

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного
(наименование кафедры) гинекологии

Рецензия асс. Комованова Вячеслава Викторовича
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 2-го года обучения по специальности Акушерство и гинекология
Москальченко Светлана Александровна
(ФИО ординатора)

Тема реферата Гемитогриманской менструальной синдрома

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	+
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	5/отлично

Дата: «10» 05 2013 год

Подпись рецензента

[Подпись]
(подпись)

Комованов В.В.
(ФИО рецензента)

Подпись ординатора

[Подпись]
(подпись)

Москальченко С.
(ФИО ординатора)

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой: ДМН, Профессор Цхай В.Б.

РЕФЕРАТ

«Генитоуринальный менопаузальный синдром»

Выполнила:

клинический ординатор кафедры перинатологии, акушерства и
гинекологии лечебного факультета

Москальченко С.А.

Проверил: Ассистент Коновалов В.Н.

Красноярск, 2022г

Содержание

Введение	3
Этиология	3
Клиника	4
Диагностика.....	5
Лечение	6
Выводы.....	13
Литература	14

Введение

Клинические рекомендации «Менопауза и климактерические состояния у женщины» дают следующее определение. Генитоуринарный менопаузальный синдром (ГУМС) — симптомокомплекс, ассоциированный со снижением эстрогенов и других половых стероидов, включающий в себя изменения, возникающие в наружных половых органах, промежности, влагалище, уретре и мочевом пузыре.

Профессор Виноградова О.П. утверждает, что революционным прорывом в современной методологии сущности урогенитальных нарушений у женщин можно считать решение экспертов ведущих международных сообществ по менопаузе (Международное общество по изучению женского сексуального здоровья – International Society for the Study of Women's Sexual Health, Североамериканское сообщество по менопаузе – North American Menopause Society) о введении в 2014 г. в клиническую практику нового термина «genitourinary syndrome of menopause» (генитоуринарный менопаузальный синдром – ГУМС) вместо общепринятого ранее и неполноценно отражавшего суть проблемы термина «вульвовагинальная атрофия». Второе место по встречаемости после вазомоторных нарушений, занимает именно ГУМС. Согласно статистическим данным, он возникает более чем у половины женщин в пери- и постменопаузе, признаки вагинальной атрофии наблюдают у 15% пациенток в перименопаузе и у 40 - 57% – в менопаузальном периоде. ГУМС относится к средневременным симптомам, оказывая существенное негативное влияние на качество жизни.

Этиология

Г.О. Гречканев в своей статье подробно описывает этиопатогенетические аспекты ГУМС.

Свойственный пери- и постменопаузе дефицит эстрогенов, регулирующих митотическую активность базального и парабазального слоев эпителия влагалища, ограничивает пролиферацию влагалищного эпителия и его секреторную активность (ввиду параллельно или даже ранее развивающейся недостаточности прогестерона). Это имеет следствием резкое уменьшение, вплоть до полного исчезновения, гликогена — питательной среды для лактобактерий. Происходит смена влагалищного микробиома, представленного лактобациллами, на транзиторные микроорганизмы. В результате чего утрачивается один из важнейших протективных факторов — кислая среда вагинального секрета. Сокращение количества лактобацилл вызывает уменьшение выработки перекиси водорода, повышение pH секрета

влагалища (как правило, от 5,0 до 7,5). Это создает предпосылки для возникновения инфекционно-воспалительных процессов или дисбиоза, в том числе в связи травматизацией истонченного вагинального эпителия в процессе сексуальных контактов. В результате имеет место рост условно-патогенных бактерий (стафилококки, стрептококки группы В и колиформы). Кроме того, истончение эпителия приводит к обнажению подлежащей соединительной ткани, менее устойчивой к травматизации и незащищенной от инфекции, что ведет к усугублению патологического процесса. Коллаген, входящий в состав соединительной ткани влагалищной стенки, вследствие дефицита эстрогенов испытывает структурную перестройку (уменьшается соотношение коллагена I/III типа), прогрессивно уменьшается и его количество, что приводит к снижению прочности ткани. Следует отметить, что патогенез ГУМС не исчерпывается дефицитом только эстрогенов и прогестерона. Существенное значение имеет также уровень мужских половых гормонов. Было показано, что более высокие уровни андрогенов в постменопаузе ассоциировались с менее тяжелыми проявлениями ГУМС, что объясняется значительной экспрессией в урогенитальном тракте рецепторов к андрогенам и возможностью частично компенсировать ситуацию за счет их анаболического эффекта. При прогрессировании ГУМС происходит потеря эластичности влагалищной стенки, возникают петехиальные кровоизлияния, изъязвления, развивается фиброз и облитерация влагалища. Возникающая на этом фоне диспареуния, прогрессирующая без лечения, в итоге делает половую жизнь невозможной. Таким образом, складывается порочный круг, в котором диспареуния лимитирует сексуальные контакты, а их прекращение усугубляет атрофию, снижая интенсивность кровообращения в стенках влагалища. Истончение и ослабление стенки влагалища становится дополнением к прочим факторам развития еще одного патологического состояния, ассоциированного с дефицитом эстрогенов — пролапса гениталий.

