

¹ Первый
Санкт-Петербургский
государственный
медицинский
университет
им. акад. И.П. Павлова

² Санкт-Петербургский
государственный
педиатрический
медицинский
университет

³ Клиника
профессора
Юцковской,
Москва

Стартовая терапия генитоуринарного менопаузального синдрома у пациенток с дизурическими расстройствами

Н.А. Татарова, д.м.н., проф.¹, В.А. Линде, д.м.н., проф.¹,
А.В. Куренков, д.м.н., проф.², М.Э. Черная³

Адрес для переписки: Нина Александровна Татарова, nina-tatarova@yandex.ru

Для цитирования: Татарова Н.А., Линде В.А., Куренков А.В., Черная М.Э. Стартовая терапия генитоуринарного менопаузального синдрома у пациенток с дизурическими расстройствами. Эффективная фармакотерапия. 2026; 22 (34): 16–21.

DOI 10.33978/2307-3586-2026-22-34-16-21

Актуальность. Генитоуринарный менопаузальный синдром (ГУМС) обусловлен атрофическими и дистрофическими процессами в эстроген-зависимых тканях и структурах нижней трети мочеполового тракта. Стартовая терапия дизурических расстройств и симптомов ГУМС дозированным кремом Триофемин на основе композиции фитокомплекса, лактобактерий, гиалуроновой кислоты и пантенола способствует восстановлению гидролипидного баланса, оказывает противовоспалительное, антисептическое и регенерирующее действие, повышает резистентность слизистой оболочки вульвовагинального и уретрального эпителия, снижает риск присоединения условно-патогенной инфекции.

Цель – оценить эффективность и безопасность стартового лечения пациенток с ГУМС и дизурическими расстройствами дозированным кремом Триофемин на основе композиции фитокомплекса (экстрактов диоскореи, центеллы азиатской, красного клевера, листьев алоэ), лактобактерий, гиалуроновой кислоты и пантенола.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 30 женщин в возрасте 43–58 лет. Критериями включения в исследование служили симптомы ГУМС и вульвовагинальной атрофии (ВВА). Дизайн исследования предусматривал два визита, включавших стандартные процедуры обследования: оценку динамики индекса вагинального здоровья, заполнение опросников, оценку боли по визуальной аналоговой шкале. Для интегральной оценки состояния пациенток использовали русскоязычную версию шкалы симптомов тазовой боли, urgency и частоты мочеиспускания (PUF Scale), адаптированную для женщин. Дозированный крем Триофемин назначали один раз в сутки в течение 30 дней. Эффективность и безопасность терапии оценивали по итогам лечения.

Заключение. Продemonstrированы эффективность и безопасность стартовой терапии дозированным кремом Триофемин в схеме лечебных мероприятий при ГУМС, ВВА и дизурических расстройствах. После применения крема жжение в области интимной зоны уменьшилось в 4,8 раза, раздражение – в 2,8 раза. Отмечалось повышение чувствительности в области наружных половых органов в 3,1 раза. В совокупности полученные данные указывают на выраженную однонаправленную положительную динамику субъективных проявлений ГУМС. Нормализовался уровень pH влагалища, увеличилось количество лактобацилл, повысился индекс вагинального здоровья. Зафиксировано благоприятное влияние терапии на дизурические симптомы: поллакиурию, ноктурию, цисталгию, императивные позывы на мочеиспускание, стрессовое недержание мочи. Состояние пациенток, оцениваемое по шкале PUF, свидетельствует о положительной динамике как по выраженности симптомов и степени беспокойства, так и по общей итоговой оценке, средний балл по которой снизился более чем в два раза. Доказанные терапевтическая эффективность и безопасность местного негормонального лечения расширяют перспективы оказания лечебно-профилактической помощи женщинам в переходном менопаузальном периоде и менопаузе.

Ключевые слова: генитоуринарный менопаузальный синдром, дизурические расстройства, Триофемин

Актуальность

Генитоуринарный менопаузальный синдром (ГУМС) – комплекс вагинальных и мочевых симптомов, связанных с развитием атрофических и дистрофических процессов в тканях влагалища и вульвы, мышцах тазового дна, связочном аппарате матки, а также нижних мочевых структурах – уретре и мочевом пузыре [1–3]. Симптомы ГУМС в виде различной степени выраженности вульвовагинальных и уринарных нарушений, значительно влияющих на качество жизни и сексуальную функцию, наблюдаются у 60–65% женщин в возрасте 45–50 лет и у 90–93% в возрасте старше 50 лет [1–4].

К наиболее распространенным симптомам ГУМС относят признаки вульвовагинальной атрофии (ВВА) – сухость влагалища, диспареунию, жжение и зуд, а также дизурические расстройства – поллакиурию, ноктурию, цисталгию, императивные позывы на мочеиспускание, недержание мочи, стрессовое недержание мочи, рецидивирующие инфекции мочевых путей, синдром болезненного мочевого пузыря и др. [1, 2, 5].

Распространенность дизурических расстройств (в частности, императивные позывы на мочеиспускание и недержание мочи) и их выраженность зависят от длительности постменопаузы: частота возрастает с 15,5% при длительности менопаузы до пяти лет до 41,4% при длительности 20 лет и более [1–3, 6].

