. Распространенность симптомов урогенитального синдрома у исследуемых через 1 год после наступления менопаузы составляла 64,7%, а через 6 лет – уже 84,2%.

Методы обследования пациенток с подозрением на наличие ГУМС включают клиническое, гинекологическое, цитологическое исследования (Пап-тест), жидкостную цитологию, бактериоскопическое и бактериологическое (по показаниям) исследования, кольпоскопию, определение кислотности влагалищного содержимого и кариопикнотического индекса (что позволяет оценить также эффективность терапии) и обследование на инфекции, передающиеся половым путем.

Основной метод лечения ГУМС – это заместительная терапия эстрогенами. Натуральные эстрогены, синтезируемые в организме, отличаются друг от друга по химической структуре (рис. 2) и биологическим эффектам. Из трех природных эстрогенов человеческого организма (эстриол, эстрадиол и эстрон) именно эстриол имеет самый короткий период полувыведения и наименьшую биологическую активность.

Эстриол обладает высокой селективностью к эстрогенным рецепторам уретры, мочевого пузыря и влагалища при сравнительно малом связывании с эстрогенными рецепторами в других тканях. Способствует созреванию эпителия влагалища и положительно влияет на его микрофлору (рис. 3). Эстриол характеризуется достойным уровнем безопасности и эффективности: его назначение не приводит к повышению риска развития рака молочных желез и эндометрия; не отмечено неблагоприятных эффектов при одновременном приеме и взаимодействии эстриола с другими лекарственными средствами, также в отношении эстриола отсутствуют данные о случаях тромбоэмболии. Оригинальным препаратом эстриола в России является Овестин в форме таблеток, крема и суппозитория (две последних формы отпускаются

Рис. 1. Без адекватной терапии и профилактики урогенитальные симптомы прогрессируют с возрастом!

Преувеличение урогенитальных симптомов по годам со времени наступления менопаузы



Palmaa F, Volpea A, Villa P, Cagnacci A. Vaginal atrophy of women in postmenopause. Results from a multicentric observational study: The AGATA study. Maturitas 2016.

Рис. 2. Натуральные эстрогены, синтезируемые в организме, отличаются друг от друга по химической структуре и биологическим эффектам.



без рецепта). Показаниями к назначению Овестина являются климактерический синдром с вегетососудистыми и нейроэндокринными нарушениями (преимущественно приливы, ночная потливость, нарушение ритма сна и др.), ГУМС, гипопостроения разного генеза, пред- и послеоперационное лечение при проведении операций на влагалище женщинам в постменопаузе, лечение цервикальных форм бесплодия; также препарат используется как средство для дифференциальной диагностики цервикальной интраэпителиальной неоплазии при атрофической картине цервикального мазка у женщин в постменопаузе.

Результаты 19 рандомизированных исследований, включавших более 4 тыс. пациенток, показали эффективность локальной эстрогенотерапии в лечении вульвовагинальной атрофии как в режиме монотерапии, так и в комбинации с системной менопаузальной гормонотерапией (МГТ) и пессариями. Из-за короткого времени воздействия на рецепторы эстриол не влияет на эндометрий матки и не вызывает пролиферации клеток, в этом отношении назначение препарата считается безопасным. Овестин (500 мг эстриола) назначают по 1 дозе (для профилактики возникновения местных нежелательных реакций стартовать лучше с крема) на ночь ежедневно в течение 2 нед, затем переходят на 1 дозу 2 раза в неделю в течение 2 нед. Поддерживающей становится 1 доза 1 раз в неделю на период 3 мес и более под контролем самочувствия пациентки и определения кардиопикнотического индекса — КПИ (КПИ ≥ 30% свидетельствует о восстановлении функциональной активности ткани). При сочетанном поражении (атрофическом вульвовагините, уретрите и цистите) доза эстрогенов может быть увеличена в 2 раза (от 0,5 до 1 г на ночь). На период терапии каждые 1–2 нед необходимо проводить осмотры с определением КПИ для контроля за восстановлением СО влагалища. В одном из исследований показано, что уже через месяц терапии эстриолом (оригинальный препарат Овестин крем) восстановился нормальный уровень лактобактерий у 60% женщин, уменьшилась частота рецидивов с 5,9 до 0,5 в год и снизилось pH влагалища с $5,5 \pm 0,7$ до нормы — $3,6 \pm 1,0$.

