

4. УЧЕБНЫЙ ПЛАН

№ п/п	Разделы дисциплины	Лекционный материал	Самостоятельные занятия	Всего	Формы контроля
1	Модуль 1. Симптомы и диагностика менопаузальных расстройств	4	8	12	Тестирование
2	Модуль 2. Ведение пациенток с менопаузальными расстройствами	4	8	12	Тестирование
3	Модуль 3. Генитоуринарный менопаузальный синдром	2	8	10	Тестирование
4	Итоговый контроль			2	Экзамен
	Всего	10	24	36	

Форма обучения: заочная, с применением дистанционных образовательных технологий и электронного обучения.

Форма итоговой аттестации: экзамен в виде итогового тестового контроля и/или решения ситуационных задач.

5. Учебно-тематический план

Разделы дисциплины	Лекционный материал	Самостоятельные занятия	Формы контроля
Модуль 1. Симптомы и диагностика менопаузальных расстройств			
Тема 1.1. Понятие менопаузы. Стадии старения	2 часа		Тестирование
Тема 1.2. Диагностика климактерического синдрома	2 часа		Тестирование
Тема 1.3. Оценка состояния здоровья женщины среднего возраста		2 часа	Тестирование
Тема 1.4. Симптомы в пери- и постменопаузе		2 часа	Тестирование
Тема 1.5. Синдром менопаузального перехода		2 часа	Тестирование
Тема 1.6. Менопауза и климактерическое состояние женщины		2 часа	Тестирование
Итого	4	8	Зачет

Разделы дисциплины	Лекционный материал	Самостоятельные занятия	Формы контроля
Модуль 2. Ведение женщин менопаузальными расстройствами			
Тема 2.1. Образ тела женщин в период менопаузального перехода		2 часа	Тестирование
Тема 2.2. Алгоритмы ведения пациенток в пери- и постменопаузе (материалы II Национального конгресса по менопаузе 2021)		2 часа	Тестирование
Тема 2.3. Ведение женщин с менопаузальными расстройствами	2 часа		Тестирование
Тема 2.4. Профилактика заболеваний, ассоциированных с возрастом	2 часа		Тестирование
Тема 2.5. Пострепродуктивный период		2 часа	Тестирование
Тема 2.6. Контрацепция у женщин в позднем репродуктивном возрасте и в перименопаузе		1 час	Тестирование
Тема 2.7. Профилактика преждевременного старения у женщин		1 час	Тестирование
Итого	4	8	Зачет

Разделы дисциплины	Лекционный материал	Самостоятельные занятия	Формы контроля
Модуль 3. Генитоуринарный менопаузальный синдром			
Тема 3.1. Преждевременная недостаточность яичников (ПНЯ) и генитоуринарный менопаузальный синдром (ГУМС)	2 часа		Тестирование
Тема 3.2. Диагностика и принципы лечения ГУМС		2 часа	Тестирование
Тема 3.3. Лечение генитоуринарного менопаузального синдрома у онкогинекологических пациенток		2 часа	Тестирование
Тема 3.4. Рекомендации North American Menopause Society по лечению ГМС		2 часа	Тестирование
Тема 3.5. Современные аспекты терапии генитоуринарного менопаузального синдрома (ГУМС)		2 часа	Тестирование
Итого	2	8	Зачет

6. Календарный учебный график

Дни цикла	Лекционный материал (в АЧ) Самостоятельные занятия (в АЧ)	Всего	Формы контроля
Модуль 1. Симптомы и диагностика менопаузальных расстройств			
День первый	Тема 1.1. Понятие менопаузы. Стадии старения	2 часа	Тестирование
	Тема 1.2. Диагностика климактерического синдрома	2 часа	Тестирование
	Тема 1.3. Оценка состояния здоровья женщины среднего возраста	2 часа	Тестирование
Итого		6	Зачет

Дни цикла	Лекционный материал (в АЧ) Самостоятельные занятия (в АЧ)	Всего	Формы контроля
Модуль 1. Симптомы и диагностика менопаузальных расстройств			
День второй	Тема 1.4. Симптомы в пери- и постменопаузе	2 часа	Тестирование
	Тема 1.5. Синдром менопаузального перехода	2 часа	Тестирование
	Тема 1.6. Менопауза и климактерическое состояние женщины	2 часа	Тестирование
Итого		6	Зачет

