

# Современные подходы к терапии урогенитальных расстройств у женщин в перименопаузе

Л.В. Потапова, И.Н. Щербина

Харьковский национальный медицинский университет

Развитие урогенитальных нарушений в перименопаузе характеризуется манифестацией атрофических и дистрофических процессов в структурах мочеполового тракта.

**Цель исследования:** повышение эффективности лечения женщин с урогенитальными нарушениями в перименопаузе путем изучения влияния локального применения жидких вагинальных свечей Вагинал-пантен (ООО «Красота и здоровье»).

**Материалы и методы.** Нами обследовано 176 женщин с урогенитальными расстройствами в перименопаузальный период, средний возраст которых составил  $52,2 \pm 4,8$  года. В 1-й группе 86 (48,8%) пациенток получали традиционное лечение. Во 2-ю группу включены 90 (51,1%) пациенток, которым с целью устранения симптомов бактериального вагиноза и в связи с индивидуальной непереносимостью местных ЗГТ интравагинально для восстановления микрофлоры назначали жидкие свечи Вагинал-пантен. В контрольную группу вошли 52 женщины с физиологическим течением перименопаузального периода.

**Результаты.** В результате лечения уменьшились сухость влагалища и зуд – в 87,7% случаев, исчезло жжение – в 74,4% наблюдений, нормализовался клинический анализ мочи, наблюдалось достоверное уменьшение никтурии – в 3 раза и поллакиурии – в 2,5 раза, положительного кашлевого теста – в 2 раза ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Вагинальные свечи Вагинал-пантен можно успешно использовать в лечении урогенитальных нарушений в перименопаузе, особенно у женщин, имеющих противопоказания к применению синтетических эстрогенсодержащих препаратов.

**Ключевые слова:** урогенитальные нарушения, перименопаузальный период, лечение, вагинальные свечи Вагинал-пантен.

## Modern approaches to the treatment of urogenital disorders in perimenopausal women

L.V. Potapova, I.N. Shcherbina

The development of urogenital disorders in perimenopause is characterized by the manifestation of atrophic and dystrophic processes in the structures of the genitourinary tract.

**The objective:** improving the effectiveness of treatment of women with urogenital disorders in perimenopause by studying the effect of local application of liquid vaginal suppositories Vaginal-Panten.

**Materials and methods.** We examined 176 women with urogenital disorders in perimenopausal period, whose average age was  $52.2 \pm 4.8$  years. In group I – 86 (48.8%) patients received traditional treatment. Group II included 90 (51.1%) patients who, in order to eliminate the symptoms of bacterial vaginosis due to individual intolerance to local HRT, were prescribed Vaginal-Panten liquid suppositories intravaginally to restore the vaginal microbiota. The control group included 52 women with the physiological course of the perimenopausal period.

**Results.** As a result of the treatment, there was a decrease in vaginal dryness and itching in 87.7% of cases, no vaginal burning sensation in 74.4% of cases, normalization of the clinical analysis of urine samples, a significant decrease in nocturia by 3 times, a positive cough test by 2 times and pollakiuria by 2.5 times ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion.** Vaginal suppositories “Vaginal-Panten” can be successfully used in the treatment of urogenital disorders in perimenopause, which is especially important for women with contraindications to the use of synthetic estrogen-containing drugs.

**Keywords:** urogenital disorders, perimenopausal period, treatment, Vaginal suppositories “Vaginal-Panten”.

## Сучасні підходи до терапії урогенітальних розладів у жінок у перименопаузі

Л.В. Потапова, І.М. Щербина

Розвиток урогенітальних порушень у перименопаузі характеризується манифестацією атрофічних і дистрофічних процесів у структурах сечостатевого тракту.

**Мета дослідження:** підвищення ефективності лікування жінок з урогенітальними порушеннями у перименопаузі шляхом вивчення впливу локального застосування рідких вагінальних свічок Вагінал-пантен (ТОВ «Красота та здоров'я»).

**Матеріали та методи.** Нами обстежено 176 жінок з урогенітальними розладами у перименопаузальний період, середній вік яких становив  $52,2 \pm 4,8$  року. У 1-й групі 86 (48,8%) пацієнок отримували традиційне лікування. До 2-ї групи включено 90 (51,1%) пацієнок, яким з метою усунення симптомів бактеріального вагінозу та у зв'язку з індивідуальною непереносимістю місцевих ЗГТ вагінально для відновлення мікрофлори призначали рідкі свічки Вагінал-пантен. До контрольної групи увійшли 52 жінки з фізіологічним перебігом перименопаузального періоду.

