



Менеджмент генитоуринарного менопаузального синдрома по следам рекомендаций Международного общества менопаузы 2025 г.: персонифицируем стратегии

М.Р. Оразов^{✉1}, В.Е. Радзинский¹, В.Е. Балан², Е.Д. Долгов¹

¹ ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», Москва, Россия;

² ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Москва, Россия

[✉]omekan@mail.ru

Аннотация

Генитоуринарный менопаузальный синдром (ГУМС) остается нерешенной проблемой медицины климактерия. До сих пор во всем мире сохраняются дефекты в диагностике и лечении ГУМС. В этой связи актуально использование наряду с отечественными клиническими рекомендациями авторитетных международных руководств, позволяющих структурировать модель консультирования женщин, страдающих ГУМС, и назначить персонифицированное лечение. В рамках данной статьи будет разобран менеджмент пациенток с верифицированным ГУМС с учетом рекомендаций Международного общества менопаузы 2025 г., а также будут представлены персонифицированные алгоритмы ведения женщин с ГУМС и ассоциированными коморбидностями.

Ключевые слова: генитоуринарный менопаузальный синдром, вульвовагинальная атрофия, эстриол, лубриканты, стрессовое недержание мочи, гиперактивный мочевого пузырь, диспареуния, пролапс тазовых органов.

Для цитирования: Оразов М.Р., Радзинский В.Е., Балан В.Е., Долгов Е.Д. Менеджмент генитоуринарного менопаузального синдрома по следам рекомендаций Международного общества менопаузы 2025 г.: персонифицируем стратегии. *Клинический разбор в общей медицине*. 2026; 7 (2): 50–56. DOI: 10.47407/kr2026.7.2.00769

Genitourinary syndrome of menopause management in the wake of International Menopause Society guidelines, 2025: strategy personalization

Mekan R. Orazov^{✉1}, Viktor E. Radzinskiy¹, Vera E. Balan², Evgeniy D. Dolgov¹

¹ Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia;

² Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute, Moscow, Russia

[✉]omekan@mail.ru

Abstract

Genitourinary syndrome of menopause (GSM) remains an unsolved problem of menopause medicine. There still GSM diagnosis and treatment defects all over the world. In this regard, it is reasonable to use both domestic clinical guidelines and credible foreign guidelines allowing one to structure a counseling model for women suffering from GSM and prescribe personalized treatment. In this paper, management of patients with the verified GSM will be analyzed considering the International Menopause Society guidelines (2025), and personalized management algorithms for women with GSM and associated comorbidities will be provided.

Keywords: genitourinary syndrome of menopause, vulvovaginal atrophy, estriol, lubricants, stress urinary incontinence, overactive bladder, dyspareunia, pelvic organ prolapse.

For citation: Orazov M.R., Radzinskiy V.E., Balan V.E., Dolgov E.D. Genitourinary syndrome of menopause management in the wake of International Menopause Society guidelines, 2025: strategy personalization. *Clinical review for general practice*. 2026; 7 (2): 50–56 (In Russ.).

DOI: 10.47407/kr2026.7.2.00769

Генитоуринарный менопаузальный синдром вчера, сегодня, завтра – нерешенная или нерешаемая проблема?

Репродуктивная медицина XXI в. проходит через период внедрения инноваций в диагностике и лечении. Современная парадигма заключается в необходимости пристального внимания к особой группе пациенток, требующих не только квалифицированной гинекологической помощи, но и мультидисциплинарного подхода с привлечением клиницистов других специализаций. Речь идет о женщинах пери- и постменопаузального возраста, число которых ежегодно растет. Согласно имеющимся данным, в 2019 г. численность населения в возрасте старше 60 лет достигла 1 млрд, а уже к 2050 г. данный показатель превысит отметку в 2,1 млрд [1]. При этом в 2021 г. доля женщин пери- и постменопау-

зального возраста (старше 50 лет) достигла 26% от общего числа женского населения во всем мире, совершив скачок на 4% за 10 лет. Это привело к появлению в медицинской практике нового понятия «Медицина климактерия» [2]. Учитывая повышение пенсионного возраста и прогрессирующий рост численности и средней продолжительности жизни населения, становится очевидно, что как минимум треть своей жизни женщина будет проживать в пери- и постменопаузе, продолжая свою профессиональную деятельность. В этой связи основной целью медицины климактерия являются поддержание и повышение общего качества жизни женщины с целью сохранения ее работоспособности и социальной адаптации.

