

Естетична гінекологія: баланс краси та здоров'я жінки

Урогенітальне старіння є однією з найбільш поширених проблем у жінок у пери- та постменопаузальному періоді, яка суттєво знижує якість їхнього життя. Сучасна гінекологічна практика має широкий спектр терапевтичних опцій для корекції урогенітальних розладів. У рамках фахової тематичної школи «Мистецтво залишатися молодою. Генітоуринарні акценти» завідувач відділу репродуктивного здоров'я ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», доктор медичних наук, професор **Наталія Василівна Косей** представила доповідь «Естетика заради естетики чи якість життя жінки? Особливі сенси естетичної гінекології», у якій висвітлила сучасні стратегії менеджменту урогенітального старіння. **Ключові слова:** урогенітальне старіння, генітоуринарний менопаузальний синдром, естрогени, замісна гормональна терапія, промєстрин, тіокназол, тинідазол, лідокаїн, Клімонорм, Колпотрофін, Гіномакс ХЛ.

З історичної точки зору уявлення про красу жіночого тіла суттєво відрізнялися. Наприклад, в епоху Відродження вважалося, що у жінок верхня частина тіла є привабливішою, тому вони носили пишні декольте, а нижню частину приховували об'ємними спідницями. Із плином часу естетичні вподобання змінювалися. У XX ст. жінки почали більше відкривати ноги, демонструючи шиколотки, коліна, а згодом і стегна. Сьогодні збільшення тривалості життя поставило нові завдання щодо покращення його якості та продовження краси, у тому числі таких анатомічних ділянок, як промежина й піхва. Це спонукало до розвитку методів відновлення клітинних структур і тканин, зокрема пластичної хірургії, косметології та стратегій немедикаментозної й медикаментозної корекції. Натомість нормальна анатомія нижніх статевих шляхів — це не лише краса та естетика, а й фізіологічна функціональність: порушення анатомічних співвідношень і відсутність змикання статевих губ на вході у вагіну спричиняє рецидивуючі вагінальні інфекції та сексуальну дисфункцію, цистоцеле та ректоцеле — порушення процесів сечовиведення та дефекації, біль і дискомфорт у нижніх відділах живота та попереку.

Фізіологічні зміни, пов'язані з віком, такі як втрата тону, нетримання сечі та пролапс тазових органів, значно впливають на жіноче здоров'я й сексуальність. Ці процеси зумовлені віковим дефіцитом естрогенів внаслідок настання менопаузи, що спричиняє ішемію та атрофію тканин, зменшення кількості лактобацилярної флори і захисних властивостей слизової піхви (Jindal A., 2023). Відповідно до сучасних даних, понад 17% жінок віком 18-50 років відчувають проблеми із сухістю піхви під час сексу, навіть до настання менопаузи; тільки 25% жінок самостійно звертаються до лікаря з питаннями щодо порушень, пов'язаних із генітоуринарним менопаузальним синдромом (ГУМС) (Portman D.J., 2014; Cagnacci A., 2019). Окрім природних вікових змін, існують й інші фактори, що впливають на здоров'я та естетику жіночих статевих органів — дерматологічні захворювання, інфекції, ендокринні розлади (ожиріння, метаболічний синдром), психологічні проблеми (вагінізм). Кожна жінка має свої індивідуальні анатомічні особливості та суб'єктивне сприйняття власного тіла.

Дефіцит естрогенів та андрогенів у період менопаузи: вплив на сексуальне здоров'я та якість життя

Менопауза є важливим етапом у житті кожної жінки, який супроводжується значними гормональними змінами. Дефіцит естрогенів й андрогенів, що виникає у цей період, може суттєво впливати на різні аспекти здоров'я та якості життя жінки, зокрема на сексуальну функцію (Sartel P.M., 2000). Об'єктивно дефіцит естрогенів проявляється змінами піхвової слизової оболонки: спочатку блідістю та стоншенням епітелію, а згодом її атрофією та підвищеною травматизацією через видимість підлеглих судин.