**Результати.** У результаті лікування зменшилися сухість піхви і свербіж – у 87,7% випадків, зникло печіння – у 74,4% спостережень, нормалізувався клінічний аналіз сечі, спостерігалось достовірне зменшення ніктурії – у 3 рази і полакіурії – у 2,5 рази, позитивного кашлевого тесту – у 2 рази ( $p < 0,05$ ).

**Заключення.** Вагінальні свічки Вагінал-пантен можна успішно використовувати у лікуванні урогенітальних порушень у перименопаузі, особливо у жінок, які мають протипоказання до застосування синтетичних естрогеновмісних препаратів.

**Ключові слова:** урогенітальні порушення, перименопаузальний період, лікування, вагінальні свічки Вагінал-пантен.

В зв'язку з увеличением продолжительности жизни населения сегодня весьма актуальной проблемой являются диагностика, профилактика и терапия многочисленных функциональных расстройств у женщин, находящихся в перименопаузальном возрасте [1, 22]. Именно в перименопаузальный период на фоне возрастных изменений доминируют клинические проявления эстрогендефицитного состояния и связанные с ним метаболические и трофические нарушения,

обусловленные возрастным снижением, а затем и прекращением функции яичников [12, 25, 26].

В отличие от вазомоторных симптомов, симптомы вульвовагинальной атрофии, как правило, возникают в перименопаузе и прогрессируют в постменопаузальный период, приводя к функциональным и анатомическим нарушениям [2, 9, 25]. Онтофилогенетическая связь органов мочевой и половой систем, а также наличие рецепторов к половым

стероидам во всех структурах урогенитального тракта, как правило, отражается на состоянии мочевыделительной системы [15, 14, 21]. Особенно часто это проявляется в период менопаузы, когда снижение уровня эстрогенов приводит к атрофии эпителия мочевых путей, снижает их резистентность к микрофлоре, способствует потере эластичности тканей [3, 7]. Другой причиной появления симптомов дисфункции мочевыделительной системы в перименопаузе является нарушение микробиоценоза влагалища с развитием дисбактериоза [8, 19, 25].

Урогенитальные нарушения в перименопаузе представляют собой комплекс вагинальных и мочевых симптомов, развитие которых является манифестацией атрофических и дистрофических процессов в структурах мочевого пузыря, мочеиспускательном канале, влагалище, связочном аппарате матки и мышцах тазового дна [6, 11, 17, 23]. Их диагностируют у 40% женщин в менопаузе и у 80% через 4–5 лет после наступления менопаузы [2, 5, 10]. По данным литературы, в перименопаузальный период у каждой второй женщины наблюдаются симптомы неблагополучия со стороны урогенитального тракта в форме расстройств мочеиспускания, недержания мочи, диспареунии, сухости и зуда во влагалище [12, 16, 17]. У 15% женщин в менопаузе и 40–57% женщин в постменопаузе отмечают симптомы вагинальной атрофии, такие, как сухость влагалища – 27–55%, жжение и зуд – 18%, диспареуния – 33–41%, а также повышенную восприимчивость к инфекционным заболеваниям органов малого таза – 6–8%. Это значительно ухудшает состояние здоровья, негативно влияет на общее и сексуальное качество жизни [4, 20]. У 41% женщин в возрасте 50–79 лет есть хотя бы один из симптомов вагинальной атрофии [13].

Атрофические изменения эпителия влагалища и мочеиспускательного канала приводят к повышению частоты циститов, недержанию мочи, учащению мочеиспускания [18]. Снижение тонуса мочеиспускательного канала, расширение его наружного отверстия приводят к формированию уретрального гребня, дизурии, болезненности мочеиспускания, а иногда и к гематурии [24, 29].

HampeI и соавторы, изучив данные 21 эпидемиологического исследования, проведенных в разных странах мира, сообщили, что в группе женщин в возрасте от 30 до 60 лет распространенность недержания мочи составила 21,5%, а в группе женщин старше 60 лет – 44%.