Генитоуринарный менопаузальный синдром (ГУМС) по-прежнему остается одним из наиболее распростра-

ненных расстройств пери- и постменопаузы [3]. Согласно классическим представлениям, ГУМС – универсальный атрофический синдром, индуцированный системной гипоэстрогенией и затрагивающий все анатомические компартменты урогенитальной зоны (включая уретру, мочевой пузырь, мышцы тазового дна), а не только поверхностные ткани вульвовагинальной области [4]. По имеющимся эпидемиологическим данным, глобально ГУМС затрагивает до 74,4% пациенток пери- и постменопаузального возраста [5]. Однако цифра распространенности не отражает ее прогрессирования в зависимости от стадии репродуктивного старения по шкале STRAW+10. Так, данный показатель достигает 23,9% в раннем переходном периоде (-2), 36,8% – в позднем переходном периоде (-1), 56,1% – в ранней постменопаузе (+1a, +1b, +1c) и 71,4% – в поздней постменопаузе (+2) [6]. Таким образом, по мере «взросления» пациентки распространенность ГУМС стабильно растет, что свидетельствует о постепенном прогрессировании атрофии урогенитальной зоны, которая с течением времени затрагивает все более глубокие анатомические компартменты.

Особую актуальность данной проблеме придает существенное снижение качества жизни женщин на фоне ГУМС. Доказано, что урогенитальная атрофия напрямую ассоциирована со снижением общего качества жизни и качества сексуальной жизни в частности [7]. Согласно результатам исследования L. Costa-Paiva и соавт. (2025 г.), включавшего 266 семейных пар, было выявлено, что практически у половины (46,15%) пациенток с ГУМС отмечается снижение сексуальной функции, с развитием которой наиболее прочно ассоциированы вульвовагинальные симптомы и диспареуния [5]. Однако и данные показатели могут быть существенно занижены в связи с социальной стигматизацией обсуждаемой нозологии. Следует резюмировать, что ГУМС – важная медико-социальная проблема, требующая безотлагательной диагностики и последующего лечения.

Особую роль в клиническом менеджменте пациенток с подозрением на ГУМС играет оценка анамнестических данных, которая позволяет их стратифицировать в группу риска для последующего подробного обследования. По имеющимся данным, ведущими факторами риска развития урогенитальной атрофии являются [8, 9]:

- возраст;
- высокий индекс массы тела;
- высокий паритет;
- прерывание беременности в анамнезе;
- двусторонняя овариэктомия;
- злоупотребление алкоголем.

Следующим этапом является оценка жалоб пациентки и клинических данных. Важно помнить, что симптоматическая палитра ГУМС является крайне обширной и включает как вульвовагинальные, так и урологические и сексологические нарушения. Его особенность заключается во всевозможном сочетании данных симптомов или наличии моносимптоматики. В современном представлении к основным симптомам и объективным признакам ГУМС относят [10]:

- вульвовагинальные симптомы – зуд, сухость, жжение, адгезивные поражения малых половых губ, атрофию тканей, смещение pH в щелочную среду;
- урологические симптомы – рецидивирующие инфекции нижних мочевыводящих путей, учащение мочеиспускания, urgentные позывы, стрессовое недержание мочи (СНМ), уретральный стеноз, полип/карункул уретры, атрофию эпителия уретры, пролапс уретры;
- сексологические симптомы – диспареунию, дизоргазм, снижение лубрикации, снижение либидо.

ГУМС представляет собой мультифакториальный клинический синдром, сопровождающийся полиморфной клинической симптоматикой и существенным снижением качества жизни. В этой связи следует рассмотреть современные стратегии ведения пациенток данной когорты на основе недавно обновленных рекомендаций Международного общества менопаузы – IMS (26.12.2025).

Ведение пациенток с ГУМС: от гормонального менеджмента к негормональному

Современные подходы к клиническому менеджменту пациенток с ГУМС базируются на трех главных принципах:

- 1) учесть все объективные и субъективные данные;
- 2) объяснить женщине суть проблемы;
- 3) назначить комплексное патогенетически направленное и персонализированное лечение.

Второй пункт является основополагающим, поскольку при отсутствии должного понимания собственного состояния самой женщиной ее комплаентность к назначенной терапии будет стремиться к нулю. Согласно результатам недавнего исследования K. Gallo и соавт. (2025 г.), включавшего более 1,8 млн женщин с верифицированным ГУМС, было выявлено, что лишь 9% пациенток получили от клинициста рецепт на использование локальной эстрогенотерапии, при этом рекомендации о лечении также были даны несвоевременно – в среднем через 15 мес после постановки диагноза (межквартильный размах от 2 до 46 мес). При этом наиболее часто за медицинской помощью обращались пациентки с вульвовагинальными симптомами ГУМС и мультиморбидностью (отношение шансов 2,7 и 15,91 соответственно), в то время как женщины с урологической симптоматикой обращались к клиницисту значительно реже (отношение шансов 0,54) [11]. Таким образом, использование локальной гормональной терапии, несмотря на то что она является «золотым стандартом» лечения ГУМС, остается критически низким, что обусловлено как дефектами консультирования пациенток, так и их низкой приверженностью терапии. В этой связи мы должны осведомлять пациенток об имеющихся вариантах гормонотерапии ГУМС и ее высокой эффективности, что позволит повысить комплаентность и степень доверия женщины к клиницисту.