Окрім естрогенного дефіциту, з віком у жінок знижується й рівень андрогенів, зокрема тестостерону та дегідроепіандростерону (Guay A., 2004; Panzer C., 2009). Ці гормони відіграють важливу роль у підтриманні м'язового тону, настрою, емоційного стану та загальної енергії, необхідних для активного життя. Пік секреції тестостерону припадає на 20-30 років, а до 40-річного віку його рівень знижується вдвічі. Зниження рівня андрогенів у жінок може бути зумовлене віком, оваріоектомією, розладом гіпоталамо-гіпофізарно-наднирничкової системи, прийомом глюкокортикоїдів, естрогенів або тиреоїдних гормонів. Додатковими чинниками є хронічні захворювання, розлади харчування, травми, опіки, злоякісні пухлини (North American Menopause Society, 2005).

Сучасні підходи до корекції урогенітального старіння

З огляду на негативний вплив дефіциту естрогенів й андрогенів на сексуальне здоров'я та якість життя жінки актуальним є питання менопаузальної гормональної терапії (МГТ), що є ефективним методом корекції цих порушень, який забезпечує зменшення дискомфорту в піхві та відновлення трофіки слизових оболонок. Одними з перших препаратів МГТ, які продемонстрували клінічну ефективність, були ін'єкційні форми естрогенів у поєднанні з тестостероном, проте дані досліджень виявили підвищений ризик

серцево-судинних ускладнень на фоні використання тестостерону, що призвело до обмеження його застосування у жінок. Наступним етапом упровадження МГТ стали препарати, які містять естроген у поєднанні з гестагеном. Одним із перших представників цієї групи був комбінований препарат естрадіолу валерату та левоноргестрелу **Клімонорм** (виробництво Zentiva, Чехія), який здобув популярність завдяки зручності таблетованої форми.

Левоноргестрел, який входить до складу **Клімонорму**, має слабку андрогенну активність, що надає жінкам енергії, покращує настрій і сексуальне бажання. Водночас препарат чинить потужний супресивний вплив на ендометрій, а також має протизапальні властивості, що забезпечує безпечність і додаткові переваги при ендометріозі або міомі матки.

Сучасні дані демонструють, що прийом **Клімонорму**, завдяки вмісту 2 мг естрадіолу валерату (перша фаза застосування препарату протягом 9 днів) і додаванню 0,15 мг левоноргестрелу (друга фаза — в наступні 12 днів), значно покращує стан слизових оболонок піхви. Це підтверджується зростанням індексу вагінального здоров'я, який базується на оцінці зволоженості, еластичності, рівня рН і кольпоцитологічних показниках (Maiponai J., 2004).

Також при веденні пацієнток з урогенітальними розладами доцільне застосування місцевої естрогенної терапії, що є ефективним і безпечним методом усунення урогенітальних симптомів, особливо в жінок із протипоказаннями до системної гормонотерапії. Одним із найбільш призначуваних препаратів є промєстрин (**Колпотрофін**, Zentiva), який не всмоктується у системний кровообіг і практично не має загальних ефектів. Це дозволяє призначати його навіть літнім пацієнткам із обтяженим соматичним анамнезом. Дані сучасних досліджень підтверджують ефективність застосування промєстрину при ГУМС. Результати нещодавнього дослідження P.R. Duarte et al. (2022) продемонстрували, що терапія промєстрином симптомів ГУМС асоціюється з купіруванням диспареунії, підвищенням частоти коїтусів та покращенням якості життя жінок у менопаузі за шкалою Сервантеса.

Сьогодні в арсеналі клініцистів наявні й інші стратегії вагінального омолодження, у тому числі немедикаментозні засоби (зволожувальні креми та лубриканти), ін'єкційні методи терапії (плазмотерапія, філери, ліпофілінг, ботулінотерапія), використання енергетичних пристроїв (лазерних, RF-термоліфтингових процедур омолодження) і хірургічна корекція анатомічних змін урогенітального тракту, яка представлена лабіо-, перінео- та вагінопластикою, слінговими та іншими методиками відновлення анатомії тазового дна (Jain D.R., 2016; Magon N., 2017; Soares-Júnior J.M., 2021; Vali S., 2023; Mohammad S., 2023).