Возрастные изменения женской репродуктивной системы требуют поиска как системных, так и локальных методов терапии инволютивных дистрофических изменений. Основным принципом лечения урогенитальных нарушений является восстановление трофики слизистых оболочек в сочетании с антисептической терапией.

**Цель исследования:** повышение эффективности лечения женщин с урогенитальными нарушениями в перименопаузе путем изучения влияния локального применения жидких вагинальных свечей Вагинал-пантен (Энжи).

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было обследовано 176 женщин с урогенитальными нарушениями в перименопаузальный период. Средний возраст пациенток составил 52,2±4,8 года.

В контрольную группу вошли 52 женщины с физиологическим течением перименопаузального периода.

Критериями включения в исследование являлись наличие у пациенток старше 45 лет заболеваний и симптомов, отражающих эстрогендефицитные состояния в перименопаузальный период: климактерический синдром и атрофический вульвовагинит (сенильный кольпит – по МКБ-10).

Критериями исключения являлись органическая патология внутренних половых органов (миома матки, эндоме-

триоз, гиперплазия эндометрия, опухолевидные образования яичников, операции на грудной железе в анамнезе), наличие специфической инфекции, передающейся половым путем.

Все 176 пациенток были разделены на две группы.

В 1-й группе, в которую вошли 86 (48,8%) женщин, пациентки получали традиционное лечение, включающее лечебную физкультуру, направленную на укрепление мышц тазового дна, в сочетании с диодинамофорезом, прозергином ежедневно №20. При нарушении микробиоценоза влагалища проводили санирующую терапию в течение 10 – 14 дней. При наличии пиелостита, уретрита назначали препараты группы уросептиков (нитроксалин и др.). При недержании мочи применяли толтеродин в дозе 2 мг 2 раза в сутки в течение 12 нед. Из ЗГТ предпочтение отдавали местной терапии эстриолом – по 0,5 мг в течение 2–3 нед.

Во 2-ю группу вошли 90 (51,1%) пациенток, также получавших традиционное лечение, которым с целью устранения симптомов бактериального вагиноза и в связи с индивидуальной непереносимостью местных ЗГТ интравагинально для восстановления микрофлоры назначали жидкие свечи Вагинал-пантен. Свойством свечей является предупреждение состояний, которые сопровождаются сухостью слизистой оболочки влагалища.

Выбор свечей обусловлен их составом, в который входят такие активные компоненты:

- *Декспантенол* – активно способствует стимулированию процесса регенерации тканей;
- *Хлоргексидин* – антисептик широкого спектра действия, обладает бактериостатическими и бактерицидными свойствами;
- *Экстракт коры дуба* – взаимодействуя с белками, предотвращает раздражение тканей, образовывая защитный барьер. Природным образом борется с патогенной микрофлорой;
- *Танин* (дубильная кислота) – это водорастворимые полифенолы (сложные природные органические соединения), которые используют при воспалительных и инфекционных поражениях слизистых оболочек. Вяжущее действие танина обусловлено способностью вызывать осаждение белков. При нанесении на слизистые оболочки образуется плотная белковая пленка, защищающая подлежащие ткани и расположенные в них чувствительные нервные окончания от раздражения. Вызывает местное сужение сосудов, снижает болевые ощущения и способствует уменьшению воспалительных реакций;
- *Калия йодид* – галогенсодержащий антисептик, который используется при поражении микроорганизмами слизистых оболочек. Обладает широким спектром действия и активен в отношении бактерий, бацилл, простейших, грибов.

Жидкие свечи вводят два раза в день (утром и вечером), продолжительность курса – 5 дней.

Группы были идентичны по возрастному, соматическому и психологическому исходному состоянию. Все пациентки оформляли информированное согласие на проведение лечения. Таким образом, дизайн выполненной работы соответствует нерандомизированному контролируемому проспективному сравнительному исследованию.

Всем женщинам проводили полное клинико-лабораторное обследование.

Пациентки были осмотрены терапевтом, невропатологом, психиатром, кардиологом, хирургом, урологом, травматологом. Обследование включало эхографию, кольпоскопию, аспирационную биопсию эндометрия, цистоскопию, микционную цистоуретрографию, маммографию.

Для оценки урогенитальных расстройств использовали метод D.H Barlow (1997).