Обновленные рекомендации IMS по ведению пациенток с менопаузальными расстройствами, включая ГУМС (2025 г.), содержат ключевые принципы консультирования пациенток данной когорты [12]:

- необходимо информировать женщин о том, что ГУМС – это хроническое заболевание, которое не проходит без лечения и может вернуться после прекращения терапии;

- необходимо лечить симптомы ГУМС с целью повышения общего качества жизни и качества сексуальной функции;

- следует рассмотреть возможность лечения бессимптомных женщин с признаками ГУМС, поскольку симптомы могут развиваться со временем, а раннее лечение может принести значимую пользу;

- следует предлагать индивидуальное лечение с учетом фактических данных, предпочтений и потребностей женщины, а также доступности различных вариантов;

- следует информировать пациенток о том, что ГУМС требует длительной терапии, поскольку частота рецидивирования симптоматики урогенитальной атрофии остается крайне высокой.

В основе клинического менеджмента пациенток с ГУМС лежат два подхода – гормональный и негормональный. При этом данные варианты терапии не должны противопоставляться друг другу и могут использоваться совместно в рамках комплексного лечения.

Гормональный менеджмент на основе рекомендаций IMS 2025 г.

- Локальная гормональная терапия остается «золотым стандартом» лечения ГУМС. При вагинальном использовании эстрогенов в низких дозах системные риски не выявлены.

- Клиницисты должны назначать вагинальную терапию эстрогенами для улучшения мочеполовых и сексуальных симптомов, связанных с менопаузой.

- Клиницист должен рассмотреть возможность назначения вагинальной терапии эстрогенами, если симптомы ГУМС сохраняются при использовании системной менопаузальной гормональной терапии.

- Оспемифен и интравагинальный дегидроэпиандростерон – это альтернативные варианты терапии, их безопасность в долгосрочной перспективе требует дальнейших исследований.

- Клиницист должен знать, что данных о безопасности и эффективности использования системного или вагинального тестостерона для лечения ГУМС в настоящее время недостаточно [12].

Основным вопросом при назначении локальной гормональной терапии ГУМС является выбор необходимой дозы препарата эстриола. В Российской Федерации представлены препараты с различными вариантами дозирования – стандартным, низким и ультранизким [13, 14]. Однако согласно имеющимся данным, препараты эстриола в ультранизкой дозе (например, Гинофлор Э – 0,03 мг эстриола в сочетании с ацидофильными лактобактериями) не уступают по своей эффективности более высоким дозировкам, при этом имея наиболее благоприятный профиль безопасности [15]. В связи с тем, что у пациенток пери- и постмено-

паузального возраста (особенно с ГУМС) отмечается дисбаланс вагинальной микрофлоры с выраженным снижением численности полезных ацидофильных лактобактерий, перспективным является использование комбинированных препаратов с ультранизкой дозой эстриола (0,03 мг) в сочетании с ацидофильными лактобактериями (100 млн ЕД) – Гинофлор Э [16]. В настоящее время накоплена серьезная доказательная база использования данного препарата в рутинной клинической практике, согласно которой на фоне терапии отмечается целый спектр позитивных клинических эффектов [17–20], включая:

- купирование симптоматики вульвовагинальной атрофии;

- повышение качества сексуальной жизни;

- снижение степени тяжести СНМ;

- нормализацию вагинального биоценоза;

- восстановление гистоархитектоники тканей вульвовагинальной зоны.

Негормональный менеджмент на основе рекомендаций IMS 2025 г.

При наличии противопоказаний или нежелании пациентки использовать гормональные препараты клиницисту необходимо предложить альтернативные методы коррекции ГУМС.

Рекомендации IMS содержат следующие принципы негормонального менеджмента ГУМС [12]:

- Клиницист должен предлагать женщинам с симптомами ГУМС лечение с использованием вагинальных лубрикантов и увлажняющих средств пролонгированного действия.

- Вагинальные лубриканты и увлажняющие средства можно использовать отдельно или в сочетании с другими методами лечения.

- Клиницист должен рассмотреть возможность направления женщин с ГУМС и признаками несостоятельности тазового дна к физиотерапевту.

- Клиницисту следует рассмотреть возможность направления женщин к психотерапевту/сексологу, если у них имеются психосексуальные факторы, ассоциированные с ГУМС [12].

В настоящее время рынок лубрикантов или увлажняющих средств представлен множеством вариантов на водной, силиконовой и масляной основе. При этом важно понимать, что лубриканты по своей сути являются симптоматическим средством с быстрообратимым действием, лишенным как таковых терапевтических эффектов. Однако недавно в РФ был представлен уникальный мультикомпонентный лубрикант Папилокаре, включающий два типа компонентов – заключенных в ниосомы (гиалуроновая кислота и β-глюкан) и заключенных в фитосомы (экстракт центеллы азиатской), экстракты нима, кориолуса пестрого, алоэ вера, а также пребиотик BioEcolia®, реализующие ряд доказанных биологических и лечебных свойств, включая антиоксидантный, противовоспалительный, регенераторный, эстрогеноподобный, пребиотический и увлажняющий эффекты [21–27].