Дни цикла	Лекционный материал (в АЧ) Самостоятельные занятия (в АЧ)	Всего	Формы контроля
Модуль 2. Ведение женщин менопаузальными расстройствами			
День третий	Тема 2.1. Образ тела женщин в период менопаузального перехода	2 часа	Тестирование
	Тема 2.2. Алгоритмы ведения пациенток в пери- и постменопаузе (материалы конгресса 2021)	2 часа	Тестирование
	Тема 2.3. Ведение женщин менопаузальными расстройствами	2 часа	Тестирование
Итого		6	Зачет

Дни цикла	Лекционный материал (в АЧ) Самостоятельные занятия (в АЧ)	Всего	Формы контроля
Модуль 2. Ведение женщин менопаузальными расстройствами			
День четвертый	Тема 2.4. Профилактика заболеваний, ассоциированных с возрастом	2 часа	Тестирование
	Тема 2.5. Пострепродуктивный период	2 часа	Тестирование
	Тема 2.6. Контрацепция у женщин в позднем репродуктивном возрасте и в перименопаузе	1 час	Тестирование
	Тема 2.7. Профилактика преждевременного старения у женщин	1 час	Тестирование
Итого		6	Зачет

Дни цикла	Лекционный материал (в АЧ) Самостоятельные занятия (в АЧ)	Всего	Формы контроля
Модуль 3. Генитоуринарный менопаузальный синдром			

День пятый	Тема 3.1. Преждевременная недостаточность яичников (ПНЯ) и генитоуринарный менопаузальный синдром (ГУМС)	2 часа	Тестирование
	Тема 3.2. Диагностика и принципы лечения ГУМС	2 часа	Тестирование
	Тема 3.3. Лечение генитоуринарного менопаузального синдрома у онкогинекологических пациенток	2 часа	Тестирование
Итого		6	Зачет

Дни цикла	Лекционный материал (в АЧ) Самостоятельные занятия (в АЧ)	Всего	Формы контроля
Модуль 3. Генитоуринарный менопаузальный синдром			
День шестой	Тема 3.4. Рекомендации North American Menopause Society по лечению ГМС	2 часа	Тестирование
	Тема 3.5. Современные аспекты терапии генитоуринарного менопаузального синдрома (ГУМС)	2 часа	Тестирование
Итого		4	
Экзамен		2	Экзамен
Всего		36	

7. Содержание цикла.

Модуль 1. Симптомы и диагностика менопаузальных расстройств

Тема 1.1. Понятие менопаузы. Стадии старения

Менопауза - это естественный этап жизни женщин и только в некоторых случаях гормональная перестройка, характерная для данного периода может послужить неким толчком для развития ряда патологических изменений. Поэтому, не борьба с возрастными изменениями, а поддержание оптимальной активности и полноценного качества жизни пациенток должны быть целью коррекции негативных проявлений дефицита эстрогенов и осложнений, связанных с ним. Классификация менопаузы. Этиология и патогенез. Эпидемиология. Разнообразие менопаузальных расстройств, степени тяжести данных проявлений в значительной степени объясняется генитальной и экстрагенитальной локализацией рецепторов к эстрогенам и прогестерону, а также их степенью активности в гормонозависимых тканях. Стадии старения репродуктивной системы. Клинико-гормональное обоснование стадий старения репродуктивной системы женщин (РС). Этапы старения репродуктивной системы женщины согласно критериям Stages of Reproductive Aging Workshop.

Тема 1.2. Диагностика климактерического синдрома

Ранее термин «климактерический синдром» носил собирательный характер и включал все изменения (вазомоторные, психо - эмоциональные, соматические и т.д.), возникающие на фоне состояния дефицита эстрогенов. По характеру проявлений и времени возникновения все климактерические расстройства подразделялись на 3 группы: ранние, средневременные и поздние. Сегодня принято выделять ранние (ранние и средневременные объединены в одну группу) проявления, эффективно купирующиеся на фоне менопаузальной гормональной

терапии. И поздние менопаузальные расстройства, развивающиеся при длительном дефиците эстрогенов, которые могут носить необратимый характер. Классификация климактерических расстройств (1 группа- вазомоторные, эмоционально-вегетативные, урогенитальные, кожа и ее придатки, сексуальная дисфункция; 2 группа- сердечно-сосудистые (дислипидемия, атеросклероз); скелетно-мышечные (сакропения, постменопаузальный остеопороз, остеоартриты); метаболические (абдоминальное ожирение, инсулинорезистентность, СД II типа); болезнь Альцгеймера). Шкала Грина. Физикальное обследование. Лабораторная диагностика. Инструментальная диагностика.