Определение характера и степени дизурических расстройств проводили с учетом рекомендаций Н.И. Тарасова, В.Н. Миронова (2003).

Всем пациенткам предлагали заполнить анкету-опросник «Оценка жалоб и анамнеза заболевания», дневник мочеиспускания, проводили кашлевой тест и пробу Вальсальвы.

Статистическая обработка проведена с использованием программы Med Stat. При сравнении групп использовали критерий Манна-Уитни, различия считали значимыми при  $p < 0,05$ .

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По возрасту пациентки обеих групп распределялись следующим образом: 45–49 лет 67 (38,0%), 50–54 года – 45 (25,5%), 55–59 лет – 42 (23,8%), старше 59 лет – 19 (10,8%) женщин.

Обращает на себя внимание социальная структура пациенток, в которой достаточно большое количество пенсионеров. Часть из них указывала на то, что причиной их вынужденного выхода на пенсию являлась манифестация урогенитальных расстройств.

На момент обследования 128 (72,7%) женщин находились в менопаузе. Внезапное прекращение менструаций отмечали у 52 (60,5%) пациенток 1-й группы и у 54 (60,0%) – 2-й группы, постепенное у 34 (39,5%) женщин 1-й группы и у 37 (41,1%) – 2-й группы. Длительность менопаузы до 2 лет регистрировали у 47 (54,6%) пациенток 1-й группы и у 50 (55,5%) – 2-й группы, более 2 лет – у 34 (37,7%) женщин 1-й группы и у 39 (43,3%) – 2-й группы. Средний возраст наступления менопаузы у пациенток обеих групп составил  $48,6 \pm 3,7$  года; 23 (26,7%) женщины 1-й группы и 25 (27,7%) – 2-й группы менструировали.

В анамнезе среднее число беременностей у женщин обеих групп составило  $7,46 \pm 0,7$ .

Наиболее частыми гинекологическими заболеваниями у женщин обследуемых групп были воспалительные заболевания женских половых органов – у 70 (39,7%), фоновые процессы шейки матки – у 53 (30,1%), предменструальный синдром – у 28 (15,9%) пациенток. Общее число перенесенных гинекологических операций в 2–4 раза превышало показатели контрольной группы. Указанная выше гинекологическая патология, выявленная в анамнезе пациенток, может являться фоном для развития в перименопаузальный период урогенитальных расстройств.

Среди перенесенных экстрагенитальных заболеваний больные с урогенитальными нарушениями указывали на детские инфекции – 155 (88,0%), острые респираторные заболевания – 163 (92,6%), заболевания органов дыхания (хронический тонзиллит, хронический бронхит и т.д.) – 40 (22,7%), заболевания мочевыделительной системы (хронический цистит, пиелонефрит, мочекаменная болезнь) – 58 (32,9%).

Гинекологическая патология на момент обращения в 1-й и 2-й группы обследованных представлена следующим образом: лейомиома матки (до 5–6 нед беременности) – у 25 (14,2%) пациенток, эктопия шейки матки – у 20 (11,4%), дисфункциональные маточные кровотечения – у 22 (12,5%) пациенток. При микроскопии у 19 (22,0%) обследованных 1-й группы и у 20 (22,2%) – 2-й группы выявлен бактериальный вагиноз, у 28 (32,5%) пациенток 1-й группы и у 31 (34,4%) – 2-й группы – неспецифический вагинит с умеренной воспалительной реакцией (от  $\frac{1}{4}$  до  $\frac{1}{2}$  лейкоцитов в поле зрения и небольшое количество микрофлоры, представленное грамположительными кокками). У 27 (31,4%) больных 1-й группы и у 25 (27,7%) – 2-й группы с выраженными клиническими симптомами атрофического вагинита выявлен нормоценоз. Значение рН влагалищного содержимого регистрировали

от 5,5 до 7,0 у 55 (63,9%) пациенток 1-й группы и у 58 (64,4%) – 2-й группы, от 3,8 до 5,4 – у 21 (24,4%) женщины 1-й группы и у 23 (25,6%) – 2-й группы. При цитологическом исследовании эпителия шейки матки и влагалища атипичной диагностировано не было.