Рис. 3. Влияние эстриола на микрофлору и созревание эпителия влагалища.



Профессор В.Н. Прилепская подчеркнула, что терапия вагинальными эстрогенами снижает pH влагалища, способствует нивелированию микробиологических изменений, отмечающихся во влагалище после наступления менопаузы, и профилактике рецидивирующих инфекций мочевыводящих путей. При применении вагинальных эстрогенов урогенитальные симптомы быстро исчезают. В качестве терапии первой линии при наличии симптомов гиперактивного мочевого пузыря рекомендованы изменение образа жизни и тренировки мочевого пузыря.

По данным рекомендаций Международного общества по менопаузе (International Menopause Society — IMS) и Национального института здоровья и клинического совершенствования Великобритании (National Institute of Health and Clinical Excellence — NICE) и клинических рекомендаций Минздрава России, не существует ограничений для длительности и возобновления приема местных эстриолсодержащих препаратов, причины для обязательного ограничения продолжительности МГТ отсутствуют. Пациенткам часто требуется длительная терапия, поскольку симптомы могут рецидивировать из-за отмены лечения, и при локальном применении эстрогенов с небольшой активностью в низких дозах системных рисков не обнаружено. Женщинам с урогенитальной атрофией (включая женщин, принимающих системную МГТ) оптимально назначать интравагинальное введение эстрогенов — лечение должно быть продолжено до купирования симптомов.

Таким образом, эстриол ввиду его специфических особенностей и отсутствия пролиферативного влияния на эндометрий и молочные железы является одним из эффективных, приемлемых и безопасных методов терапии генитоуринарного синдрома, подтвержденных многочисленными исследованиями, одобренными исследованиями по GCP.

Теме вульвовагинальной атрофии и современных принципов ее коррекции было посвящено сообщение доктора медицинских наук, профессора, заведующей кафедрой акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России **Юлии Эдуардовны Доброхотовой**.

При росте ожидаемой продолжительности жизни женщины возраст наступления менопаузы остается на прежнем уровне, и это значит, что задачей акушера-гинеколога становится поддержание высокого качества жизни таких пациенток. В перименопаузе отмечается снижение уровня гормонов — прогестерона, эстрогена, тестостерона. С дефицитом эстрогенов ассоциированы климактерические расстройства. Известно, что органы и системы женского организма содержат эстрогеновые рецепторы, поэтому изменение гормонального фона отражается на функционировании всего организма. К средневременным расстройствам относят менопаузальный синдром, характеризующийся, в числе прочих, генитоуринарными патогенетическими изменениями. Они представляют собой комплекс вагинальных и мочевых симптомов, развитие которых является осложнением атрофических, ассоциированных с гипопостроенией, процессов в эстрогензависимых тканях и структурах нижней трети мочевого тракта.

Индекс вагинального здоровья: сумма баллов = __ из 25 баллов					
Выделения	pH	Увлажненность	Эластичность	Характеристика эпителия	Индекс вагинального здоровья, баллы
Отсутствуют	>6,1	Выраженная сухость, воспаление	Отсутствует	Петехии, кровоточивость без контакта	1 – высшая атрофия
Скудные, желтоватые	5,6–6,0	Выраженная сухость, отсутствие воспаления	Слабая	Кровоточивость при контакте	2 – выраженная атрофия
Скудные, белые	5,1–5,5	Минимальная	Средняя	Кровоточивость при взятии мазка	3 – умеренная атрофия
Умеренные, белые	4,7–5,0	Умеренная	Хорошая	Тонкий эпителий	4 – незначительная атрофия
Обильные, белые и слизистые	<4,6	Нормальная	Отличная	Нормальный эпителий	5 – норма

Дефицит эстрогенов приводит к ишемическому поражению структур урогенитального тракта, что сказывается на снижении пролиферации уротелия и вагинального эпителия, изменении коллагеновых и мышечных структур. Следствием этих процессов становятся вагинальная и цистоуретральная атрофия, кольпоскопическая картина которых весьма характерна, а также пролапс гениталий, занимающий 3-е место в структуре показаний к оперативному лечению среди гинекологической патологии после доброкачественных опухолей и эндометриоза.