Принципиальными отличиями Папилокаре следует считать наличие фитосомальной структуры, позволяющей легче проходить сквозь липидный барьер рогового слоя кожи, что имеет решающее значение в дермальной абсорбции растительных компонентов. Именно такая революционная формула обеспечивает таргетную доставку всех компонентов, пролонгированное высвобождение и высокую биодоступность.

Использование данного варианта локальной негормональной терапии способствует:

- пролонгированной гидратации кожи и слизистых;
- повышению тургора и эластичности;
- поддержанию гидробаланса кожи и слизистых;
- улучшению текстуры кожи;
- индукции репарации и регенерации после микроповреждений;
- восстановлению биоценоза и pH-среды.

Таким образом, современная негормональная терапия ГУМС с использованием лубрикантов должна подразумевать использование средств с дополнительными терапевтическими и патогенетически направленными эффектами. При этом негормональная терапия по-прежнему остается относительно короткодействующей, из-за чего требуется ее длительное и стабильное использование с целью повышения качества жизни и достижения максимально физиологичного репаративного эффекта (при использовании Папилокаре).

Вместе с тем у коморбидных пациенток с дисфункцией мышц тазового дна требуется использование физиотерапевтических методов коррекции, включая

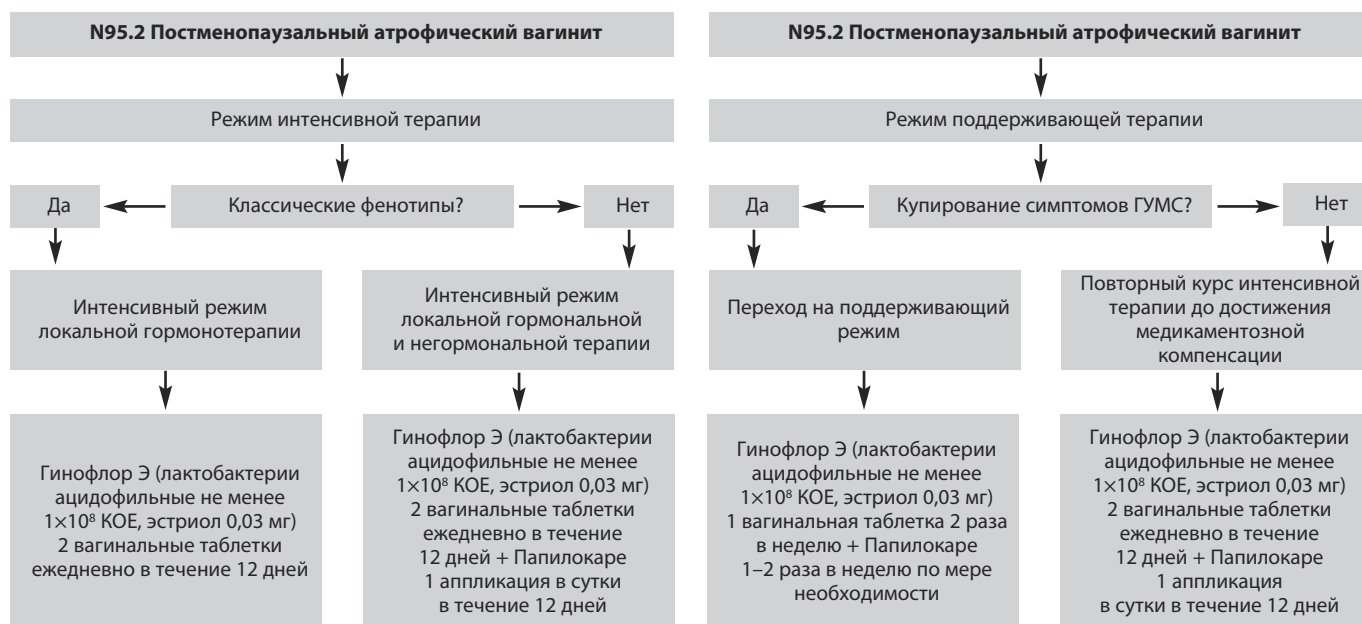
упражнения Кегеля, БОС-терапию и электромагнитную стимуляцию мышц тазового дна. При этом у пациенток с верифицированными анатомическими дефектами миофасциального компартмента требуется реконструктивная операция с целью восстановления физиологичной архитектоники тканей.