Тема 1.3. Оценка состояния здоровья женщин среднего возраста

Обязательные обследования (уточнение личного и семейного анамнеза). Общее обследование (индекс массы тела; артериальное давление, клинический анализ крови; общий анализ мочи; гинекологическое исследование; онкоцитологическое исследование -РАР-тест; УЗИ органов малого таза (при толщине эндометрия до 4 мм МГТ не противопоказана, до 7 мм -прогестагены 12-14 дней и контроль УЗИ на 5-й день "менструации"; > 7 мм - гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание, обследование молочных желез: пальпация, маммография в 2-х проекциях в 35-50 лет каждые 2 года, при неблагоприятном анамнезе и после 50 лет - ежегодно; липидограмма (ОХС, ЛПНП-ХС, ЛПВП-ХС); глюкоза и ТТГ в крови. Условные обследования (УЗИ печени и печеночные ферменты, денситометрия поясничного отдела позвоночника и шейки бедра, определение уровня витамина D, колоноскопия, гемостазиограмма + D-димер; ФСГ, E2, пролактин, АМГ (после гистерэктомии или для уточнения овариального резерва), кровь на тромбофилические мутации). Показания для назначения менопаузальной гормонотерапии. Режимы менопаузальной гормонотерапии. Противопоказания для менопаузальной гормонотерапии. Индивидуализация менопаузальной гормонотерапии.

Тема 1.4. Симптомы в пери- и постменопаузе

В климактерии на фоне возрастной перестройки организма доминируют симптомы, указывающие на дефицит половых гормонов и снижающие качество жизни. Ранние симптомы. Поздние нарушения. Для оценки степени тяжести климактерического синдрома существует несколько классификаций: индекс Купермана, оценка тяжести по количеству приливов, модифицированный менопаузальный индекс. Климактерический синдром может протекать по типу симпато-адреналовых кризов, вазомоторного ринита, крапивницы, отеков на лице, непереносимостью ряда лекарственных препаратов, пищевых продуктов, что свидетельствует об изменении иммунологической реальности с наступлением менопаузы. К атипичным формам относят также миокардиодистрофию. При климактерической миокардиопатии отсутствует зависимость между выраженностью кардиалгии и данными ЭКГ. Менопаузальный индекс (нейровегетативные нарушения, эндокринно-метаболические нарушения, психоэмоциональные нарушения). Шкала оценки менопаузального индекса. Диагностика менопаузального синдрома.

Тема 1.5. Синдром менопаузального перехода

В настоящее время доказано, что до снижения секреции эстрогенов яичниками отмечается угнетение синтеза прогестагенов и андрогенов (дегидроэпиандростерона (ДГЭАС), андростендиона и тестостерона), что сопровождается активацией обратной связи и гиперпродукцией лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов (ЛГ и ФСГ). Нарушения продукции всех вышеперечисленных гормонов resultируются в определенные

клинические проявления. Период менопаузального перехода – период от появления первых климактерических симптомов до последней самостоятельной менструации (период от 2 до 6 лет до менопаузы). Патология менопаузы. Современные исследования доказывают негативное влияние повышенных уровней ФСГ на риск развития остеопороза, модуляцию рецепторов раковых клеток молочной железы, акселерацию атеросклероза, эндотелиальную дисфункцию, повышение уровня экспрессии эндотелиальной VCAM-1. Также параллельно отмечается снижение секреции гормона роста, что приводит к лимитации его анаболических эффектов. Менопаузальный индекс Куппермана. В лечении КС единственным патогенетическим методом терапии является менопаузальная гормональная терапия (МГТ) эстроген-гестагенными препаратами. Все остальные методы не являются патогенетическими и могут использоваться лишь как вспомогательные. Противопоказания к назначению МГТ. Принципы проведения МГТ включают определение не только показаний и противопоказаний, но и факторов риска с индивидуальной оценкой соотношения «польза/риск», индивидуализацией выбора препарата, использованием

минимальных эффективных доз и снижением дозы в постменопаузе. Основные риски терапии этого вида – повышение риска рака молочной железы, тромбоэмболизма, инсульта, вагинальных кровотечений, волчанки, синдрома Guillain–Barre. Позитивные эффекты заместительной гормональной терапии включают уменьшение вегетативных симптомов КС, снижение риска рака кишечника, остеопороза, депрессивных состояний, нарушений сна, когнитивных нарушений, улучшение состояния суставов, зубов, кожи. На современном этапе доказано, что МГТ может минимизировать также и кардиоваскулярные риски. Современная концепция МГТ.

