

ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания	5
Список сокращений и условных обозначений	8
Предисловие ко второму изданию	10
Глава 1. Анатомия промежности.	14
1.1. Наружные половые органы	15
1.2. Внутренние половые органы.	34
1.3. Костный таз	36
1.4. Кровоснабжение, лимфоотток, иннервация.	38
1.5. Строение кожи	40
Резюме	67
Глава 2. Биоценоз половых органов	68
2.1. Бионеорганические константы вагинальной жидкости в норме и при заболеваниях	75
2.2. Биоценоз влагалища в разные периоды жизни женщины.	77
Глава 3. Пропалс тазовых органов	105
3.1. Определение и актуальность проблемы	105
3.2. Хирургическое лечение	139
Глава 4. Генитоуринарный менопаузальный синдром: от патогенеза к эффективной терапии	144
4.1. Тактика клинициста	150
4.2. Аджьювантные стратегии лечения генитоуринарного менопаузального синдрома	153
Глава 5. Основы нехирургических методов восстановления структур и функций тазового дна (общие положения).	158
5.1. Гиалуроновая кислота и ее эффекты	160
5.2. Плазма крови и ее свойства.	162
5.3. Основы лазерного термоллиза в гинекологии.	192
5.4. Нитевые методы коррекции дефектов вульвовагинальной зоны	202
5.5. Пессарии	207
Глава 6. Воздействие на отдельные структуры и функции.	213
6.1. Инъекционная лабиопластика	216
6.2. Аугментация дермальным наполнителем на основе гиалуроновой кислоты	216
6.3. Регенеративная гинекология. Биомиметики внеклеточного матрикса.	241

Глава 7. Стрессовое недержание мочи	249
7.1. Эпидемиология стрессового недержания мочи	249
7.2. Факторы риска	250
7.3. Патофизиология стрессового недержания мочи	253
7.4. Клиническая картина стрессового недержания мочи	257
7.5. Диагностика	259
7.6. Варианты дифференциальной диагностики	259
7.7. Лечение стрессового недержания мочи	266
Глава 8. Физическая терапия тазового дна	270
8.1. Импульсные токи низкой частоты	270
8.2. Определение физической терапии тазового дна	273
8.3. Заключение	302
8.4. Ключевые принципы физической терапии тазового дна	302
8.5. Приложения	302
Глава 9. Осложнения попыток нехирургического восстановления архитектоники тазового дна	308
9.1. Немедленные и ранние нежелательные явления	309
9.2. Отсроченные нежелательные явления	312
Глава 10. Юридические аспекты и ответственность врача в связи с нехирургическим дизайном промежности	318
Список литературы	327
Предметный указатель	342

ПРЕДИСЛОВИЕ КО ВТОРОМУ ИЗДАНИЮ

Дизайн промежности — термин, предложенный профессором Линдой Кордозо из Лондона более 20 лет назад и нашедший свое применение практически во всех странах мира. В самом слове «дизайн» подразумевается и функциональность, и эстетика. В организме, и в частности в тазовом дне женщины все должно быть и функционально, и эстетично — это доминанта деятельности всех врачей, посвятивших свою работу восстановлению естественных анатомо-физиологических особенностей, соответствующих предназначению тазового дна в целом и промежности в частности.

Двадцать с лишним лет в России работает заключение коллегии Минздрава (2002), в котором четко сказано: *60% женщин после 60 лет нуждаются в коррекции тазового дна*. Это заключение не потеряло своей актуальности по сегодняшний день — мало что изменилось. Удивляться не приходится: несколько миллионов женщин за эту четверть века должны были пролечиться, чаще всего путем хирургического восстановления архитектоники тазового дна. Но этого, к сожалению, не произошло и по причине инертности врачей, и из-за опасений женщин (увы, обоснованных) в неэффективности лечения. И это правда: почти 34% операций и в России, и за рубежом, несмотря на существование более 200 методик этих «пластических» операций (2025), оказываются недостаточно эффективными — пролапсы и недержание мочи рецидивируют. Если до конца XX в. мы связывали это с кетгутом — основным в то время шовным материалом: набухает, разволокняется, нагнаивается, то замена его синтетическими рассасывающимися нитями составляет почти треть возможностей *рецидива несостоятельности тазового дна*. *Не верьте хирургам, декларирующим 100% успешность операций на тазовом дне: большинство разuverившихся в тазовой хирургии пациентов вообще не обращаются к врачам по поводу рецидивов, а о повторных операциях и слышать не хотят!*

Вот тут и начинаются размышления о возможностях хирургического и нехирургического дизайна промежности. Второе издание книги «Нехирургический дизайн» нацелено на оптимальный выбор лечения — *нехирургического или оперативного (?)* — и технологий, которые могли бы восстановить нарушенные функции и анатомические особенности нормального тазового дна. Книга предупреждает: стремление обойтись без операций, отказ от восстановления **фасций** тазового дна порождает рецидивы и неверие в эти технологии.