Согласно Международным рекомендациям IMS 2025 г., с возрастом у пациенток повышается риск реализации урологических нарушений, включая СНМ, urgentные позывы, гиперактивный мочевой пузырь (ГМП), поллакиурию и ноктурию [12]. Женщинам с ГМП требуются модификация образа жизни и поведенческая терапия, а при наличии СНМ актуальны тренировка мышц тазового дна и планирование последующего хирургического вмешательства. Однако главным для всех пациенток с урологическими, сексологическими нарушениями и дисфункцией мышц тазового дна является продолжение использования локальной гормонотерапии, которая способствует восстановлению гистоархитектоники в том числе глубоких анатомических компартментов уrogenитальной зоны [12].

Персонализированные стратегии ведения пациенток с ГУМС

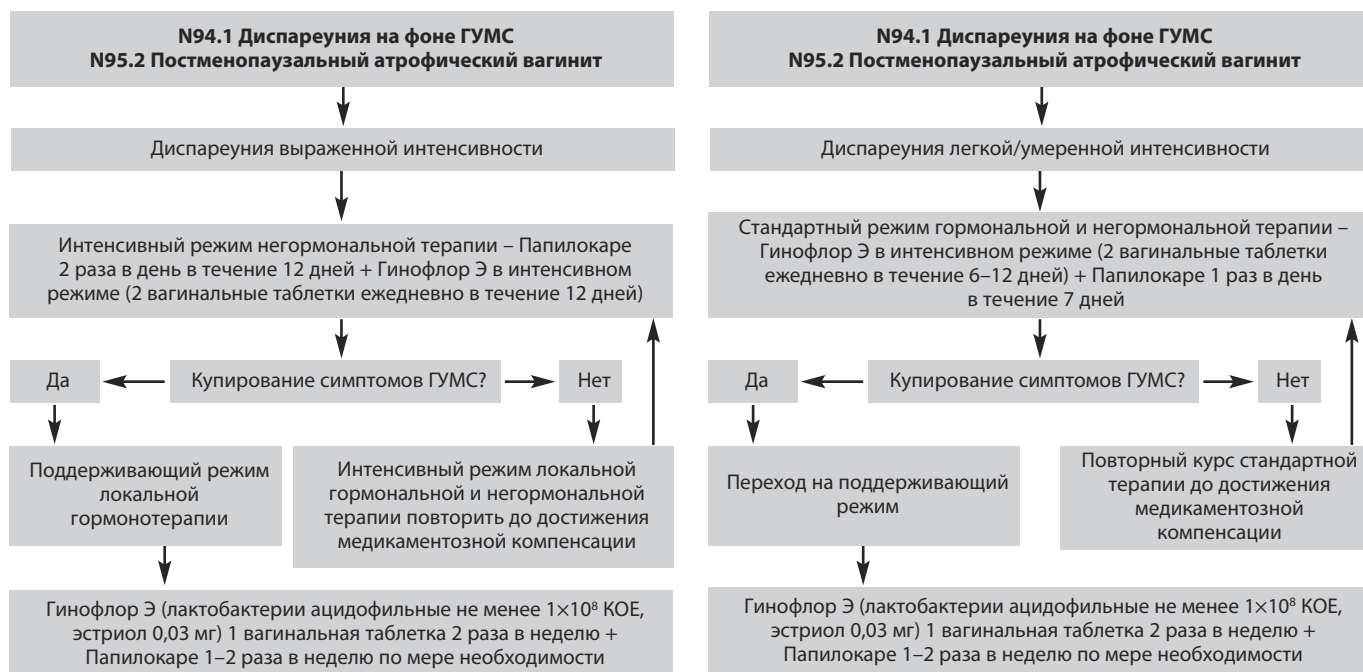
Выше рассмотрены основные положения Международных рекомендаций IMS 2025 г. по лечению пациенток с ГУМС и сопутствующими нозологиями. При этом основной их постулат остается нерушимым – локальная гормональная терапия остается «золотым стандартом» для лечения ГУМС у пациенток с полиморфными нару-

Рис. 1. Алгоритм ведения пациенток с изолированным ГУМС.
Fig. 1. Management algorithm for patients with the isolated GSM.



Алгоритм ведения пациенток с изолированным ГУМС включает режимы (периоды) интенсивной и поддерживающей терапии. Интенсивное лечение подразумевает применение препарата Гинофлор Э по 2 вагинальные таблетки ежедневно в течение 12 дней (при классических фенотипах ГУМС) с добавлением геля Папилокаре (1 аппликация в сутки в течение 12 дней при неклассических фенотипах ГУМС). В случае купирования симптомов рекомендовано переходить на поддерживающий режим: Гинофлор Э по 1 вагинальной таблетке 2 раза в неделю + Папилокаре 1–2 раза в неделю. При отсутствии купирования необходимо повторить курс интенсивной терапии.

Рис. 2. Алгоритм ведения пациенток с ГУМС и диспареунией.
 Fig. 2. Management algorithm for patients with GSM and dyspareunia.