Тема 1.6. Менопауза и климактерическое состояние женщины

Краткая информация по заболеванию или состоянию. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний). Типы менопаузы. Терминология и система критериев STRAW +10 применимы у большинства женщин, поскольку процесс старения репродуктивной системы универсален. Классификация стадии репродуктивного старения по STRAW +10 неприменима у пациенток с СПЯ, ПНЯ, после гистерэктомии, абляции эндометрия, или использующих в настоящее время ВМС-ЛНГ, КОК. У этих групп пациенток необходимо обращать внимание на возникновение вазомоторных и психоэмоциональных симптомов как ранних

признаков приближающейся менопаузы. Сбор анамнеза подразумевает опрос пациентки относительно жалоб, наследственной патологии (наличие онкологических заболеваний: рак молочной железы, эндометрия, яичников, кишечника; тромбоэмболические события; сахарный диабет; сердечно-сосудистые заболевания - инсульты, инфаркты до 60 лет; остеопороз, включая переломы), акушерского анамнеза (гестационный сахарный диабет, преэклампсия, артериальная гипертензия), вредных привычек, сопутствующих соматических, эндокринных и системных заболеваний, хирургических вмешательств, гинекологической патологии, текущей или проводимой ранее лекарственной терапии. УЗИ молочных желез является основным скрининговым методом для женщин до 40 лет и широко используется в качестве дополнительного метода уточняющей диагностики у женщин после 40 лет. Для адекватной трактовки результатов инструментальной диагностики, в том числе на этапе принятия решения о назначении МГТ, а также правильной

маршрутизации пациенток проводится оценка молочных желез по классификации ACR и шкале BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System). Рекомендуется проведение комплексного обследования женщинам перед назначением МГТ для выявления противопоказаний и/или риска

возможных нежелательных явлений. Индивидуальный подход к каждой пациентке является приоритетным при выборе тактики лечения климактерических расстройств. Режимы и характеристики МГТ. Рекомендуется отдавать предпочтение трансдермальному пути введения препаратов эстрогенов у женщин с климактерическими симптомами и наличием коморбидных состояний. Негормональное лечение.

Модуль 2. Ведение женщин менопаузальными расстройствами

Тема 2.1. Образ тела женщин в период менопаузального перехода

Представлены результаты исследования образа тела женщин 40–55 лет, находящихся на этапе менопаузального перехода – в пре-, перименопаузе и менопаузе. Образ тела зрелых женщин взаимосвязан с индексом массы тела, однако вес – далеко не единственный фактор, определяющий рассматриваемый феномен. Существует возрастная динамика в образе тела женщин, но результаты исследований довольно противоречивы. Факторные нагрузки на пункты методики «Мое тело». Корреляционные взаимосвязи субъективных и объективных характеристик образа тела ($p \leq 0,05$). Ретроспективная оценка тела в разные возрастные периоды. Менопауза – это существенные гормональные перестройки организма, с другой – восприятие перехода в современной культуре достаточно негативно, что приводит к нарушению образа тела – его сдвигу в сторону негативного. Акцент на физических упражнениях, направленных на здоровье, а не на внешность, помогает сохранить удовлетворенность образом тела.

Тема 2.2. Алгоритмы ведения пациенток в пери- и постменопаузе (материалы конгресса 2021).