При расширенной кольпоскопии отмечали истончение слизистой оболочки – от умеренной у 107 (60,8%) до выраженной у 41 (23,3%) больной обеих групп, с просвечиванием многочисленных капилляров в субэпителиальном слое. При проведении пробы Шиллера у 100 (56,8%) женщин выявлена почти равномерная окраска слизистой оболочки раствором Люголя, у 46 (26,1%) на слизистой оболочке влагалища наблюдались изъязвления и субэпителиальные кровоизлияния. Также у этих больных диагностировали дистрофические изменения вульвы, истончение эпидермиса, имеющего вид «пергамента», трещины.

При ультразвуковом исследовании узлы лейомиомы величиной от 1 до 4 см с интрамурально-субсерозной локализацией обнаружены у 12 (13,9%) пациенток 1-й группы; 11 (12,2%) пациенткам 2-й группы, обратившимся с дисфункциональным маточным кровотечением, проведено фракционное выскабливание полости матки. Гистологически обнаружена железисто-кистозная гиперплазия у 5 (45,4%) женщин, у 4 (36,3%) – железистый полип эндометрия, у 2 (18,1%) – сочетание железисто-фиброзного полипа с железистой гиперплазией эндометрия.

При осмотре грудных желез и маммографическом исследовании у 18 (10,2%) больных обеих групп выявлена диффузная, фиброзно-кистозная мастопатия.

По пятибалльной шкале Д. Барлоу 30 (34,9%) пациенток 1-й группы и 32 (35,5%) пациентки 2-й группы свое состояние субъективно оценивали на 1–2 балла, то есть урогенитальные расстройства лишь периодически влияли на их повседневную жизнь; 40 (46,5%) пациенток 1-й группы и 43 (47,8%) – 2-й группы сочли приемлемым оценить свое состояние в 3 и 4 балла соответственно; 14 (16,3%) пациенток 1-й группы и 12 (13,3%) – 2-й группы считали проявления урогенитальных расстройств значительной проблемой, влияющей на повседневную жизнь, что соответствовало 5 баллам.

После регистрации ответов на вопросы, предложенные в анкете «Оценка жалоб и анамнеза заболевания», предварительный диагноз «императивное недержание мочи» был установлен 18 (20,9%) пациенткам 1-й группы и 20 (22,2%) – 2-й группы, а стрессовый вариант этого заболевания диагностирован у 27 (31,4%) обследованных 1-й группы и у 29 (32,2%) – 2-й группы. У 9 (10,4%) женщин в 1-й группе и у 10 (11,1%) – во 2-й группе определен смешанный тип недержания мочи.

Анализируя заполненные дневники мочеиспусканий, установлено, что императивные позывы к мочеиспусканию с последующими эпизодами непроизвольного выделения мочи регистрировали у 28 (32,5%) пациенток 1-й группы (19 – с императивной формой и 9 – со смешанным видом недержания), из которых у 1 (12,5%) пациентки была тяжелая форма этого вида недержания. Во 2-й группе императивные позывы к мочеиспусканию регистрировали у 30 (33,3%) пациенток (21 – с императивной формой и 9 – со смешанным видом недержания).

При проведении пробы «кашлевого толчка» у 37 (43,0%) наблюдаемых нами пациенток 1-й группы и у 39 (43,3%) – 2-й группы проба была положительной.

Одночасовой прокладочный тест показал, что у 44 (51,2%) пациенток 1-й группы и у 47 (52,2%) – 2-й группы масса прокладок колебалась от 2 до 10 г, что было расценено как проявление умеренной потери мочи. У 8 (9,3%) больных 1-й группы и у 7 (7,8%) – 2-й группы прокладок достигала 15 г (тяжелая степень потери мочи), и только у 30 (34,8%) женщин 1-й группы и у 32 (35,6%) больных 2-й группы масса прокладок

была менее 2 г – этих пациенток мы отнесли в группу без нарушения контроля мочеиспускания.

При абдоминальном УЗ-исследовании у 4 (5,7%) женщин 1-й группы и у 5 (5,6%) – 2-й группы количество остаточной мочи колебалось от 50 до 80 г, что мы связывали с миогенной декомпенсацией детрузора.