Необходимо понимание возможного и невозможного с помощью замечательных технологий нехирургического восстановления про-

межности и, наоборот, неотвратимости хирургического компонента с последующей реабилитацией в тех ситуациях, **когда имеют место дефекты фасций.**

Перинеология как наука в XXI в. достигла высот познания вследствие использования новых фундаментальных знаний об анатомии тазового дна, включая ультраструктурные особенности образующих его тканей (отныне не несостоятельность мышц тазового дна, а **несостоятельность тазового дна**: недостаточность отнюдь не мышечная, а фасциально-мышечная)! Известны генетические детерминанты, молекулярно-биологические предикторы ослабления компарментов тазового дна и прогнозирование возможностей их восстановления; более того — предсказание возможностей естественных родов женщин с восстановленной (оперативно или нехирургически) фасцией тазового дна. Продолжается изучение возможностей — эффективности и долговременности — нехирургического восстановления нарушенной архитектоники тазового дна при **сохраненных целых фасциях**¹.

Фасциология уверенно занимает свое место в науке об анатомии женского тела. Во втором издании расширены представления, обогащенные глубокими научными исследованиями XXI в., вызванными увеличенной потребностью сохранения и восстановления целостности и функциональной полноценности тазового дна в силу **увеличения продолжительности жизни** наших современниц и повышения (возможно, не последнего) пенсионного возраста. Не меньшую роль играет эстетический компонент восстановления, а при необходимости — придание новых форм промежности, востребованных пациентками.

Именно этот новый контингент пациентов, реально меняющийся от десятилетия к десятилетию в XXI в., и стал основой востребованности хирургических и нехирургических техник восстановления полноценного тазового дна. Причина понятна: увеличение продолжительности жизни человека, прежде всего женщин, ярко видно на примере России, где женский средний возраст и возраст «дожития» почти на 11 (!) лет превышает таковой в сравнении с мужчинами. Причин тому много, но факт остается фактом.

Это свойственно и миру в целом; рекордные долгожительницы: в Японии — средний возраст 81 год, Германии — 80 лет, Франции — 80 лет, и всюду превышает таковой у мужчин. Возрастают потребности в увеличении активного здорового возраста: в мире нет единой концепции, много нерешенных проблем, прежде всего — **коморбидность**,

¹ Радзинский В.Е., Оразов М.Р., Токтар Л.Р. Перинеология. Эстетическая гинекология 2-е изд. М.: Status Praesens, 2026.

что не может не сказаться на выборе лечебных воздействий. Основной вопрос, как уже было сказано, — выбор принципиального пути: хирургическое лечение или нехирургическое.

В своей работе мы руководствуемся основным принципом — **целость фасций**, о чем подробно написано в разделе «Фасциология». В тех же ситуациях, когда **структура фасций не изменена**, нет атрибутов их несостоятельности, прежде всего нарушения анатомии, вполне возможно прибегать к технологиям **восстановления дизайна нехирургическими методами**, которым и посвящена эта книга. Расширенный объем современных данных, технологий, патентов последних 10 лет предоставляет любому врачу широкие возможности для нехирургического компонента в восстановлении анатомо-функциональной полноценности промежности.

К этим технологиям относятся и наиболее близкий к хирургическим нитевой лифтинг — прекрасный метод при сохраненных фасциях и совершенно непригодный в случаях разрыва, надрыва, несостоятельности фасций, о чем подробно рассказывается в соответствующей главе, и интимная контурная пластика, выполняемая различными филлерами, о которых уже приходится подробно рассказывать в новой отдельной главе. В силу множества средств из различных компонентов и разных технологий изготовления того или иного филлера потребовалось предоставить читателю очень подробную характеристику всех средств, используемых в нехирургическом восстановлении промежности и тазового дна в целом. Особенно это важно в ситуациях, когда женщина по разным причинам отказывается от хирургического восстановления полноценности уретры и мочевого пузыря — то есть почти во всех ситуациях недержания мочи у женщин.

Книга была бы неполноценной без критического анализа средств и технологий менопаузальной гормонотерапии, поскольку всем известна роль эстрогенового дефицита, по мере увеличения которого усиливаются частота и проявления анатомо-физиологических нарушений, не столь значимых под контролем нормального гормонального гомеостаза, в частности недостаточного количества эстрогенов, естественных или дополнительно получаемых женщиной до менопаузального перехода и после него. Сочетание менопаузальной гормонотерапии и технологий нехирургического дизайна промежности, использование различных филлеров, в том числе такого выигрышного средства, как собственная плазма крови женщины, представляют большой интерес в повседневной практической деятельности.

Крайняя необходимость любых эффективных методов воссоздания данных природой опций тазового дна и промежности диктуется про-

гнозом увеличения среднего возраста женщин Российской Федерации к 2036-му году до 80 лет, как и во всем цивилизованном мире.

Авторы желают больших практических успехов всем, кто ознакомится с представленными во втором, расширенном и дополненном издании этой книги технологиями диагностики и лечения, в том числе способами уточнения состояния фасций, что и определит план действий современного гинеколога и/или пластического хирурга.