Климактерический период часто сопровождается комплексом симптомов, которые приводят к значительному снижению качества жизни, работоспособности, самооценки. В этом переходном периоде женщины подвержены развитию серьезных заболеваний, таких как остеопороз, сердечно-сосудистые заболевания, атрофические нарушения мочевого тракта. Поэтому врачи должны особое внимание уделять сохранению здоровья и качества жизни пациенток в менопаузе. Эффективным методом ведения пациенток признана менопаузальная гормональная терапия, которая позволяет взять под контроль климактерические симптомы и отсрочить развитие возрастных изменений, связанных с дефицитом женских половых гормонов. Менопаузальный переход: когда и как переводить с комбинированной оральная контрацепции на менопаузальную гормональную терапию. Женщины, у которых менопауза наступила до 45 лет, имеют на 50% более высокий риск ИБС, сердечно-сосудистых заболеваний и общей смертности по сравнению с теми, у кого менопауза наступила после 50 лет. Вопросы выбора режима менопаузальной гормонотерапии и перехода с циклического режима на непрерывный. Наиболее благоприятное терапевтическое окно воздействия для гормональной терапии – менопаузальный переход и ранняя постменопауза. Наиболее доступной опцией для назначения женщинам в различных периодах менопаузы считается линейка препаратов с комбинацией эстрадиола и дидрогестерона. Ведение пациенток репродуктивного возраста, но с дефицитом эстрогенов, например при преждевременной недостаточности яичников, подразумевает, по сути, применение заместительной гормональной терапии, чтобы не только купировать симптомы, но и профилировать развитие поздних метаболических осложнений – остеопороза, атеросклероза, когнитивного дефицита и т.д. Дифференциальная диагностика кровотечений и тактика ведения пациенток для исключения онкологической патологии. Молекулярно-генетическая классификация рака эндометрия включает четыре типа, установленных в ходе молекулярно-генетического исследования гистоструктуры злокачественного процесса. Выделяют опухоли с особыми мутациями и полумутациями: POLE, MSI, TP53, NSMP. Ведение больных с аномальным маточным кровотечением на фоне менопаузальной гормональной терапии. Аномальное маточное кровотечение во время приема МГТ – одна из основных причин прекращения лечения. Алгоритм обследования больных с аномальным кровотечением на фоне МГТ предполагает несколько последовательных этапов: исключение сопутствующих заболеваний и факторов риска развития кровотечения, уточнение вида терапии, используемого женщиной (циклическая или непрерывная МГТ). Основная задача врача – повысить

приверженность пациенток лечению, их мотивацию к применению МГТ в целях сохранения качества жизни, работоспособности и здоровья.

Тема 2.3. Ведение женщин менопаузальными расстройствами

Классификация, характеристика этапов старения репродуктивной системы, патогенез, диагностика, принципы гормональной и негормональной терапии климактерических расстройств и профилактика отдаленных осложнений менопаузы. МГТ и миома матки. МГТ и эндометриоз.

Тема 2.4. Профилактика заболеваний, ассоциированных с возрастом

Перименопауза – золотое время для профилактики заболеваний, ассоциированных с возрастом. Вступая в период менопаузального перехода, женщины нуждаются во внимании и заботе о своем здоровье. Периоды менопаузального перехода (переходный) и постменопаузы (старения) ознаменованы снижением, а затем прекращением функции яичников. Главные постулаты медицины климактерия гласят, что дефицит эстрогенов может вносить глобальные неблагоприятные коррективы в здоровье женщины. И связано это с тем, что в течение репродуктивного периода жизни организм женщины находится под защитным влиянием эстрогенов. Спектр влияния женских половых гормонов слишком велик, чтобы рассматривать их дефицит только в рамках инволютивных изменений со стороны органов репродуктивной системы. Профилактика сердечно-сосудистых рисков. Ключевые положения экспертов АНА 2020 г. Метаболические нарушения и их профилактика. Профилактика постменопаузального остеопороза и саркопении. Влияние эстрогенов на иммунитет. Менопаузальный переход, с одной стороны, является неблагоприятным фоном, на котором стартуют метаболические изменения, формируются факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и постменопаузального остеопороза. С другой стороны, именно в этот период можно проводить эффективную профилактику патологических состояний, ассоциированных с дефицитом эстрогенов, поскольку есть возможность влиять на эстрогеновые рецепторы в органах-мишенях и получить адекватный ответ на МГТ. Более широкий диапазон доз компонентов МГТ позволит добиться оптимальной эффективности, минимизации побочных явлений и, соответственно, увеличить удобство и приверженность терапии.

Тема 2.5. Пострепродуктивный период.

Прибавка веса в перименопаузе. Менопаузальный метаболический синдром. Заболевания шейки матки в климактерии. Влияние МГТ на эпителий вульвы и влагалища. Менопаузальная гормональная терапия у женщин с миомой матки в период пери- и постменопаузы. Эндометриоз в постменопаузе. Молочная железа и половые гормоны. Менопаузальная гормональная терапия: риски онкологических заболеваний органов репродуктивной системы. Менопаузальные нарушения и их коррекция.