Клиника

ГУМС характеризуется атрофическими изменениями мочеполовой системы, диспареунией, дискомфортом со стороны гениталий, сухостью, раздражением, зудом и жжением вульвы, влагалища, посткоитальными кровотечениями, стрессовым или ургентным недержанием мочи и даже пролапсом тазового дна.

Заронченцева Е.В. клинические симптомы ГУМС разделяет на три группы

1) генитальные – сухость влагалища; раздражение/жжение/зуд во влагалище; лейкорея; истончение/поседение волос на лобке; вагинальные/ тазовые боли и чувство давления; опущение стенок влагалища;

2) сексуальные – диспареуния; уменьшение количества влагалищной смазки; посткоитальное кровотечение; снижение/потеря возбуждения, оргазма, либидо; дизоргазмия;

3) мочевые – различные виды дизурии; ургентные позывы к мочеиспусканию; стрессовое/ургентное недержание мочи; рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей; выпадение уретры; ишемия мочепузырного треугольника.

Такие симптомы, как зуд, болезненность, диспареуния и дизурические расстройства, могут быть проявлением также склероатрофического лихена вульвы (САЛВ), который часто встречается в пери- и постменопаузальном периоде. Это хроническое заболевание с частыми рецидивами, серьезно снижающими качество жизни, значительно утяжеляет течение ГУМС и откладывает отпечаток на психоэмоциональное состояние женщины.

Диагностика

У больных ГУМС весьма информативен гинекологический осмотр. Влагалище становится более коротким и узким, уменьшается его складчатость, снижается объем трансудата. Слизистая влагалища, интроитуса и малых половых губ становится тонкой, бледной и менее увлажненной, возможны петехии. При присоединении инфекционно-воспалительного процесса появляются типичные признаки в виде гиперемии и различных патологических белей. Показатель индекса здоровья влагалища служит клиническим инструментом, который, оценивая 5 параметров (эластичность влагалища, выделения из влагалища, pH, внешний вид слизистой оболочки, гидратацию влагалища), дает интегральную оценку, определяющую степень атрофии в мочеполовом тракте. Общий балл варьирует от 5 до 25, причем более низкие баллы соответствуют большей уrogenитальной атрофии. Микроскопическое исследование вагинального эпителия демонстрирует прогрессирующее преобладание парабазальных клеток с меньшим количеством промежуточных и поверхностных клеток, что является «гормональным зеркалом», отражающим дефицит половых стероидов. Индекс здоровья вульвы оценивает половые губы, уретру, клитор, интроитус, а также эластичность вульвы и боль во время полового акта;

общий балл варьирует от 0 до 24, причем более высокие баллы соответствуют большей атрофии вульвы. Если показатель здоровья вульвы превышает суммарно 8 баллов или балл, равный 3 в любой категории, это соответствует диагнозу атрофии вульвы. Необходимо заметить, что оба эти показателя (индекс вагинального здоровья и индекс здоровья вульвы) носят субъективный характер и определяются восприятием врача топической картины заболевания. Для объективизации диагноза предпринимаются попытки использования трансабдоминальной сонографии для определения толщины влагалищной стенки. Результаты являются предварительными, однако данный подход мог бы оказаться полезным в оценке как исходного состояния вагинального эпителия, так и динамики его в процессе лечебных мероприятий.

Что же рекомендуют клинические рекомендации? Рекомендуется определение концентрации водородных ионов (pH) отделяемого слизистой оболочки влагалища для уточнения диагноза ВВА (как проявление ГУМС) в сомнительных случаях. Используются тест-полоски для определения pH вагинального секрета. При наличии жалоб и клинических признаков ГУМС необходимо проводить молекулярно-биологическое исследование влагалищного отделяемого на микроорганизмы-маркеры бактериального вагиноза или микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы для оценки микробиоты влагалища.