Ведение пациенток с ГУМС и диспареунией зависит от тяжести болевого синдрома. При выраженной степени назначается интенсивный режим негормональной терапии: Папилокар 2 раза в день в сочетании с препаратом Гинофлор Э по 2 вагинальные таблетки ежедневно на протяжении 12 дней. В случае успешного купирования симптомов ГУМС рекомендован переход на поддерживающий режим локальной гормонотерапии: Гинофлор Э по 1 вагинальной таблетке 2 раза в неделю в сочетании с Папилокар 1–2 раза в неделю по необходимости. При неэффективности терапии стоит повторить интенсивную негормональную и гормональную терапию до достижения результатов. При легкой или умеренной диспареунии назначается стандартный режим терапии: Гинофлор Э по 2 вагинальные таблетки ежедневно в течение 6–12 дней в сочетании с Папилокар 1 раз в день в течение 7 дней. При купировании симптомов ГУМС рекомендовано также перейти на поддерживающий режим, а при неэффективности терапии – назначить повторный курс стандартной терапии.

Рис. 3. Алгоритм ведения пациенток с ГУМС, рецидивирующими трещинами и адгезивными поражениями вульвы, влагалища и промежности.
 Fig. 3. Management algorithm for patients with GSM and recurrent fissuring and adhesive lesions of the vulva, vagina, and perineum.



Лечение пациенток с ГУМС и рецидивирующими трещинами и адгезивными поражениями вульвы, влагалища и промежности необходимо начать с оценки выраженности симптомов. При легкой или умеренной степени подходит стандартный режим терапии: Гинофлор Э в интенсивном режиме (2 вагинальные таблетки ежедневно на 6–12 дней) в сочетании с Папилокар 1 раз в день в течение 7 дней. Тяжелая атрофия предполагает интенсивный режим – Папилокар 2 раза в день в течение 5 дней в сочетании с препаратом Гинофлор Э в интенсивном режиме (2 вагинальные таблетки ежедневно в течение 12 дней). В случае купирования симптомов ГУМС при любой степени атрофии рекомендован переход на поддерживающий режим локальной гормонотерапии: Гинофлор Э по 1 вагинальной таблетке 2 раза + Папилокар 1–2 раза в неделю по мере необходимости. Если симптомы не купируются, необходимо вернуться к курсу интенсивного режима локальной терапии.

шениями со стороны мочевыводящих путей и тазового дна, поскольку реализует аддитивный потенцирующий терапевтический эффект независимо от фенотипа сопутствующих нозологий. В этой связи мы представили авторские персонифицированные алгоритмы ведения пациенток с изолированным ГУМС в формате интенсивной и поддерживающей терапии (рис. 1), пациенток с ГУМС-ассоциированной диспареунией (рис. 2), с адгезивными поражениями и рецидивирующими трещинами (рис. 3) вульвы, влагалища и промежности, а также женщин с верифицированными СНМ (рис. 4), ГМП (рис. 5) и генитальным пролапсом (рис. 6).

Заключение

ГУМС остается одним из наиболее актуальных и до конца не решенных вопросов медицины климактерия. Несмотря на чрезвычайно высокие показатели распространенности во всем мире, диагностика и лечение ГУМС по-прежнему остаются недостаточными, причем в основе данной проблемы лежат как дефекты консультирования со стороны клиницистов, так и низкая информированность, комплаентность и гормонофобия со стороны пациенток [28–30]. Именно поэтому с целью повышения эффективности лечения следует широко

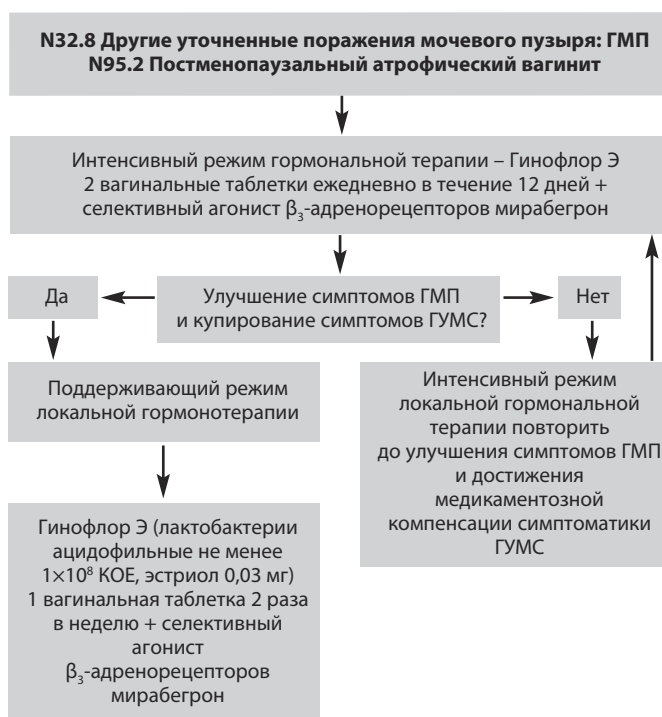
использовать принципы консультирования и ранней верификации пациенток с данной нозологией, которые отражены в недавно обновленных рекомендациях IMS (26.12.2025). Согласно данному протоколу в основе ведения пациенток с ГУМС лежат два ключевых подхода – гормональный и негормональный. В свою очередь, по имеющимся международным данным, в основе гормонального менеджмента лежит использование эстриола в ультранизкой дозе, не уступающей по своей эффективности более высоким дозам и обладающей наиболее благоприятным профилем безопасности, в сочетании с ацидофильными лактобактериями (например, Гинофлор Э), что позволит не только редуцировать симптоматику ГУМС, но и нивелировать возраст-ассоциированные нарушения вагинального микробиома. В основе негормонального менеджмента по-прежнему лежит использование лубрикантов, однако современные тренды свидетельствуют о необходимости использования революционных мультикомпонентных лубрикантов пролонгированного действия в специальной фитосомальной структуре с целью повышения биодоступности, обладающих дополнительными полипотентными терапевтическими свойствами (например, Папилокаре). Особое внимание также уде-