Тема 2.6. Контрацепция у женщин в позднем репродуктивном возрасте и в перименопаузе

Возрастное снижение фертильности является общепризнанным, однако до сих пор остается дискуссионным вопрос о времени начала его снижения. У многих женщин даже в 50-летнем и более старшем возрасте сохраняются регулярные менструации с определенным числом овуляторных циклов. Так, по статистике стран западной Европы - 50% женщин в возрасте 44 лет и 30% в возрасте 45-54 лет сексуально активны, имеют сохраненный менструальный цикл и способны к зачатию. Абортom прерывается почти половина всех беременностей в возрасте старше 40- 45 лет, и нередко он осложняется воспалительными заболеваниями половых органов, развитием миомы матки, эндометриоза, тяжелым течением климактерического периода, и, что самое опасное, в последующем являются фоном для развития онкологической патологии в органах-мишенях: матке и молочных железах. В настоящее время увеличивается число женщин, которые в силу определенных жизненных обстоятельств и причин планируют рождение последующего, а нередко и первого ребенка после 40-45 лет. Беременность в таких случаях сопровождается высоким риском невынашивания, высокой частотой гестозов, неправильным расположением плаценты, чрезвычайно большим числом осложнений во время родов и

послеродовом периоде, детской заболеваемостью и смертностью. Этот риск в 20 и более раз выше, чем у женщин раннего репродуктивного возраста. Внутриматочная контрацепция (ВМК). Гормональная контрацепция. Подкожный имплантат. Хирургическая контрацепция. Барьерные методы контрацепции. Экстренная или посткоитальная контрацепция. Естественные методы контрацепции. При подборе метода контрацепции необходимо учитывать состояние и особенности организма в этот период жизни, особенно тщательно учитывать противопоказания к любому методу, приемлемость того или иного метода для супружеской пары.

Тема 2.7. Профилактика преждевременного старения у женщин

Синдром преждевременного старения. Стиль жизни и альтернативная терапия. Сердечно-сосудистые заболевания у женщин в пре- и постменопаузе. Остеопороз у женщин старше 40 лет. Сексуальная дисфункция.

Модуль 3. Генитоуринарный менопаузальный синдром

Тема 3.1. Преждевременная недостаточность яичников и ГУМС

Преждевременная недостаточность яичников (ПНЯ). Обследование при ПНЯ (Гормональное исследование: ФСГ, ЛГ, Е2, тестостерон, АМГ, ингибин В, пролактин, ТТГ, АКТГ, ДГЭА-С, кортизол. Ультразвуковое исследование органов малого таза и молочных желез. Двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (при необходимости). Хромосомный анализ для пациенток моложе 30 лет. Аутоиммунный скрининг для исключения полиэндокринопатии). Генитоуринарный менопаузальный или урогенитальный синдром (ГУМС или УГС). Симптомы вагинальной атрофии. Расстройства мочеиспускания. Обследование при ГУМС.

Тема 3.2. Диагностика и принципы лечения ГУМС

Одной из актуальных проблем в гинекологии, резко снижающей качество жизни у женщин в климактерии, является синдром вульвовагинальной атрофии (ВВА). В отличие от вазомоторных симптомов, которые проходят со временем, симптомы ВВА, как правило, возникают в перименопаузе и прогрессируют в постменопаузальном периоде, приводя к функциональным и анатомическим изменениям. Слизистая оболочка влагалища состоит из четырех основных слоев эпителиальных клеток: базальный слой; парабазальный слой (или митотически-активный); промежуточный гликоген-содержащий слой; поверхностный (слущивающийся). Физические признаки атрофии слизистой вульвы и влагалища включают истончение эпителия, уменьшение вагинальной складчатости, побледнение, наличие петехиальных кровоизлияний, признаков воспаления. Происходит потеря упругости тканей, подкожно-жировой клетчатки и выпадение лобковых волос, снижается секреторная активность бартолиниевых желез. Диагностика ГУМС базируется на данных осмотра, лабораторных и инструментальных исследований. Принимая во внимание патогенез заболевания, терапия эстрогенами является золотым стандартом лечения ГУМС/ВВА. Все клинические рекомендации по лечению ГУМС/ВВА сходятся во мнении, что наиболее распространенным и эффективным методом лечения является локальная терапия эстрогенами в различных формах (в виде свечей, крема или капсул), позволяющая избежать большинства системных побочных эффектов. Разбор клинических случаев.