Лечение

Лечение ГУМС должно проводиться комплексно, с учетом преобладающих симптомов и степени их выраженности, наличия противопоказаний к применению гормональной терапии, а также уровня сексуальной активности пациентки. К сожалению, многие пациентки рассматривают симптомы ГУМС как неизбежную часть процесса старения, а не как медицинскую проблему, хорошо поддающуюся лечению. Около 50% женщин в постменопаузе с симптомами ГУМС не используют никаких методов коррекции данной проблемы.

Основные подходы к лечению ГУМС включают применение:

- 1) увлажнителей;
- 2) интравагинальной (топической) эстрогенотерапии;

- 3) селективных модуляторов эстрогеновых рецепторов (off-label в РФ);
- 4) интравагинального дегидроэпиандростерона (прастерон, off-label в РФ);
- 5) интравагинального тестостерона (off-label в РФ);
- 6) инструментальных методов (пессарии);
- 7) физиотерапевтических методов.

Любриканты. После исключения других причин ГУМС терапия первой линии при слабо и умеренно выраженных симптомах включает негормональные вульвовагинальные смазки и увлажняющие средства длительного действия. Основным назначением вагинальных lubricантов является защита слизистых оболочек от травматизации при механическом воздействии (половой акт, установка пессария и т.п.). Такое действие достигается за счет создания на поверхности влагалища гелевой пленки, обладающей способностью удерживать воду, которая затем высвобождается локально, имитируя физиологические вагинальные выделения. Благодаря этому lubricант обеспечивает интенсивное увлажнение и тем самым быстро облегчает местные симптомы. Применение вагинальных lubricантов следует рекомендовать при наличии противопоказаний к эстрогенам, слабой выраженности симптомов атрофии, в том числе умеренной сухости влагалища или нежелании пациентки применять гормональную терапию. Однако следует помнить, что lubricанты не устраняют причину ГУМС и могут только облегчить диспареунию, вызванную сухостью влагалища.

Локальная эстрогенотерапия является наиболее эффективным методом лечения как атрофии урогенитального эпителия, так и различных форм недержания мочи, в том числе у пациенток, принимающих системную комбинированную менопаузальную гормонотерапию (МГТ). Локальные эстрогены восстанавливают пролиферацию эпителия влагалища, кровотока, нормальную кислотность и влагалищную микробиоту, купируют сухость влагалища и диспареунию. Терапия эстрогенами снижает плотность сенсорных ноцицепторных нейронов во влагалище и уровень дискомфорта, связанного с ГУМС. Локальная эстрогенотерапия имеет преимущество перед lubricантами в восстановлении сексуальной функции. Положительные урологические эффекты связаны со стимуляцией синтеза коллагена, улучшением васкуляризации периуретральной области, шейки мочевого пузыря, снижением амплитуды сокращений детрузора, частоты мочеиспускания. Доказан положительный эффект локальных эстрогенов и при рецидивирующих урогенитальных инфекциях. Низкодозированная вагинальная эстрогенотерапия доступна в нескольких формах, включая крем