Рис. 4. Алгоритм ведения пациенток с ГУМС и СНМ.
Fig. 4. Management algorithm for patients with GSM and SUI.



Схема ведения пациенток с ГУМС и СНМ включает интенсивную гормональную терапию с назначением Гинофлора Э по 2 вагинальные таблетки ежедневно в течение 12 дней. В случае улучшения симптомов СНМ и купирования симптомов ГУМС можно перейти на поддерживающую гормонотерапию (Гинофлор Э по 1 вагинальной таблетке 2 раза в неделю) с последующим планированием хирургической коррекции СНМ и продолжением этой схемы лечения и после оперативного вмешательства. При отсутствии улучшения клинической картины показан повторный курс интенсивного режима гормональной терапии.

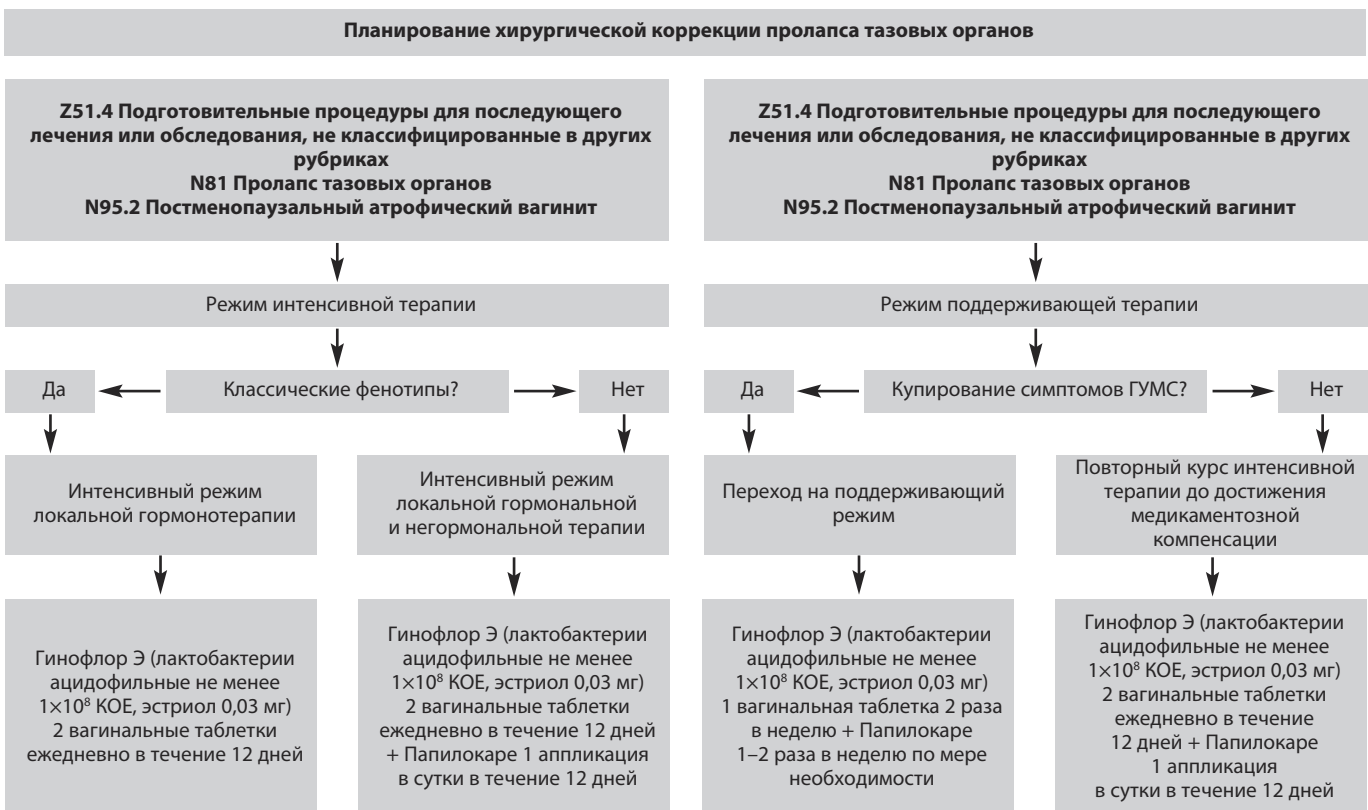
Рис. 5. Алгоритм ведения пациенток с ГУМС и ГМП.
Fig. 5. Management algorithm for patients with GSM and OAB.