*Академик РАН
В.Е. Радзинский*

Добрый совет! Каждому, кто занимается или собирается посвятить себя работе с тазовым дном, мы от души советуем начать чтение этой книги с 10-й главы. Только там впервые представлены правовые аспекты указанной деятельности. В настоящее время без этих знаний работать невозможно и опасно.

ГЕНИТОУРИНАРНЫЙ МЕНОПАУЗАЛЬНЫЙ СИНДРОМ: ОТ ПАТОГЕНЕЗА К ЭФФЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ

Генитоуринарный менопаузальный синдром (ГУМС) — комплекс вагинальных и мочевых симптомов, связанных с развитием атрофических и дистрофических процессов в тканях влагалища и вульвы, мышцах ТД, связочном аппарате матки, а также нижних мочевых структурах, таких как уретра и мочевого пузыря. Термин ГУМС впервые был предложен в 2014 г. специалистами Североамериканского общества менопаузы (North American Menopause Society) вместо привычного научному сообществу термина «вульвовагинальная атрофия». Прошло более 10 лет с момента внедрения новой дефиниции, что изменилось?

2025 г.: международный эксперт по менопаузе Розелла Наппи сообщает, что, к большому сожалению, до сих пор сохраняются «белые пятна» в патогенезе и терапии: регистрируется низкая обращаемость пациенток за медицинской помощью, социальная дестигматизация (чувство стыда и стеснения) — большинство «взрослеющих» женщин считают эти симптомы естественным процессом старения. Хотя качество жизни страдающих ГУМС женщин сопоставимо с таковым при столь серьезных заболеваниях, как ревматоидный артрит, хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма и синдром раздраженного кишечника [14].

Между тем необходимо повторить, что демографические прогнозы к 2030 г. обещают «жизнь в паузе» 1,2 млрд женщин. Качество жизни половины из них во многом будет определять наличие симптомов ГУМС, в основе которого лежат процессы инволюции и формирование урогенитальной атрофии. Хотя справедливости ради следует подчеркнуть, что атрофию можно наблюдать и у молодых пациенток, например на фоне длительно существующей гипоестрогенции различного генеза, после оперативных вмешательств на шейке матки, а также при системных заболеваниях соединительной ткани. Однако абсолютное большинство женщин с проявлениями урогенитальной атрофии находятся в постменопаузальном периоде жизни.

ГУМС — конкурирующий с вазомоторными нарушениями по встречаемости синдром по всем характерным для климактерия признакам, и основание для диагноза, подразумевающего **необходимость гормонотерапии**. Китайские коллеги (2025) убедительно показали, что ГУМС у пациенток в пери- и постменопаузе носит исключительно прогрессирующий характер: распространенность умеренно выраженной/тяжелой ВВА увеличивается с 23,9% в раннем переходном периоде до 36,8% в позднем и затем до 56,1% на стадии +1 по шкале STRAW-10 и до 71,4% на стадии +2. При этом 68,7% пациенток сообщили о выраженном снижении либидо, 60,2% — о наличии сухости вульвовагинальной зоны, 59,8% — о недержании мочи и 58,8% женщин отметили существенное снижение качества жизни, в том числе и сексуальной функции [15]. Небезынтересным следует считать тот факт, что, ретроспективно анализируя жизнь во время менопаузального перехода, большинство женщин (почти 2/3) отметили появление отдельных признаков ВВА задолго до «приливов» как «точного времени» наступления климактерия!

Неоднородна и сама структура этих симптомов: сухость влагалища беспокоит до 55% женщин, на жжение и зуд предъявляют жалобы 18%, диспареунию отмечают 41% пациенток, у 6–8% выявляют повышенную восприимчивость к инфекционным заболеваниям органов малого таза. В возрасте 50–79 лет у 41% пациенток наблюдают как минимум одно из вышеуказанных проявлений, а через 4 года после наступления постменопаузы — более чем у 60%. На первый взгляд, эти симптомы не представляют **собой существенной угрозы: «от клинических проявлений ГУМС не умирают»**. Однако не следует забывать, что речь идет о женщинах, которые остаются активными и деятельными, несмотря на возраст, подобные симптомы крайне негативно влияют на здоровье и самочувствие, а также значимо снижают рабочую продуктивность.

Несмотря на то что вагинальная атрофия — одно из наиболее частых патологических состояний в постменопаузе и подавляющее большинство женщин в возрасте от 55 до 65 лет считают отрицательными ее влияния на жизнь, только каждая третья знает о том, что эти симптомы обратимы (!). Кроме того, лишь 25% женщин, а по некоторым данным (2024) — и того меньше, 8,7%, целенаправленно получают медицинскую помощь [16].

Безусловно, частота встречаемости, выраженность атрофических изменений и тяжесть течения заболевания зависят от длительности постменопаузального периода. Через 7–10 лет после прекращения менструаций атрофические изменения наблюдают почти у половины женщин, с течением времени их частота возрастает до 73–75%.