(эстрадиол, эстрон и конъюгированные эстрогены), интравагинальное кольцо с эстрадиолом и вагинальные таблетки с эстрадиолом с аппликатором. Диспареуния и сухость влагалища являются наиболее распространенными показаниями для вагинальной терапии препаратами эстрадиола в низких дозах. Выбор терапии должен учитывать предпочтения пациента, а также степень тяжести атрофии и пролапса тазовых органов. Целесообразно длительное поддерживающее лечение с целью сохранения эффективности и профилактики рецидивов урогенитальной атрофии, вагинальной инфекции, недержания мочи и пролапса гениталий. В РФ для местного (вагинального) применения зарегистрированы препараты эстриола в различных дозах – от 0,03 до 0,5 мг как в виде монотерапии, так и в сочетании с лактобактериями, а также комбинации лиофилизированной культуры лактобактерий, 0,2 мг эстриола и 2,0 мг прогестерона. Эстриол назначается в режиме монотерапии или в комбинации с системной МГТ при выраженных симптомах вульвовагинальной атрофии и отсутствии противопоказаний. Лечение эстриолом следует начинать как можно раньше, при появлении первых симптомов ГУМС, прежде чем произойдут необратимые атрофические изменения. Возможно совместное применение локальной эстрогенотерапии с увлажнителями. Ограничений по продолжительности приема локальных эстрогенов нет. Отсутствуют как системные риски низкодозированных топических эстрогенов, в том числе риск венозных тромбоэмболических осложнений, онкогинекологических заболеваний, так и их влияние на эндометрий. В то же время следует помнить, что при длительном применении локальных эстрогенов необходимо минимизировать дозу для уменьшения степени системной абсорбции. Минимальное системное всасывание происходит при начальном использовании вагинальных эстрогенов с последующим уменьшением абсорбции по мере созревания урогенитального эпителия. В течение первых 2–3 недель применения возможно повышение уровня эстрадиола в плазме, как правило, в пределах нормального постменопаузального диапазона от 3,1 до 4,9 пг/мл (не более 20 пг/мл). В некоторых случаях у пациенток с риском развития гиперплазии эндометрия показано назначение гестагенов с целью профилактики развития гиперплазии эндометрия. При этом наиболее целесообразным является гестагенная поддержка в составе системной пероральной МГТ при отсутствии противопоказаний. Противопоказания к назначению топических эстрогенов включают установленный (в том числе в анамнезе) или подозреваемый рак молочной железы, эстрогензависимые злокачественные новообразования или подозрение на них (в том числе рак эндометрия), маточное кровотечение, гиперплазия эндометрия, венозная и

артериальная тромбоэмболия, острые заболевания печени, инсульт, порфирия, беременность. Побочные эффекты в виде локального раздражения слизистой влагалища, нагрубания и болезненности молочных желез, как правило, не выражены и не нарушают общее самочувствие пациенток.

Комбинированная эстроген-гестагенная МГТ является “золотым стандартом” лечения симптомов менопаузы, как правило, сопутствующих развитию ГУМС. Эффекты системной МГТ на ГУМС и ассоциированную с ним сексуальную дисфункцию многокомпонентны и связаны с положительным влиянием как на психоэмоциональный фон в виде снижения уровня тревоги и депрессивных состояний, так и на метаболические процессы. Многие исследования показали уменьшение сексуальной дисфункции у женщин в постменопаузе на фоне приема комбинированной МГТ. При развитии умеренной и тяжелой диспареунии в сочетании с вегетососудистыми расстройствами эффективной медикаментозной стратегией является назначение локальной эстрогенотерапии и системной комбинированной МГТ. При выборе МГТ предпочтение следует отдавать наиболее безопасным удобным формам, обладающим множественными терапевтическими эффектами. Интравагинальное введение стероидов в постменопаузе является менее контролируемым в отношении достигаемой концентрации в плазме крови вследствие более низкой биодоступности по сравнению с пероральными формами. Кроме того, отсутствие системных эффектов топических форм МГТ снижает эффективность коррекции метаболических и нейрорегуляторных расстройств, сопутствующих менопаузе. Благоприятные эффекты пероральной МГТ на сексуальную функцию пациенток менопаузального периода обусловлены и действием серотонинергической системы мозга, которая под влиянием 17 β -эстрадиола проявляет анксиолитическую и антидепрессивную активность, способствует снижению уровня личностного стресса и оказывает положительное влияние на психоэмоциональный фон. Назначение комбинированной пероральной МГТ с гестагенами целесообразно для женщин с высоким риском развития рака эндометрия. Однако при выборе препарата системной МГТ необходимо учитывать влияние гестагенного компонента как с точки зрения пролиферативной активности и онкологической безопасности, так и влияния на метаболизм и сексуальную функцию. Препараты гестагенов обладают разной аффинностью по отношению к стероидным рецепторам, с чем могут быть связаны дополнительные нежелательные эффекты. Так, глюкокортикоидная активность прогестерона и медроксипрогестерона

ацетата потенцирует нарушение углеводного обмена, повышение массы тела и развитие артериальной гипертонии. Системная МГТ с гестагенами, обладающими антиандрогенной активностью, в том числе дроспиреноном и диеногестом, усиливает антиандрогенный эффект и часто приводит к снижению сексуального влечения и возбуждения. Единственным гестагеном, связывающимся только с рецепторами прогестерона и не обладающим иными стероидными эффектами, является дидрогестерон. Женщины в ранней постменопаузе, получавшие комбинированную пероральную МГТ, включающую 17b-эстрадиол и дидрогестерон, имели более высокую балльную оценку сексуального желания, удовлетворения, степени lubricации и оргазма по шкале FSFI (female sexual function index – индекс женской сексуальной функции) в сравнении с женщинами, использующими только локальную эстрогенотерапию. Таким образом, с целью профилактики ГУМС и сексуальной дисфункции при назначении МГТ предпочтительнее использовать гестагены с отсутствием антиандрогенного эффекта. Комплексное применение пероральной МГТ и топических эстрогенов оказывает положительное влияние на биоценоз влагалища женщин в постменопаузе, повышая кислотность и эффективно предотвращая патологический рост условно-патогенной микрофлоры, достоверно увеличивая количество влагалищных лактобактерий.