Пациенткам с ГУМС и ГМП показана интенсивная гормональная терапия Гинофлором Э по 2 вагинальные таблетки ежедневно в течение 12 дней в сочетании с мирабегроном. В случае улучшения клинической ситуации рекомендован переход на поддерживающий режим локальной гормонотерапии: Гинофлор Э по 1 вагинальной таблетке 2 раза в неделю в сочетании с мирабегроном, а при отсутствии улучшения симптомов заболеваний необходимо повторить курс интенсивной терапии до улучшения симптомов ГМП и ГУМС.

Рис. 6. Алгоритм ведения пациенток с ГУМС и пролапсом тазовых органов.

Fig. 6. Management algorithm for patients with GSM and pelvic organ prolapse.



При подготовке пациенток с ГУМС и пролапсом тазовых органов к оперативному лечению медикаментозная терапия может проходить в двух разных режимах – интенсивном и поддерживающем. Интенсивное лечение при классических фенотипах ГУМС подразумевает применение препарата Гинофлор Э по 2 вагинальные таблетки ежедневно в течение 12 дней, а при неклассических – в качестве локальной гормональной и негормональной терапии Гинофлор Э и 1 аппликацию Папилокаре в сутки на протяжении 12 дней. На фоне поддерживающего режима терапии в случае купирования симптомов ГУМС рекомендовано продолжить схему (Гинофлор Э по 1 вагинальной таблетке 2 раза в сочетании с Папилокаре 1–2 раза в неделю по мере необходимости), а при отсутствии улучшений клинической картины показан повторный курс интенсивной терапии (Гинофлор Э + Папилокаре на 12 дней) до достижения необходимых результатов.

ляется пациенткам с ГУМС и сопутствующими ассоциированными нозологиями (диспареуния, генитальный пролапс, СНМ, ГМП и т.д.). В этой связи в рамках данной статьи представлены конкретные авторские персонализированные алгоритмы дифференцированного выбора терапии пациенток данной когорты, которые не только упростят рутинный клинический ме-

неджмент, но и позволят значимо повысить их качество жизни.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Список литературы доступен на сайте журнала <https://klin-razbor.ru/>
 The list of references is available on the journal's website <https://klin-razbor.ru/>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Оразов Мекан Рахимбердыевич – д-р мед. наук, проф., проф. каф. акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН.
 E-mail: omekan@mail.ru; ORCID: 0000-0002-5342-8129

Радзинский Виктор Евсеевич – акад. РАН, д-р мед. наук, проф., зав. каф. акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН, засл. деят. науки РФ.
 E-mail: radzinskiy@mail.ru; ORCID: 0000-0002-7428-0469

Балан Вера Ефимовна – д-р мед. наук, проф. каф. акушерства и гинекологии ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского». E-mail: balanmed@gmail.com; ORCID: 0000-0002-2364-6838

Долгов Евгений Денисович – клинический ординатор каф. акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН. E-mail: 1586dolgde@gmail.com; ORCID: 0000-0001-6709-5209

Поступила в редакцию: 05.02.2026
 Поступила после рецензирования: 06.02.2026
 Принята к публикации: 12.02.2026

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Mekan R. Orazov – Dr. Sci. (Med.), Professor, Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia. E-mail: omekan@mail.ru; ORCID: 0000-0002-5342-8129

Viktor E. Radzinskiy – Acad. RAS, Dr. Sci. (Med.), Professor, Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia. E-mail: radzinskiy@mail.ru; ORCID: 0000-0002-7428-0469

Vera E. Balan – Dr. Sci. (Med.), Professor, Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute. E-mail: balanmed@gmail.com; ORCID: 0000-0002-2364-6838

Evgeniy D. Dolgov – Resident, Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia. E-mail: 1586dolgde@gmail.com; ORCID: 0000-0001-6709-5209

Received: 05.02.2026
 Revised: 06.02.2026
 Accepted: 12.02.2026