Частота встречаемости урогенитальной атрофии колеблется от 13% в перименопаузе до 60% в постменопаузе длительностью более 5 лет. Сухость во влагалище считается индикатором начала менопаузального перехода и появления генитоуринарного синдрома. Проблемой становится отношение и самих пациенток, и врачей к развивающейся патологии: лишь 25% женщин, страдающих от данных симптомов, действительно обращаются к специалисту, и 70% заявляют, что сам специалист редко спрашивает или совсем не интересуется таким вопросом, как сухость во влагалище. К сожалению, и пациентки, и врачи в одинаковой степени относят менопаузальные симптомы к естественной и неизбежной части процесса старения организма женщины. Крайне важно на приеме спрашивать о наличии генитоуринарных симптомов, так как нередко пациентки стесняются говорить о них или считают это возрастной нормой. Лишь 5–7% женщин отмечают, что подобные вопросы были заданы врачом.

На сегодняшний день существуют разные подходы к лечению атрофического вульвовагинита: медикаментозная терапия, использование лазерных и радиочастотных технологий и пр. Согласно данным IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy (2016), МГТ остается наиболее эффективным способом коррекции вазомоторных симптомов и урогенитальной атрофии. Назначение персонифицированной МГТ (в том числе и андрогенных препаратов в случае необходимости) может улучшить как сексуальность пациентки, так и качество жизни в целом. МГТ нужно рассматривать как часть общей стратегии, включающей рекомендации в отношении изменения образа жизни, диеты, физических упражнений, отказа от курения и безопасных уровней потребления алкоголя для поддержания здоровья в перименопаузе. Важно учитывать, что риски и преимущества МГТ различаются в зависимости от возраста пациентки и зависят от того, сколько времени прошло от последней менструации до назначения терапии. Симптомы урогенитальной атрофии и сексуальная дисфункция являются непосредственным показанием для назначения МГТ.

Урогенитальные симптомы хорошо поддаются лечению эстрогеном. Когда вульвовагинальная атрофия является единственным симптомом, выбор предпочтительнее сделать в пользу местной терапии. Назначение системной МГТ возможно при вазомоторных и психосоматических расстройствах, а также при сочетании системных расстройств с генитоуринарными; к топической МГТ стоит прибегнуть при изолированных генитоуринарных расстройствах, в большей степени сенсорного характера, атрофическом цистоуретрите, атрофическом вагините, сексуальных расстройствах генитосегментарного плана. Из препаратов местной терапии стоит выделить эстриолсодержащие средства, которые за 14 дней способствуют восстановле-

нию эпителия влагалища. Согласно результатам одной из работ, оценка состояния эпителиальной оболочки влагалища у женщин, получавших терапию эстриолом, показала исчезновение капилляров на поверхности, уменьшение вероятности травмирования эпителия при механическом воздействии и увеличение толщины эпителиальной оболочки влагалища, что, безусловно, сказалось на самочувствии пациенток.

Лечение следует начинать прежде, чем произошли необратимые изменения, при первых признаках атрофии эпителия влагалища, выявленных на осмотре при помощи зеркала; терапию необходимо продолжать для сохранения полученных преимуществ без ограничения по длительности лечения.

О тактике ведения пациенток с генитоуринарным синдромом доложила доктор медицинских наук, профессор, заведующая отделением эстетической гинекологии и реабилитации ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И.Кулакова» **Инна Анатольевна Аполихина**. Она коснулась изменений в терминологии: так, раньше использовались понятия «урогенитальные расстройства», «урогенитальная, вульвовагинальная, вагинальная атрофия», а более современным, удачно отражающим суть процесса, стал термин «генитоуринарный синдром в менопаузе» (GSM, genitourinary syndrome of menopause, GSM). Смена парадигмы необходима, своевременна и очевидна: это понятие стало более точным, всеобъемлющим и приемлемым как для клиницистов, так и для пациенток. Так, понятие вульвовагинальной атрофии не отражает наличие нарушений со стороны мочевыводящих путей: urgentных позывов к мочеиспусканию, дизурии и рецидивирующих инфекций мочевых путей.