В репродуктивном возрасте **урогенитальные расстройства** могут быть вызваны любыми причинами, лежащими в основе **гипоэстрогении**. Это могут быть:

- первичная/вторичная овариальная недостаточность;
- идиопатическая недостаточность яичников первичная;
- прием некоторых лекарственных средств с антиэстрогенным эффектом (тамоксифен, даназол, агонисты гонадотропинов);
- послеродовой период и лактационная аменорея;
- гипогонадотропная аменорея;
- тяжелая системная красная волчанка или ревматоидный артрит;
- синдром Шегрена. Для этого заболевания характерны аутоиммунные процессы в эпителии, которые обуславливают диспареунию и сухость во влагалище даже при сохраненной функции яичников;
- аллергия на контрацептивы или средства для интимной гигиены с высоким щелочным значением pH.

С началом 2025 г. легитимен еще один термин — **«генитоуринарный лактационный синдром»**, отражающий аналогичные изменения в эпителиальном, соединительнотканном, мышечном компартменте тканей уrogenитальной зоны, возникающий на фоне гиперпролактинемии и вторичной гипоэстрогемии у лактирующих женщин [17]. В таких случаях проявления уrogenитальных расстройств часто не замечают ни пациентка, ни гинеколог, вплоть до возникновения цистита и (или) уретрита. Следует отметить, что локальные эстрогены после родов противопоказаны, для устранения неприятных симптомов используют лубриканты.

В основе патогенеза генитоуринарного синдрома и уrogenитальной атрофии лежит постепенное угасание функции яичников и обусловленный этим эстрогенный дефицит. Ткани уrogenитального тракта к нему особенно чувствительны. Дистрофическим изменениям на фоне гипоэстрогении подвержены практически все соединительнотканнные и мышечные структуры влагалища, с максимальной выраженностью в слизистой оболочке. Подобная чувствительность объяснима тем, что дефицит эстрогенов блокирует митотическую активность базального и парабазального слоев эпителия влагалищной стенки, в результате чего угнетаются клеточная пролиферация и образование гликогена. Логичным продолжением патологической цепочки становится «голодание» основного компонента влагалищного биотопа и почти полная его элиминация.

Рецепторы к эстрогенам обнаруживают не только в эпителии и строме вагинальной стенки, но и в эндотелии сосудов — это объясняет снижение кровообращения, вплоть до возникновения ишемии тканей. Не менее важно, что рецепторы к эстрогенам есть и на вегетативных и сенсорных нейронах во влагалище и вульве, что создает предпосылки

к развитию таких симптомов, как жжение, зуд, спонтанная или спровоцированная боль, диспареуния. На это указывают результаты исследований, показавших уменьшение плотности сенсорных ноцицепторных нейронов под влиянием гормональной терапии, что снижает выраженность симптомов вагинального дискомфорта.

Что касается классификации описываемых расстройств, то Международная классификация болезней 10-го пересмотра предоставляет в распоряжение клиницистов следующие рубрики.

- N95.0 Нарушения менопаузы и другие нарушения в околоменопаузном периоде.
- N95.1 Менопаузальное и климактерическое состояние у женщин.
- N95.2 Старческий постменопаузальный вагинит.
- N95.3 Состояния, связанные с искусственной менопаузой.

Следует обратить внимание на код **N95.3 Состояния, связанные с искусственной менопаузой**: и у подростков, и у молодых женщин такой диагноз может иметь место, его следует правильно шифровать и адекватно лечить.

Поскольку диагноз урогенитальных расстройств прежде всего **клинический**, он должен быть основан на данных осмотра и адекватной интерпретации симптомов, что невозможно без активного расспроса пациенток на каждом визите (**табл. 4.1**). Вопросы клинициста должны затрагивать и такие интимные нюансы, как сексуальные отношения с партнером и возможные трудности при них, влагиалищный дискомфорт и степень его влияния на ежедневную активность. С целью ранней верификации симптомов болезни эксперты Американского урогинекологического общества по ведению пациенток с ГУМС разработали специально адаптированный опросник, состоящий из 10 вопросов, позволяющих снизить социальную стигматизацию и значимо повысить результативность диагностики [18].

ГУМС. Опросник [AUGS, 2025; самозаполнение и подсчет в баллах (0–10)]

- Ощущаете ли вы неприятные ощущения в вульвовагинальной области?
- Отмечаете ли вы у себя сухость в области вульвы и влагиалища?
- Испытывали ли вы болезненность, жжение или раздражение влагиалища?
- Есть ли у вас зуд во влагиалище или в области вульвы?
- Половой акт болезненный или дискомфортный?
- Замечали ли вы какие-либо изменения характера влагиалищных выделений?
- Замечали ли вы какие-либо нехарактерные выделения (кровь, моча) во время и после полового акта?

- Замечали ли вы увеличение частоты мочеиспускания или снижение способности удерживать его?
- Испытываете ли вы дискомфорт при мочеиспускании?
- Заметили ли вы какие-либо изменения в сексуальной жизни?