При выполнении микционной цистоуретрографии в покое у 66 (76,7%) пациенток 1-й группы и у 70 (77,8%) – 2-й группы нижний контур контрастированного мочевого пузыря своей полуокружностью располагался на уровне симфизарной линии либо на 1–2 см выше, у 18 (20,9%) женщин 1-й группы и у 20 (22,2%) пациенток 2-й группы – на 1–2 см ниже симфиза.

При натуживании без попытки к мочеиспусканию происходило выраженное смещение нижнего контура мочевого пузыря относительно верхней линии проекции лонных костей. У 13 (15,1%) больных 1-й группы и у 15 (16,7%) – 2-й группы тень мочевого пузыря не затеняла лонные кости. У 63 (73,3%) больных 1-й группы и у 65 (72,2%) – 2-й группы нижний контур контрастированного мочевого пузыря располагался менее чем на 2 см ниже симфиза. У 9 (10,4%) женщин 1-й группы и у 14 (12,2%) – 2-й группы тень мочевого пузыря располагалась более чем на 2 см ниже симфиза.

В результате проведенного лечения положительный клинический эффект наблюдали через две недели от начала терапии. Во время лечения все больные находились под динамическим врачебным наблюдением. Об эффективности проведенной терапии (традиционной и предложенной нами комплексной) судили по клиническим показателям в динамике в конце лечения.

Через две недели от начала терапии пациентки 2-й группы отмечали уменьшение сухости влагалища и зуда – в 87,7% случаев, отсутствие жжения – в 74,4% наблюдений.

Показатель pH влагалищного содержимого имел тенденцию к уменьшению в большинстве случаев. В 1-й группе отсутствие сухости и зуда во влагалище отметили 67,4% пациенток, отсутствие жжения – 60,5%. Однако у 3 (3,4%) женщин сохранялись патологические выделения вследствие наличия мицелий кандид. Значение pH влагалища уменьшилось и не превышало 5,0.

Кольпоскопическая картина в конце лечения у всех обследованных больных 2-й группы характеризовалась бледно-розовым цветом слизистой оболочки с характерным желтоватым оттенком, были заметны подэпителиальные сосуды; в 95% случаев произошла эпителизация эктопии шейки матки. При микроскопии привлекало внимание уменьшение количества лейкоцитов до 8–12 в поле зрения, мицелии кандид отсутствовали.

Динамика урогенитальных симптомов во 2-й группе в конце лечения также имела в целом положительную направленность: нормализовался клинический анализ мочи, наблюдалось достоверное уменьшение никтурии – в 3 раза и поллакиурии – в 2,5 раза, положительного кашлевого теста – в 2 раза ( $p < 0,05$ ). Однако положительная проба Вальсальвы сохранялась у трети больных.

## ВЫВОДЫ

Вагинальные свечи Вагинал-пантен можно успешно использовать в лечении урогенитальных нарушений в перименопаузе, особенно у женщин, имеющих противопоказания к применению синтетических эстрогенсодержащих препаратов. Клиническая эффективность заключается в восстановлении влагалищной микрофлоры, уменьшении сухости, явлений бактериального вагиноза. С профилактической целью можно рекомендовать препарат для использования в предоперационной подготовке перед влагалищными операциями.

## Сведения об авторах

**Потапова Лилия Викторовна** – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Харьковского национального медицинского университета, 61052, г. Харьков, ул. Малиновского, 4; тел.: (067) 399-91-83. *E-mail: assia-girl@ukr.net*

**Щербина Ирина Николаевна** – Кафедра акушерства, гинекологии и детской гинекологии Харьковского национального медицинского университета, 61020, г. Харьков, ул. Отакара Яроша, 3-Б; тел.: (096) 593-00-62. *E-mail: shcherbina.iriina@gmail.com*

## Information about the authors

**Potapova Liliia Viktorivna** – Department of Obstetrics and Gynecology № 1 Kharkiv National Medical University, 61052, Kharkiv, 4 Malinovskii Str, tel.: (067) 399-91-83. *E-mail: assia-girl@ukr.net*

**Shcherbina Iryna Mykolaivna** – Department of Obstetrics, Gynecology and Pediatric Gynecology Kharkiv National Medical University, 61020, Kharkiv, Otakara Yarosha Str, 3-B; tel.: (096) 593-00-62. *E-mail: shcherbina.iriina@gmail.com*