Сходство строения влагалищного эпителия и уретры, а также уникальная способность уротелия к синтезу гликогена изучены еще в 1947 г. Gifuentes. В тканях влагалища и уретры (в СО, мышцах и соединительной ткани, эндотелии сосудов, детрузоре, мышцах и соединительнотканых структурах тазового дна, круглой маточной связке) выявлены рецепторы к эстрогенам. Важно, что в СО верхней трети влагалища присутствуют тканеспецифичные белки клеточных мембран уротелия – уроплакины, которые входят в состав бляшек плазматической мембраны зонтикообразных клеток апикального слоя уротелия и придают ему способность контролировать проницаемость клеточной стенки. Ткани женского уротелия особенно чувствительны к эстрогенам, которые контролируют синтез и разрушение коллагена, возвращая объем его выработки к пременопаузальному уровню; увеличивают давление в уретре за счет повышения количества периуретральных сосудов, обеспечивающих треть уретрального давления, а также уменьшают частоту и амплитуду детрузора, способствуя его расслаблению.

Гипоэстрогения становится основным одним из этиологических факторов недержания мочи. По данным эпидемиологических исследований, менопауза является фактором риска развития дисфункции тазового дна, и тяжесть нарушений значительно возрастает после наступления менопаузы. Одним из наиболее доступных методов диагностики становится определение индекса вагинального здоровья (см. таблицу), который важен для оценки и базисного статуса пациентки, и эффективности терапевтических мероприятий. К другим немаловажным методам обследования относят заполнение дневника мочеиспускания, общий анализ мочи и при необходимости посев мочи, проведение кашлевой

пробы и пробы Вальсальвы, Q-tip-тест (с использованием прямого катетера), анализ степени опущения и/или выпадения по POP-Q, перинеометрию (оценку тонуса мышц тазового дна), проверку рефлексов (бульбокавернозный, анальный), проведение ультразвукового исследования мочевого пузыря, урофлоуметрии, комплексного уродинамического исследования и оценки сексуальной функции.

При определении уровня pH влагалища степень вульвовагинальной атрофии также можно оценить с помощью индекса вагинального здоровья (см. таблицу). При этом уточняются 5 показателей: объем и качество влагалищных выделений, уровень pH отделяемого влагалища и состояние эпителия влагалища: его увлажненность, эластичность, истонченность и, соответственно, подверженность травматизации. Каждый из параметров оценивается по 5-балльной шкале, затем баллы суммируются. Суммарно 25 баллов соответствуют нормальному состоянию эпителия влагалища, 20 – незначительной атрофии, 15 баллов и ниже – подразумевают уже значительные объективные проявления атрофических изменений СО влагалища и требуют лечебных мероприятий.

Целью терапии становятся восполнение дефицита эстрогенов, нормализация уровня pH, стимуляция синтеза коллагена, восполнение дефицита лактофлоры, улучшение кровоснабжения и увлажнения СО, стимуляция роста мышечной массы, профилактика пролапса и недержания мочи. С позиции доказательной медицины обоснована локальная эстрогенотерапия. Важно, что системная МГТ не купирует симптомы недержания мочи, тогда как препараты антимиокардиального действия в комбинации с локальными эстрогенами являются первой линией фармакотерапии у женщин в постменопаузе с симптомами гиперактивного мочевого пузыря. Кроме того, согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов (2018 г.), для усиления эффекта от медикаментозной терапии пациенткам с ургентным или смешанным недержанием мочи следует рекомендовать тренировку мышц тазового дна и мочевого пузыря, электростимуляцию как дополнение к поведенческой терапии, снижение избыточной массы тела.

Продолжительная локальная МГТ, в частности введение интравагинального эстриолсодержащего крема, эффективно предотвращает возникновение инфекций мочеполовых путей. Эстриол (Овестин) имеет достойный профиль безопасности, поскольку связывается с рецепторами на короткое время (4–6 ч) и назначается по двухступенчатой схеме: первые 2–3 нед происходит насыщение эстриолом (1 доза крема или 1 свеча 1 раз в день на ночь), затем длительно для поддержания эффекта 1 доза крема или 1 свеча вводится 2 раза в неделю на ночь. NICE рекомендовано использовать локальные эстрогены женщинам при ГУСМ (включая получающих системную МГТ) столь продолжительно, сколько это необходимо для купирования симптомов. В постменопаузе длительное применение комбинированной терапии локальными эстрогенами в сочетании с М-холинолитиками купирует ургентные симптомы, удлиняет ремиссию и существенно улучшает качество жизни.