Согласно отечественным (2024) и международным руководствам (2025), всем пациенткам в пери- и постменопаузе рекомендована оценка клиничко-анамнестических данных с учетом медицинского, сексуального и психосоциального анамнеза с последующим визуальным осмотром наружных половых органов и бимануальным влагалищным исследованием.

Таблица 4.1

Объективизирующие критерии генитоуринарного менопаузального синдрома

Вульвовагинальные нарушения	Урологические нарушения	Сексуальные нарушения
Симптомы		
Сухость	Поллакиурия	Снижение либидо
Зуд	Стрессовое/ургентное недержание мочи	Недостаточная лубрикация
Жжение	Рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей	Диспареуния
Раздражение	Никтурия	Дизоргазмия
Объективные данные		
Бледность слизистой оболочки влагалища	Стеноз и атрофия уретры	
Атрофия половых губ	Втяжение наружного отверстия уретры	
Сращение малых половых губ	Полип уретры	
Атрофия слизистой оболочки влагалища		
Петехиальные высыпания на слизистой оболочке влагалища		
Снижение вагинального трансудата		
Стеноз и укорочение влагалища		

Классические признаки вагинальной атрофии:

- pH 4,7 и более;
- отсутствие типичных клинических проявлений инфекционно-воспалительных заболеваний;
- слизистая влагалища истончена, легко травмируется при осмотре (женщинам с атрофическими изменениями необходим осторожный

и щадящий осмотр, так как даже поверхностный, легкий контакт может вызвать боль и кровянистые выделения);

- бледно-розовый, сухой, гладкий, без складок вагинальный эпителий;
- при инфицировании — локальные участки эритемы, петехии, просвечивающие кровеносные сосуды, вагинальные выделения.

Степень выраженности атрофических процессов во влагалище можно оценить с помощью индекса вагинального здоровья (табл. 4.2).

Таблица 4.2

Индекс вагинального здоровья

Балл	Значение индекса	Эластичность	Транссу-дат	pH	Целостность эпителия	Влажность
1	Высшая степень атрофии	Отсутствует	Отсутствует	Более 6,1	Петехии, кровоточивость	Выраженная сухость, поверхность воспалена
2	Выраженная атрофия	Слабая	Скудный, поверхностный, желтый	5,6–6	Кровоточивость при контакте	Выраженная сухость, поверхность не воспалена
3	Умеренная атрофия	Средняя	Поверхностный, белый	5,1–5,5	Кровоточивость при соскабливании	Минимальная
4	Незначительная атрофия	Хорошая	Умеренный, белый	4,7–5	Не рыхлый, тонкий эпителий	Умеренная
5	Норма	Отличная	Достаточный, белый	Менее 4,6	Нормальный эпителий	Нормальная

При микроскопическом исследовании отделяемого влагалища выявляют характерные признаки атрофических изменений:

- уменьшение или отсутствие поверхностных эпителиальных клеток;
- наличие парабазальных клеток эпителия (с характерным большим ядром);
- отсутствие лейкоцитов (исключая присоединение инфекции);
- разнообразные грамотрицательные микроорганизмы и грамположительные кокки, отсутствие лактобацилл.

4.1. ТАКТИКА КЛИНИЦИСТА

Более 35 лет в профессиональной среде не утихают дискуссии о том, как именно лечить пациенток при выявлении у них симптомов урогенитальных расстройств — системно или локально, длительно или нет, только эстрогенами или в комплексе с альтернативными методами. Почему бы просто не использовать местное увлажнение различными лубрикантами, благо ассортимент их велик?

Особенно дискутабельны моменты, связанные с коррекцией мочевой инконтиненции на фоне выраженной атрофии тканей урогенитальной зоны. Разнообразии терапевтических методов лечения урогенитальных расстройств требует от врача использования дифференцированного и индивидуального подхода при выборе лечения. Большинство специалистов согласны с тем, что эстрогены эндогенной природы, а также вводимые извне способствуют:

- улучшению кровоснабжения влагалищной стенки;
- восстановлению трансудативной функции слизистых оболочек урогенитального тракта;
- сохранению оптимального количества коллагена, обеспечивающего достаточную толщину и эластичность эпителия;
- стимуляции секреции иммуноглобулинов и в целом локального иммунитета, противодействующего развитию рецидивирующей инфекции.

В России для вагинального использования зарегистрирован **эстриол**.

Однако наличие в арсенале клинициста даже официально зарегистрированных лекарственных средств, способных купировать урогенитальные расстройства, само по себе не решает проблему. Представленные выше данные убедительно показывают необходимость диагностики ВВА до «приливов». Необходимо, чтобы акушеры-гинекологи, исповедуя отечественные принципы профилактической медицины (prevent age) и применяя современные технологии прогнозирования, активно выявляли риск-факторы и первые признаки гипоэстрогении, наличие специфических жалоб, создавая в кабинете профессиональную и вместе с тем доброжелательную атмосферу, в которой женщина сможет рассказать о самых интимных проблемах, таких как диспареуния, произвольное мочеиспускание, сухость и боль во влагалище.