Альтернативными методами лечения ГУМС являются пероральные формы селективных модуляторов эстрогеновых рецепторов, интравагинальное применение тестостерона и дегидроэпиандростерона, локальная плазмотерапия, а также инъекции гиалуроновой кислоты и ботулинического токсина типа А. Однако данные методы лечения не утверждены к применению на территории РФ.

Селективные модуляторы эстрогеновых рецепторов – синтетические нестероидные агенты, которые оказывают агонистическое, антагонистическое или нейтральное воздействие на эстрогеновые рецепторы тканей-мишеней. Помимо агонистического эстрогенного влияния на генитальный тракт селективные модуляторы эстрогеновых рецепторов обладают противоопухолевой антиэстрогенной активностью на ранних стадиях некоторых форм рака молочной железы (*in vitro* и *in vivo*), оказывают минимальное влияние на эндометрий. Препараты этой группы имеют различное влияние на эпителий уrogenитального тракта. Так, например, ралоксифен и тамоксифен не проявляют эстрогенной активности на эпителий влагалища, тогда как ласофоксифен и оспемифен показали агонистический эффект. Оспемифен

(деаминоксигидрокситоремифен) – один из основных метаболитов торемифена, был первым соединением, одобренным и рекомендованным FDA в 2013 г. и Европейским агентством лекарственных средств в 2014 г. для лечения умеренной и тяжелой диспареунии, вызванной ГУМС, в виде пероральной формы в дозе 60 мг в день. Длительное (в течение 1 года) непрерывное применение оспемифена не увеличивает риск рака эндометрия или гиперплазии при непрерывном использовании в течение 1 года. При применении оспемифена купирование симптомов ГУМС наблюдается в течение 4 нед, а положительный эффект сохраняется до 1 года. Оспемифен противопоказан пациенткам с неverifiedированными аномальными маточными кровотечениями, при проведении терапии рака, инсульте и венозных тромбоэмболических осложнениях.

Применение интравагинального **тестостерона** в дозе 150 и 300 мг в режиме монотерапии или совместно с топическим эстрогеном уменьшает диспареунию, повышает увлажненность половых путей и сексуальное удовлетворение по сравнению с плацебо. Однако до настоящего времени отсутствуют убедительные данные о безопасности тестостерона у женщин, а существующие данные клинических испытаний недостаточны для рекомендации использования вагинального тестостерона для купирования ГУМС.

Интравагинальный дигидроэпиандростерон (ДГЭАС) – стероидный гормон, который является промежуточным звеном в биосинтезе андрогенов и эстрогенов. Прастерон (синтетический аналог ДГЭАС) был одобрен FDA и Европейским агентством лекарственных средств в 2016 г. для лечения диспареунии средней и тяжелой степени у женщин в постменопаузе. При интравагинальном применении ДГЭАС превращается не только в эстрогены, но и в андрогены: андростендион, тестостерон и дигидротестостерон. In vitro воздействие дигидротестостерона на влагалищные гладкомышечные клетки связано со снижением экспрессии некоторых провоспалительных генов, иммуномодулирующим и противовоспалительным действием. Положительные терапевтические эффекты у женщин с ГУМС в постменопаузе в виде купирования диспареунии и сухости влагалища, нормализации pH обусловлены ежедневным введением 6,5 мг ДГЭАС. Однако при более редком применении (до 2 раз в неделю и реже) эффективность ДГЭАС не сохраняется. Значимые побочные эффекты при применении интравагинального ДГЭАС отсутствуют. Таким образом, за счет благоприятного профиля безопасности ежедневное топическое применение ДГЭАС является эффективным методом лечения урогенитальной атрофии и