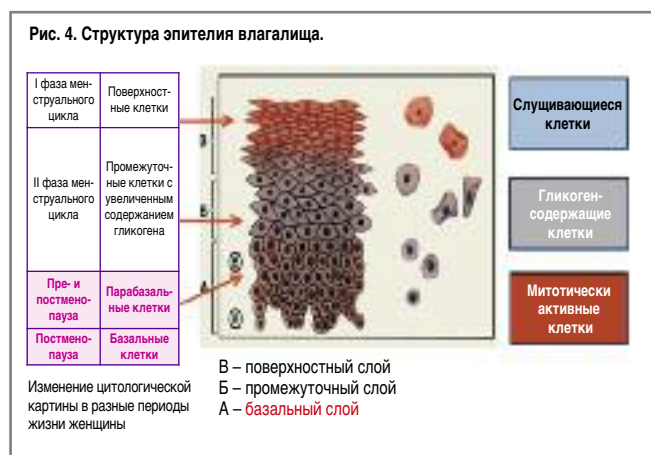
Елена Алексеевна Горбунова, акушер-гинеколог и физиотерапевт отделения эстетической гинекологии и реабилитации ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И.Кулакова», рассказала о сексуальной дисфункции у женщин в менопаузе. Гипоэстрогения, ассоциированная с ГУСМ, приводит к ряду нарушений в тканях влагалища, за счет чего ухудшаются эластичность тканей и лубрикация. Это провоцирует такие жалобы, как сухость и зуд во влагалище, диспареуния, – симптомы беспокоят 15% женщин в перименопаузе и до 57% – в постменопаузе.

На фоне возрастного дефицита эстрогенов меняются вся структура и качество СО влагалища и мочевыводящих путей: уплощаются сосочки СО, она становится гладкой и тонкой, почти исчезает ее складчатость, происходят прогрессирующее сокращение микроциркуляторного русла, гиалинизация коллагеновых и фрагментация эластических волокон, развивается умеренно выраженный склероз соединительной ткани, что провоцирует потерю эластичности тканей влагалища. В пре- и постменопаузе на фоне атрофических изменений эпителия влагалища и мочевыво-

дящих путей толщина эпителия сводится к минимуму – с 20 клеток до 4–5, исчезают клетки поверхностного и промежуточного слоя, сохраняется лишь тонкий слой базальных и парабазальных клеток, бедных гликогеном (рис. 4), что приводит к элиминации лактобактерий, смещению уровня pH влагалищного отделяемого в щелочную сторону и риску вторичного инфицирования СО. На таком фоне СО влагалища и вульвы легко травмируется при минимальном механическом воздействии, даже появляются участки, полностью лишенные эпителия, – с мелкими эрозиями. Кроме того, недостаток эстрогенов провоцирует неоправданно чрезмерное, но неэффективное воспаление на фоне замедления повторной эпителизации. Эти процессы непосредственно отражаются на качестве сексуальной жизни, приводя к диспареунии, снижению сексуального влечения и возбуждения и, как следствие, появлению сексуальной дисфункции.

При ГУСМ важно не пропустить так называемый феномен «молчаливой атрофии», когда пациентка стесняется говорить о симптомах или принимает их за возрастную норму, а при гинекологическом осмотре симптомы атрофии уже очевидны. При этом мы видим уменьшение объема подкожно-жировой клетчатки больших половых губ и потерю дефиниции между малыми и большими половыми губами, их истончение и уменьшение, избыточное обнажение либо атрофию клитора, сужение входа во влагалище, дефекты СО влагалища (петехии, микротрещины, изъязвления, воспаление), уменьшение складчатости СО влагалища, укорочение и сглаживание его сводов. Последствиями ГУСМ становятся опущение стенок влагалища, серозоцервикс, серозометра, декубитальная язва при пролапсе, появление грануляций и пролежней при использовании ургинекологических пессариев. Анализ данных интернет-опроса женщин в США и Западной Европе в возрасте от 40 до 75 лет (n=7058) для International Women's Health Study (2015 г.) позволил сделать вывод о том, что по влиянию на качество жизни ГУСМ сопоставима с артритом, хронической обструктивной болезнью легких, астмой или синдромом раздраженного кишечника. Исследование The Real Women's Views of Treatment Options for Menopausal Vaginal Changes (REVIVE) показало, что 44% из 3046 женщин, принявших участие в этой работе, беспокоила диспареуния, 55% – сухость и 37% – зуд и жжение во влагалище. Перечисленные симптомы ГУСМ в 2 раза снизили сексуальное удовлетворение у 59% женщин. При этом, согласно исследованию AGATA study (The Atrophy of the vagina in woman in postmenopause in Italy), проведенному в Италии в 2016 г., в котором участвовали 913 женщин с симптомами ГУСМ, сохранение активной сексуальной жизни может предотвратить или замедлить потерю эластичности вагинального эпителия.