В настоящее время доказано, что **локальное лечение эстрогенами эффективнее**, чем системная гормональная терапия. Это подтверждено последними рекомендациями (2024) Международного сообщества по менопаузе [19].

Ключевые положения:

- локальная (вагинальная) терапия эстриолом предпочтительна для женщин с жалобами на сухость влагалища, диспареунию или дискомфорт при половой жизни;
- лечение ГУМС рассматривается как долговременная терапия; ограничений для перерывов и возобновления приема препаратов на основе эстриола нет;
- эстриол интравагинально не имеет возрастных ограничений и может быть назначен женщинам старше 60 лет;
- в зависимости от тяжести симптомов гормональные препараты могут использоваться совместно с лубрикантами;
- не требуется дополнительного использования прогестагенов на фоне локального использования эстриола;
- локальная гормональная терапия эстрогенами эффективна для профилактики рецидивирующих инфекций мочевыводящих путей, возникающих в постменопаузе на фоне атрофических изменений уrogenитального тракта;
- доказана высокая эффективность локальных эстрогенов в купировании симптомов гиперактивного мочевого пузыря.

Локальные формы эстрогенов оказывают терапевтическое действие следующими механизмами воздействия:

- пролиферацией вагинального и уретрального эпителия;
- увеличением количества лактобацилл и гликогена — «закисление» влагалищной среды;
- улучшением кровоснабжения и трофики нижних отделов уrogenитального тракта, в том числе эпителия и мышечных элементов;
- повышением секреции уретральной слизи, а также стимуляцией выработки иммуноглобулинов парауретральными железами — биологическим защитным барьером на пути восходящей инфекции.

Молекула эстриола в 100 раз менее активна по сравнению с молекулой эстрадиола, ввиду этого у женщин в постменопаузе при соблюдении терапевтической дозировки **эстриол не вызывает менструальноподобную реакцию** и необходимости в добавлении гестагенов нет.

- Местная терапия эстрогенами минимизирует степень системной абсорбции и, хотя продолжительный период вагинального введения препарата может повышать уровни эстрогенов в плазме крови, наблюдаемые уровни не выше нормального диапазона (20 пг/мл и менее) для женщин в постменопаузе.

В России зарегистрированы препараты **эстриола с различными дозировками (от 0,5 до 0,03 мг как в виде монотерапии, так и в сочетании**

с лактобактериями), при этом, согласно имеющимся данным, использование ультранизких доз эстриола по эффективности не уступает использованию низких доз.

Доказательная база эффективности и безопасности использования ультранизких доз эстриола (0,03 мг) в сочетании с лиофилизированной культурой лактобактерий (Гинофлор® Э):

- купирование признаков атрофии и воспаления, повышение лубрикации;
- значимое снижение частоты рецидивирующих инфекций мочевых путей;
- повышение результативности лечения недержания мочи;
- улучшение вагинального микробиоценоза;
- повышение индекса созревания эпителия влагалища (ИСЭВ) ($p < 0,001$);
- снижение pH ($p < 0,001$);
- снижение количества парабазальных клеток ($p < 0,01$);
- значимое улучшение качества сексуальной функции;
- значимое повышение качества жизни [35–38].

Препараты эстриола в виде вагинальных суппозиториях рекомендуют вводить по следующей схеме: в течение первых 2–3 нед по 1 свече на ночь ежедневно (интенсивный режим — до купирования симптомов), затем кратность введения постепенно снижают до 2 раз в неделю (поддерживающий режим). После достижения стойкого клинического эффекта женщине назначают поддерживающую терапию с использованием препарата 1 раз в неделю длительно. Эстриол включен в отечественные клинические рекомендации «Менопауза и климактерическое состояние у женщины» для терапии урогенитальной атрофии, ГУМС, его можно рекомендовать пациенткам как с лечебной (для терапии атрофического вульвовагинита и других проявлений урогенитальной инволюции), так и с профилактической целью.

Эстриол локально действенно купирует симптомы рецидивирующих инфекций мочевого тракта (уровень доказательности А), тогда как системные не оказывают должного целенаправленного эффекта (уровень доказательности D).

Системная терапия показана, если урогенитальная атрофия сочетается с другими проявлениями климактерия, а также для профилактики и лечения позднеременных проявлений синдрома и его осложнений.

Однако, несмотря на эти доказанные преимущества, **гормонофобия — все еще печальная реальность наших дней**. Причем не только женщины добровольно отказываются от МГТ, но и врачи с утрированной осторожностью рекомендуют своим пациенткам гормональные

средства. Предрассудки и необоснованный страх перед пресловутыми «вредными гормонами» значительно ограничивают возможность адекватного лечения климактерических расстройств. Самое главное правило в борьбе с нарушениями в менопаузе и перименопаузальном периоде — своевременность назначения терапии. И это в одинаковой степени относится и к средствам МГТ, и к альтернативным препаратам. Кроме того, существуют и реальные противопоказания к приему МГТ, и ряду женщин гормональные средства, особенно системного и локального действия, противопоказаны, прежде всего в связи с повышенным риском тромбозомболических осложнений и рака молочной железы.