сопутствующих сексуальных симптомов у пациенток в постменопаузе, в том числе при противопоказаниях к эстрогенотерапии. В РФ интравагинальные формы ДГЭАС для лечения ГУМС не зарегистрированы. К новым методикам лечения ГУМС, находящимся в стадии клинических испытаний, следует отнести локальное применение плазмотерапии и гиалуроновой кислоты. В 2018 г. была проведена 2-я фаза пилотного исследования по изучению эффективности аутологичной обогащенной тромбоцитами плазмы крови в сочетании с гиалуроновой кислотой для лечения вульвовагинальной атрофии у 20 женщин в постменопаузе с анамнезом рака молочной железы. У всех участниц наблюдалось уменьшение выраженности сухости влагалища и диспареунии, оцениваемых по шкале VHI (vaginal health index – индекс вагинального здоровья), после 6 мес лечения. Однако эти результаты нуждаются в подтверждении, а применяемая методика в настоящее время не регламентирована и не утверждена FDA как эффективная и безопасная.

Инъекции ботулинического токсина типа А в лобково-прямокишечную и лобково-копчиковую мышцы при диспареунии показали снижение числа болезненных половых актов. Однако в настоящее время методика локального введения ботулинического токсина находится в стадии изучения и его применение не рекомендуется. К сожалению, распространение негативных отзывов о недостаточной эффективности разрешенных и утвержденных методов лечения женской сексуальной дисфункции, популяризация так называемых “новых”, “технологичных”, “биоидентичных” методов коррекции и привлечение общественного внимания к рекламным акциям и “советам” публичных личностей может побудить женщин к применению процедур с недоказанной долгосрочной эффективностью, таких как “вагинальное омоложение”, и отказу от хорошо изученных методов лечения с подтвержденными эффективностью и безопасностью.

Таким образом, наиболее эффективной и безопасной медикаментозной терапией ГУМС является низкодозовая локальная эстрогенотерапия в сочетании с комбинированной пероральной МГТ с дидрогестероном, оказывающей системное метаболическое действие и положительно влияющей на весь комплекс патологических нарушений, сопутствующих менопаузе. В качестве альтернативных подходов терапии ГУМС международными профессиональными медицинскими сообществами рекомендованы интравагинальный прастерон, оспемифен и тканеселективный эстрогенный комплекс.

Выводы

Генитоуринарный менопаузальный синдром — это уникальный набор симптомов и признаков, с которыми сталкиваются более 50% женщин в постменопаузе. Симптомы его хорошо известны, как и их влияние на качество жизни, при этом по-прежнему проблемой остается своевременное обращение женщин за помощью, в первую очередь из-за психологических преград. ГУМС продолжает оставаться в зоне активного изучения и дискуссий о предпочтительности тех или иных способов лечения, новые методики требуют объективного анализа как эффективности, так и безопасности. По всей видимости, будущее за комбинированными способами лечения при учете индивидуальных особенностей пациентки с активным вовлечением ее в лечебный процесс

Литература

1. Мазитова Мадина Ирековна, & Мардиева Резеда Рубертовна (2020). ГЕНИТОУРИНАРНЫЙ МЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ СИНДРОМ: СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ. Гинекология, 22 (6), 16-20.
2. Виноградова О.П., Бирючкова О.А., & Поренко Н.М. (2021). О ЧЕМ МОЛЧАТ ЖЕНЩИНЫ "ЭЛЕГАНТНОГО" ВОЗРАСТА. Врач, 32 (5), 34-39.
3. Зароченцева Нина Викторовна, Джиджихия Лела Константиновна, & Набиева Вусала Назим Кызы (2021). ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИНАМИЧЕСКОГО КВАДРИПОЛЯРНОГО РАДИОЧАСТОТНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОК С УРОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ. Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения, 9 (4 (34)), 87-94.
4. Козлов П.В., Доброхотова Ю.Э., & Ильина И.Ю. (2021). Современные подходы к медикаментозной коррекции генитоуринарного менопаузального синдрома. Лечебное дело, (2), 58-64. doi: 10.24412/2071-5315-2021-12331
5. Тазина Т.В., Князева А.В., & Бебнева Т.В. (2021). СОВРЕМЕННОЕ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ВАГИНАЛЬНОЙ СУХОСТИ. РМЖ. Мать и дитя, 4 (3), 250-253.
6. Гречканев Г. О., Мотовилова Т. М., Клементе Х. М., Никишов Н. Н., Крупинова Д. С., Гагаева Ю. А., Щерина А. В., & Гулян Ж.И. (2020). Патогенез и патогенетическое лечение менопаузального генитоуринарного синдрома (обзор литературы). Медицинский альманах, (3 (64)), 6-14.