С развитием номенклатуры и инструментов оценки ГУСМ, включая опросники качества жизни и оценки женской сексуальной функции, наступает новая эра терапевтических возможностей. В первую очередь ГУСМ корректируется восполнением дефицита эстрогенов. Для облегчения дискомфорта и диспареунии при легкой и умеренной сухости во влагалище при наличии противопоказаний к эстрогенотерапии, например, как у пациенток после лечения рака молочной железы, рекомендовано применять лубриканты и увлажняющие гели. Основное различие этих средств – в их предназначении для использования. Увлажняющие гели/кремы предназначены для негормонального облегчения симптомов вагинальной сухости за счет регидратации сухой ткани, они имитируют вагинальные выделения, эффект от их применения сохраняется 2–3 дня, но также их можно использовать ежедневно. А лубриканты уменьшают сухость и дискомфорт кратковременно – лишь при сексуальной активности, оказывая помощь при диспареунии, уменьшая трение, связанное с истонченной СО. Они действуют быстро, но коротко, поэтому используются не постоянно, а ситуативно. При подборе этих средств важно учитывать их уровень pH (который не должен усугублять нарушение уровня pH влагалища) и осмоляльность, чтобы средство еще более не способствовало травматизации уже истонченной СО.



Рекомендации IMS (2016 г.) утверждают: МГТ остается наиболее эффективным методом лечения вазомоторных и генитоуринарных симптомов в менопаузе. В Российских клинических рекомендациях «Менопаузальная гормональная терапия и сохранение здоровья женщин зрелого возраста» (2015 г.) показано отсутствие влияния локальных эстрогенов на эндометрий, что не требует добавления прогестагенов. В документе не лимитирован возраст первого назначения Овестина (локальный эстриол можно назначать пациенткам старше 60 лет, в отличие от системной МГТ) и не прописаны ограничения в перерывах и возобновлении приема препаратов эстриола. Именно эстриол таргетно отвечает за увлажнение, хорошее кровоснабжение, эластичность и регенерацию СО влагалища в III триместре беременности, что обуславливает выбор локальных форм этого препарата для терапии атрофических измене-

ний СО влагалища при ГУСМ. Преимущества и риски МГТ в значительной степени зависят от индивидуальных особенностей женщин.

Подводя итог выступлению, Е.А.Горбунова подчеркнула необходимость обсуждения сексуальных проблем с пациентками, страдающими ГУСМ. При этом беседа должна проводиться максимально деликатно и чутко. Кроме того, при консультировании важно донести до пациентки преимущества, безопасность и риски использования МГТ в четких и понятных формулировках. Назначение МГТ должно стать частью общей стратегии, включающей рекомендации относительно образа жизни, диеты и физической активности для поддержания здоровья женщины в пери- и постменопаузе. Надо объяснять пациенткам с ГУСМ, что при выборе лубрикантов стоит отдавать предпочтение тем, которые наиболее физиологически «похожи» на естественные вагинальные выделения (по типу замены), безопасны по составу и осмолальности, имеют сбалансированный pH. При этом наиболее физиологично и экологично будет назначение низких доз локального эстриола (крем или суппозитории Овестин), который способствует восстановлению трофики и структуры СО и выработке собственной естественной вагинальной смазки. С учетом интереса современной женщины к качественным продуктам не только в сфере питания, красоты, здоровья, но и в интимном плане крем Овестин становится препаратом выбора ввиду высокого европейского качества субстанции и вспомогательных веществ и экономичности: одной упаковки крема хватает на 4 месяца поддерживающей терапии.

Закljučая заседание круглого стола, В.Н.Прилепская подчеркнула еще раз, что обсужденная проблема носит междисциплинарный характер, затрагивает ряд специальностей и ее решения зависит от коллегиального подхода врачей к ее решению.