Для таких пациенток может быть оправдано назначение альтернативных терапевтических средств, среди которых наиболее перспективны основанные на доказательствах сведения о лубрикантах/увлажнителях пролонгированного действия. В отечественных клинических рекомендациях с высоким уровнем доказательности (B-2) также постулируется, что использование негормональных лубрикантов, регулярное использование увлажнителей пролонгированного действия, а также тренировка структур ТД повышают результативность терапии ГУМС.

Безусловно, мировой рынок лубрикантов представлен множеством средств на различной основе (водной, масляной, силиконовой), однако большинство из них не обладает дополнительными терапевтическими преимуществами в отношении лечения ГУМС.

Недавно в РФ был зарегистрирован созданный и хорошо себя зарекомендовавший за рубежом лубрикант на основе 7 биологически активных компонентов (экстракты кориолуса пестрого, алоэ вера, центеллы азиатской, нима, пребиотик BioEcolia[®], ГК и β-глюкан) с полипотентным действием (Папилокаре[®]). Использование лубриканта в течение 12 дней способствовало купированию выраженности симптомов ГУМС, нормализации вагинального микробиома со значимым повышением колонизации ацидофильными лактобактериями, а также снижению уровня pH влагалища и улучшению индекса вагинального здоровья [34].

4.2. АДЬЮВАНТНЫЕ СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ ГЕНИТОУРИНАРНОГО МЕНОПАУЗАЛЬНОГО СИНДРОМА

Согласно действующим отечественным рекомендациям (проект РОАГ-2024), всем пациенткам с ГУМС (особенно при наличии дисфункций структур ТД) может быть рекомендована тренировка ТД [24].

Недавний метаанализ Т.Т.В. Nguyen и соавт. (2024) ($n=268$) показал, что тренировка ТД (упражнения Кегеля) в рамках комплексной терапии ГУМС способствует наиболее значимому снижению выраженности урологических клинических проявлений [ОШ — 0,95; 95% доверительный интервал (ДИ) $-1,35...-0,54$] [20].

Однако это не является панацеей и не может быть рекомендовано в качестве универсального метода лечения. Прежде всего это связано с тем, что у пациенток на фоне ГУМС могут отмечаться различные фенотипы кинетической дисфункции мышц ТД (гипо-/гипер- или смешанной) или же НТД. И если в случае гипокинеза мышечного компартмента упражнения Кегеля окажут позитивный эффект, то у пациенток с гиперкинетической и смешанной дисфункцией мышц ТД или с НТД они могут привести к усугублению ситуации и к прогрессированию миофасциальных дефектов соответственно.

Напомним: при наличии верифицированного миофасциального дефекта ТД требуется безотлагательная хирургическая коррекция!

В этой связи особую актуальность приобретают методики «селективной» тренировки ТД с использованием инструментальных/аппаратных технологий — БОС-терапия и технология электромагнитной стимуляции мышц ТД (TOP FMS, Dr. Arnold, ДЕКА). Установлено, что использование данных технологий является эффективным вариантом коррекции дисфункции ТД и способствует улучшению ряда симптомов, в том числе урологических, колопроктологических и даже симптомов генитального пролапса (**NB: при целых фасциях!**) [21, 22].

Таким образом, различные варианты тренировок ТД являются важными адьювантными стратегиями комплексной терапии (в комбинации с локальным гормональным лечением!) пациенток с ГУМС в сочетании с различными фенотипами кинетической дисфункции ТД.

Вместе с тем впервые в недавно вышедшем **международном руководстве по лечению ГУМС (2025)** отмечена особая рекомендация по использованию лазерной ремоделирующей терапии, в том числе с использованием фракционного CO_2 -лазера (умеренная рекомендация, уровень достоверности доказательств — C). Эксперты международных рекомендаций утверждают, что использование данного варианта терапии ГУМС актуально для пациенток, имеющих противопоказания к локальной гормональной терапии, или женщин с гормонофобией [18]. В арсенале отечественных клиницистов имеется легитимная технология с использованием CO_2 -фракционного лазера (MonaLisa Touch®, ДЕКА) с рядом доказанных патогенетически обоснованных эффектов. Например, недавним метаанализом (2025) было

устаноўлена, што выкарыстанне лазернай рэмадэлюючай тэрапіі спосабуе [23]:

- удасканаленню індэкса вагінальнага здароўя;
- зніжэнню інтэнсіўнасці клінічных праяўленняў ВВА;
- павышэнню якасця сексуальнай жыцця.

В заключеніе следует отметить, что своевременная диагностика ГУМС проблематична, поскольку до 70% женщин в силу разных обстоятельств не предъявляют жалоб по причинам, рассмотренным выше. Клиницисты должны проявлять инициативу, чтобы помочь своим пациенткам сообщить о симптомах, связанных с ГУМС: проще всего — предложив им заполнить опросник. Лечение следует начинать рано, прежде чем произошли необратимые атрофические изменения, для сохранения полученных результатов оно должно быть длительным, при желании пациентки — пожизненным.