Тема 3.3. Лечение генитоуринарного менопаузального синдрома у онкогинекологических пациенток

Проявления ГУМС связаны непосредственно с возникновением дистрофических явлений в эпителии влагалища и уретелии, т. е. с возникновением вульвовагинальной атрофии (ВВА) и уретральной атрофии. Дефицит эстрогенов приводит к истончению многослойного плоского эпителия, уменьшению количества лактобактерий, в связи с нехваткой основного их питательного вещества – гликогена и, как следствие, к увеличению рН влагалища. Происходит нарушение биоценоза влагалища – колонизация условно-патогенными микроорганизмами, что,

в свою очередь, поддерживает рецидивирующую воспалительную реакцию слизистой. Также при гипоэстрогении в организме происходят аналогичные процессы в слизистой уретрального тракта. Атрофические процессы в уретелии приводят к снижению содержания в нем гликогена, повышению уровня рН, прекращению митотической активности клеток, что может повышать риск развития восходящей урологической инфекции. Таким образом, основными звеньями патогенеза развития ГУМС являются: истончение слизистой оболочки влагалища и мочевыводящих путей, нарушение процессов пролиферации вагинального и уретрального эпителия, ухудшение кровоснабжения тканей данной области, изменение синтеза и обмена коллагена в связочном аппарате малого таза, атрофия миофибрилл, нарушение анатомического расположения органов мочевыводящей системы. В гинекологической практике широкое распространение получили лазерные технологии в лечении симптомов ГУМС. Установлено, что вследствие терапии CO₂ лазером увеличивается толщина многослойного плоского эпителия, улучшается кровоснабжение стенок влагалища, что в свою очередь ведет к уменьшению или исчезновению симптомов атрофии влагалищного эпителия и уретелии. Однако продолжительность терапевтических эффектов и безопасность повторного применения этого метода лечения на данный момент недостаточно изучены. Не вызывает сомнений необходимость дальнейших исследований в отношении использования лазерных технологий и различных видов негормонального лечения ГУМС.

Тема 3.4. Рекомендации North American Menopause Society по лечению ГМС

Не рекомендуется применение прогестерона с вагинальной эстрогенной терапией в малых дозах, но женщинам с повышенным риском эндометриального рака может потребоваться наблюдение за эндометрием. У женщин с раком молочной железы или эндометриальным раком в анамнезе, лечение зависит от предпочтений пациентки, тяжести симптомов и понимания потенциальных рисков после консультации с онкологом. Лечение первой линии у женщин с ГМС является негормональные лубриканты при половой активности и регулярное применение вагинальных увлажнителей длительного действия. У женщин с умеренным-тяжелым ГМС, а также у женщин, не реагирующих на применение лубрикантов и увлажнителей, имеется несколько безопасных и эффективных вариантов лечения. Не рекомендуется рутинное наблюдение за эндометрием у женщин без симптомов, применяющих вагинальную эстрогенную терапию в малых дозах. Пятна крови или кровотечение у женщин в постменопаузе требует тщательного обследования, которое может включать трансвагинальное УЗИ и/или эндометриальную биопсию. Различные виды энергетических видов лечения, такие как вагинальный лазер и радио-частотные устройства, требуют длительных, контролируемых ложными процедурами исследований по безопасности и эффективности, прежде чем будет возможно рекомендовать их рутинное применение. Лечение ГМС необходимо продолжать, с надлежащими контрольными обследованиями, до тех пор, пока имеются беспокоящие симптомы.

Тема 3.5. Современные аспекты терапии генитоуринарного менопаузального синдрома (ГУМС)

Серьезной проблемой является низкая осведомленность женщин об этом заболевании и его признаках, при этом ключевую роль в решении этой проблемы должны играть медицинские работники. Эффективное взаимодействие пациента и врача, а также совместное принятие решений во многом способствуют улучшению ситуации. Сегодня препаратами первой линии для лечения ГУМС являются локальные моноэстрогены. Локальные препараты эстрогенов обладают благоприятным профилем безопасности. При локальной терапии эстрогенами не рекомендуется использовать прогестерон, то есть монотерапия в данном случае является более предпочтительной.

Особенности местного действия эстриола на целевые органы и отсутствие у него негативного влияния на эндометрий и молочные железы позволяют сделать вывод, что локальная монотерапия эстриолом при ГУМС является одной из наиболее эффективных и безопасных с позиции доказательной медицины.