## Відомості про авторів

**Потапова Лілія Вікторівна** – Кафедра акушерства і гінекології № 1 Харківського національного медичного університету, 61052, м. Харків, вул. Малиновського, 4; тел.: (067) 399-91-83. *E-mail: assia-girl@ukr.net*

**Щербіна Ірина Миколаївна** – Кафедра акушерства, гінекології і дитячої гінекології Харківського національного медичного університету, 61020, м. Харків, вул. Отакара Яроша, 3-Б; тел.: (096) 593-00-62. *E-mail: shcherbina.iriina@gmail.com*

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Alvisi, S., Gava, G., Orsili, I., Giacomelli, G., Baldassarre, M., Seracchioli, R., & Meriggiola, M. C. (2019). Vaginal health in menopausal women. *Medicina (Lithuania)*, 55(10) doi:10.3390/medicina55100615
- Baber R.J., Panay N., Fenton A., and the IMS Writing Group. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric*. 2016;19(2):109–50. doi:10.3109/13697137.2015.1129166
- Brotman, R. M., Shardell, M. D., Gajer, P., Fadrosh, D., Chang, K., Silver, M. I., ... Gravitt, P. E. (2018). Association between the vaginal microbiota, menopause status, and signs of vulvovaginal atrophy. *Menopause*, 25(11), 1321-1330. doi:10.1097/gme.0b013e3182a4690b
- Cagnacci, A., Venier, M., Xholli, A., Paggiotti, C., & Caruso, S. (2020). Female sexuality and vaginal health across the menopausal age. *Menopause*, 27(1), 14-19. doi:10.1097/GME.0000000000001427
- Cagnacci, A., Xholli, A., Sclauzero, M., Venier, M., Palma, F., & Gambacciani, M. (2019). Vaginal atrophy across the menopausal age: Results from the AN-GEL study. *Climacteric*, 22(1), 85-89. doi:10.1080/13697137.2018.1529748
- Chernova N.I., Arutyunyan E. Current aspects of treatment in patients with dystrophy and atrophy of the intimate area. What is new? *Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa = Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist*. 2018;18(3):88-94. (In Russ.) doi: 10.17116/rosakush201818288-94
- Dijaković, A. (2012). Urogenital atrophy (UGA) incontinence as an estrogenic deficit result in perimenopause and postmenopause. [Urogenitalna atrofija (UGA) / inkontinencija kao posljedica estrogenog deficita u peri i postmenopauzi] *Medica Jadertina*, 42(1-2), 51-54.
- Fait, T. (2019). Menopause hormone therapy: Latest developments and