Активное выявление жалоб и анамнеза (факторы риска!), осмотр, рН содержимого влагалища, вагинальный индекс созревания — достаточные для ранней диагностики действия врача.

Местное использование негормональных лубрикантов оправдано при невыраженных проявлениях урогенитальных расстройств, однако если при основных жалобах на вагинальную сухость или диспареунию симптоматическая терапия не помогла, необходимо рекомендовать **лечение локальными эстрогенами**, предпочтительно в ультранизкой дозе. Если ГУМС служит единственным симптомом, следует отдавать предпочтение местному использованию эстрогенов и подобрать адекватное лечение в тех случаях, когда вагинальный дискомфорт является клинически значимым. **Не следует забывать и об индивидуальных предпочтениях пациентки.**

Среди эффективных аппаратных методик, широко применяемых при ГУМС, хорошо зарекомендовало себя радиочастотное устройство нового поколения EVA (Novavision Group SpA, Италия), работа которого основана на уникальной запатентованной радиоволновой технологии динамической квадрупольной радиочастоты (ДКРЧ).

В основе метода лежит неаблятивное радиоволновое воздействие с рабочей частотой 1–1,3 МГц на ткани вульвы и влагалища посредством четырех электродов, которые обмениваются радиоволнами в динамическом режиме, фокусируя энергию на заданной глубине от 3,5 до 15 мм, определяемой целями терапии и выбранной

программой. Наличие в приборе внутренней и наружной насадок позволяют применять ДКРЧ-терапию для широкого спектра урогенитальной патологии и эстетической коррекции вульвы.

Эффект основан на биостимуляции тканей благодаря контролируемому температурному прогреву до 40–42 °С, улучшению микроциркуляции и трофики всех вовлеченных структур. Активация фибробластов способствует неоколлагенезу и неоэластогенезу, и, как результат, ремоделированию соединительной ткани тазового дна, дермы, восстановлению эластичности и упругости влагиалищной стенки. Компактизация коллагеновых структур обеспечивает ощутимый лифтинг обрабатываемой зоны [1, 2].

Встроенная опция ультраимпульсной радиопорации позволяет доставлять лекарственные и биологически активные вещества, такие как эстриол, гиалурионовая кислота, депигментирующие средства таргетно в ткани, усиливая эффективность проводимой терапии и эстетические эффекты.

Безболезненное неинвазивное воздействие, компактный курс от 4 до 6 процедур через 14–16 дней и быстрый результат определяют высокую комплаентность к терапии.

Сегодня ЕВА активно применяется не только в лечении вульвовагинальной атрофии и стрессового недержания мочи легкой и средней степени, но и для послеродового восстановления, в терапии пролапсов, сексуальной дисфункции, предоперационной подготовке и послеоперационном восстановлении, комплексной терапии хронически рецидивирующих циститов и вульвовагинитов, склероатрофического лихена вульвы [3–6].

1. Казакова С.Н., Аполихина И.А., Тетерина Т.А., Паузина О.А. Современный подход к терапии синдрома релаксированного влагиалища // Медицинский оппонент. 2020. Т. 2, № 10. С. 58–64.
2. Юминова А.В., Михельсон А.А., Семенов Ю.А. и др. Роль предоперационной подготовки слизистой оболочки влагиалища у женщин репродуктивного возраста с пролапсом тазовых органов // Фарматека. 2024 Т. 31, № 3. DOI: 10.18565/pharmateca.2024.3.00-00
3. Доброхотова Ю.Э., Комагоров В.И., Ильина И.Ю. и др. Оценка эффективности применения динамической квадрупольной радиочастотной терапии с помощью современных методов ультразвукового исследования. РМЖ // Мать и дитя. 2021. Т. 4. № 4. С. 311–316. DOI: 10.32364/2618-8430-2021-4-4-311-316.

4. Vicariotto F., Seta F. D.E., Faoro V., Raichi M. Dynamic quadripolar radiofrequency treatment of vaginal laxity/menopausal vulvo-vaginal atrophy: 12-month efficacy and safety // *Minerva Ginecol.* 2017. Vol. 69, N 4. P. 342–349.
5. Казакова С.Н., Аполихина И.А., Тетерина Т.А., Макарова Л.Н. Клиническая эффективность применения динамической квадриполярной радиочастотной терапии у женщин с вульвовагинальной атрофией в постменопаузе // *Фарматека.* 2023. Т. 30, № 4–5). С. 43–54. DOI: 10.18565/pharmateca.2023.4-5.43-54
6. Балашова Х.Б., Аполихина И.А., Тетерина Т.А., Саидова А.С., Макарова Л.Н. Отдаленные результаты терапии динамической квадриполярной радиочастотой у пациенток со склеротическим лихеном вульвы // *Доктор.Ру.* 2026. Т. 25, № 1. С. 38–46. DOI: 10.31550/1727-2378-2026-25-1-38-46

На правах рекламы