Незважаючи на ефективну корекцію вікових змін, хірургічні методики завжди асоціюються з певними ризиками, зокрема будь-яке втручання на статевих органах, навіть малоінвазивне, може ускладнюватися приєднанням інфекції. Найпоширенішою причиною післяопераційних інфекційно-запальних ускладнень після малих хірургічних втручань на статевих органах стає умовно-патогенна та полімікробна флора. За даними досліджень, до 80% пацієнток мають безсимптомний вагінальний дисбіоз, який слід сунувати перед операцією (Потапов В.А., 2014). Оптимальним вибором у цієї категорії пацієнток є застосування комбінованого препарату, що містить тіокназол, тинідазол та лідокаїн (**Гіномакс ХЛ**, Zentiva). Така комбінація забезпечує елімінацію основних збудників вагінальних інфекцій — грибів роду *Candida*, бактерій і найпростіших. Лідокаїн чинить місцеву анестезуючу, а також синергічну дію із протигрибковими агентами щодо грибів *Candida spp.* (Pina-Vaz C., 2000; Hollmann M.W., 2001). Курс лікування препаратом **Гіномакс ХЛ** складає 3 дні, що забезпечує високий комплаєнс. За потреби терапію можна продовжити для пришвидшення загоєння слизової. Основа препарату — вітепсол — сприяє зволоженню слизової та кращому контакту активних речовин із вагінальним епітелієм. Місцеве застосування препарату **Гіномакс ХЛ** не асоціюється з ризиком системних побічних ефектів або алергічних реакцій.



Н.В. Косей

Клінічні випадки є джерелом інформації для медичних спеціалістів, оскільки вони демонструють реальні ситуації з практики та дозволяють проаналізувати ефективність різних методів діагностики й лікування. Це особливо актуально в контексті менеджменту урогенітальних розладів у жінок у клімактеричному періоді та менопаузі, де існує широкий спектр терапевтичних опцій — від консервативної терапії до хірургічних втручань.

Клінічний випадок 1

Пацієнтка, 45 років, звернулася зі скаргами на дискомфорт при фізичній активності та статевому акті, часті вагінальні виділення, епізоди нетримання сечі при кашлі. При огляді виявлено гіперемію та атрофічні зміни зовнішніх статевих органів. В анамнезі — 4 пологів, епізіотомія. Менструації нерегулярні, наявні припливи жару та пітливість уночі.

Лікування розпочали з призначення препаратів **Клімонорм** у циклічному режимі та **Колпотрофін** вагінально. Для відновлення біоценозу піхви застосовували пробіотик, а для зменшення сухості — зволожувальний гель. Через 2 місяці провели радіохвильовий ліфтинг із метою покращення тону та еластичності піхви. У подальшому виконали нитковий ліфтинг промежини та контурну пластику точки G філерами.

У результаті комплексного поетапного лікування досягнуто покращення зовнішнього вигляду та функціональності тканин без ускладнень. Пацієнтка відмітила значне зменшення дискомфорту, припинення нетримання сечі та покращення якості сексуального життя.

Клінічний випадок 2

Пацієнтка, 44 роки, звернулася зі скаргами на сухість і дискомфорт у ділянці вульви, диспареунію, збільшення малих статевих губ. Додатково відмічала зниження лібідо, нерегулярні менструації, припливи жару та порушення сну. При огляді — гіпоатрофічні зміни вульви та піхви, гіпертрофія малих статевих губ.

Призначено **Клімонорм** і **Колпотрофін** вагінально для відновлення трофіки тканин, після чого проведено лабіопластику з видаленням папілом.

Через 1 місяць виявлено хороше загоєння післяопераційних ран. Пацієнтка відмітила значне покращення зовнішнього вигляду та зменшення фізичного дискомфорту. Ще через 3 місяці, за бажанням жінки, проведено ін'єкції філерів у ділянку великих статевих губ із досягненням бажаного естетичного ефекту.

Таким чином, представлені клінічні випадки демонструють важливість комплексного підходу до корекції ГУМС. Рациональна комбінація системної МГТ і місцевого застосування естрогенів дозволяє усунути симптоми та підготувати тканини до хірургічної корекції. Водночас використання сучасних реконструктивно-пластичних методик (радіохвильовий і нитковий ліфтинг, філери, хірургічна корекція) забезпечує не лише функціональне відновлення, а й покращення естетичного вигляду зовнішніх статевих органів. Такий персоналізований підхід з урахуванням індивідуальних потреб й очікувань пацієнтки дозволяє досягти найкращих результатів та уникнути ускладнень.

Підготувала **Анна Сочнева**