- clinical practice. *Drugs in Context*, 8. doi:10.7573/dic.212551
10. Gao, M., Goodman, A., Mishra, G., & Koupil, I. (2019). Associations of birth characteristics with perimenopausal disorders: A prospective cohort study. *Journal of Developmental Origins of Health and Disease*, 10(2), 246-252. doi:10.1017/S204017441800065X
11. Gradison, M. (2009). Menstrual, urogynecological and vasomotor changes in perimenopause and menopause. *Handbook of women's health*, second edition (pp. 137-144) doi:10.1017/CBO9780511642111.011
12. Hodges, A. L., Holland, A. C., Dehn, B., & Pace, D. T. (2018). Diagnosis and treatment of genitourinary syndrome of menopause. *Nursing for Women's Health*, 22(5), 423-430. doi:10.1016/j.nwh.2018.07.005
13. Hope, M. E., Farmer, L., Mcallister, K. F., & Cumming, G. P. (2010). Vaginismus in peri- and postmenopausal women: A pragmatic approach for general practitioners and gynaecologists. *Menopause International*, 16(2), 68-73. doi:10.1258/mi.2010.010016
14. Nappi, R. E., Di Carlo, C., Becorpi, A. M., Gambacciani, M., De Seta, F., Ribaldone, R., . . . Paoletti, A. M. (2020). The effect of vulvovaginal atrophy on women's quality of life from an italian cohort of the EVES study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 40(4), 512-519. doi:10.1080/01443615.2019.1621824
15. O'Neill, S., & Eden, J. (2017). The pathophysiology of menopausal symptoms. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*, 27(10), 303-310. doi:10.1016/j.ogrm.2017.07.002
16. Palacios, S., Combalia, J., Emsellem, C., Gaslain, Y., & Khorsandi, D. (2020). Therapies for the management of genitourinary syndrome of menopause. *Post Reproductive Health*, 26(1), 32-42. doi:10.1177/2053369119866341
17. Palacios, S., Hidalgo, M. J. C., González, S. P., Manubens, M., & Sánchez-Borrego, R. (2019). Genitourinary syndrome of menopause: Recommendations from the spanish society of obstetrics and gynecology. [S ndrome genitourinario de la menopausia: Recomendaciones de la sociedad espa ola de ginecología y obstetricia] *Progresos De Obstetricia y Ginecología*, 62(2), 141-148. doi:10.20960/j.pog.00182
18. Palacios, S., Nappi, R. E., Bruyniks, N., Particco, M., & Panay, N. (2018). The european vulvovaginal epidemiological survey (EVES): Prevalence, symptoms and impact of vulvovaginal atrophy of menopause. *Climacteric*, 21(3), 286-291. doi:10.1080/13697137.2018.1446930
19. Santoro, N., Epperson, C. N., & Mathews, S. B. (2015). Menopausal symptoms and their management. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 44(3), 497-515. doi:10.1016/j.ecl.2015.05.001
20. Sinha A., Ewies A.A. Non-hormonal topical treatment of vulvovaginal atrophy: an up-to-date overview. *Climacteric*. 2013;16(3):305–312. doi: 10.3109/13697137.2012.756466
21. Smetnik V.P. (ed.) Estrogeny. *Prakticheskaya meditsin = Estrogens. Practical medicine*. 2012:128-133. (In Russ.) Available at: <https://search.rsl.ru/record/01005373152>
22. Smetnik V.P., YUreneva S.V., Ermakova E.I., Glazunova A.V. Genitourinary menopausal syndrome. Diagnostics and treatment (draft clinical protocol). *Climacterium [Klimakteriy]*. 2015;(1):1-17. (In Russ.) Available at: <https://docplayer.ru/109313713-V-nomere-genitourinarnyy-menopauzalnyy-sindrom-ekspertnoemnenie.html>
23. Sukhikh G.T, Smetnik V.P., Yureneva S.V., Ermakova E.I., Chernukha G.E., Yakushevskaya O.V. Menopause and women's climacteric condition. *Clinical recommendations*. 2016. (In Russ.) Available at [https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/menopauza-i-klimaktericheskoe-sostoyanie-u-zhen-schiny\\_14063](https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/menopauza-i-klimaktericheskoe-sostoyanie-u-zhen-schiny_14063).
24. Stika, C. S. (2010). Atrophic vaginitis. *Dermatologic Therapy*, 23(5), 514-522. doi:10.1111/j.1529-8019.2010.01354.x
25. The North American Menopause Society. Management of symptomatic vulvovaginal atrophy: 2013 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2013;20(9):888-902. doi: 10.1097/GME.0b013e3182a122c2
26. The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society NAMS. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*. 2017;24(7):728-753. doi: 10.1097/GME.0000000000000921. Available at: <https://www.menopause.org/docs/default-source/2017/nams-2017-hormonotherapy-position-statement.pdf>
27. Yefimenko, O. O. (2020). Menopause. A problem that is not out of date: Specialist comment and updated data from the national consensus on the management of patients in menopause. [Менопауза. проблема, що не втрачає актуальності: Коментарій фахівця та оновлені дані «Національного консенсусу щодо ведення пацієнок у клімактерії»] *Reproductive Endocrinology*, 2020(51), 72-88. doi:10.18370/2309-4117.2020.51.72-88
28. Yureneva S.V., Ermakova E.I., Glazunova A.V. Genitourinary syndrome of menopause in periand postmenopausal patients: Diagnosis and therapy (short clinical guidelines). *Akusherstvo I ginekologiya = Obstetrics and Gynecology*. 2016;(5):138-144. (In Russ.) doi: 10.18565/aig.2016.5.138-144
29. Vdovychenko, Y. P., Yefimenko, O. O., Pedachenko, N. Y., & Iatsyna, O. I. (2019). Differentiated approach to the treatment of genitourinary syndrome in perimenopausal women. *Reproductive Endocrinology*, (46), 8-18.

Статья поступила в редакцию 25.12.2020