Через год после менопаузы распространенность сухости влагалища составляет от 62 до 67%, диспареунии – 67,5%, зуда – 40%, жжения – 48%, дизурии – 15% [1–3, 7].

В исследовании I. Selvi и соавт. с участием 403 пациенток в возрасте 43–75 лет наиболее распространенными симптомами ГУМС были сухость влагалища (66,2%), снижение лубрикации (55,3%), императивные позывы на мочеиспускание (54,8%), недержание мочи (39,2%). В группе обследования отмечалась высокая доля средне-тяжелой и тяжелой форм всех видов недержания мочи, при этом число пациенток, ранее обращавшихся к врачу по поводу своих симптомов, было низким (52,8%). Авторы отметили также снижение показателей качества жизни в психосоциальном и сексуальном аспектах [8].

Цель данного исследования – оценить эффективность и безопасность стартового лечения ГУМС и дизурических расстройств дозированным кремом Триофемин на основе композиции фитоконфлекс (экстрактов диоскореи, центеллы азиатской, красного клевера, листьев алоэ), лактобактерий, гиалуроновой кислоты и пантенола.

Материал и методы

В клиническое исследование были включены 30 пациенток с симптомами ГУМС, ВВА и дизурическими расстройствами.

Критерии исключения:

- гиперчувствительность к любому из компонентов, входящих в состав исследуемого препарата;
- острые и хронические (в стадии обострения) воспалительные заболевания органов малого таза; инфекции, передаваемые половым путем;

Идеальный старт при ГУМС/ВВА^{1,2}

Уникальная комбинация гиалуроновой кислоты,
фитоконфлекса и лактобактерий уменьшает
выраженность симптомов^{3,4}



Компоненты, входящие в состав, способствуют:

- ✦ Увлажнению и повышению эластичности слизистой влагалища⁵
- ✦ Восстановлению и пролиферации влагалищного эпителия⁶
- ✦ Нормализации влагалищной микрофлоры⁷



Как применять³

ТРИОФЕМИН
крем-свечи

0 x1

Основной курс

20–30 дней ежедневно

Поддерживающий курс

2–3 раза в неделю

Повторные курсы

2–3 раза в год

20–30 дней ежедневно

Примечание. ГУМС – генитоуринарный менопаузальный синдром. ВВА – вульвовагинальная атрофия. 1. Менопауза и климактерическое состояние у женщины. Клиническое руководство. Москва, 2024. 2. The 2020 genitourinary syndrome of menopause position statement of The North American Menopause Society. Menopause. September 2020 – Volume 27 – Issue 9 – p 976–992. doi: 10.1097/GME.0000000000000169. 3. Аннотация/Информация для потребителей крем для интимной гигиены дозированный «ТРИОФЕМИН». 4. Добродотова Ю.С., Карамышева А.Х. Негормональные терапии атрофического вагинита на разных стадиях постменопаузы. РМЖ. Мать и дитя. 2025;8(4):349–351. DOI: 10.32364/2618-8430-2025-8-4-10. 5. Dos Santos C.C.M., Ugolini M.L.R., Colaneri T., et al. Hyaluronic Acid in Postmenopausal Vaginal Atrophy: A Systematic Review. J Sex Med. 2021 Jan;18(1):156–166. doi: 10.1016/j.jsxm.2020.10.016. Epub 2020 Dec 5. PMID: 33293238. 6. Ritzmann D. Herbal Treatment of Female Urogenital Atrophy: A Retrospective Cohort Analysis. Complement Med Res. 2024;31(2): 124–132. doi: 10.1155/000536193. Epub 2024 Jan 11. PMID: 38211573. PMID: PMC1098024. 7. Zeng Q., Shi H., Pan H., et al. Associations of vaginal microbiota with the onset, severity, and type of symptoms of genitourinary syndrome of menopause in women. Front Cell Infect Microbiol. 2024 Sep 24;14:102389. doi: 10.3389/fcimb.2024.102389. PMID: 39380726. PMID: PMC11458563.



www.triofemin.ru

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

- применение местной топической гормональной терапии (местных интравагинальных эстрогенов за три месяца до включения в исследование и в настоящее время);
- любое клинически значимое состояние, при котором, по мнению исследователя, пациентка не может принимать участие в исследовании.

В ходе клинического исследования проведено два визита, включавших стандартные процедуры обследования: рН-метрию влагалищного секрета, оценку состояния микрофлоры урогенитального тракта (Фемофлор-16), определение индекса вагинального здоровья (ИВЗ), консультацию уролога для исключения инфекции мочевого пузыря, заполнение опросников, оценку боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Для интегральной оценки состояния пациенток использовали русскоязычную версию шкалы симптомов тазовой боли, urgency и частоты мочеиспускания (Pelvic Pain and Urgency/Frequency Patient Symptom Scale, PUF Scale), адаптированную для женщин [5].

Дозированный крем Триофемин назначали один раз в сутки в течение 30 дней. Эффективность и безопасность терапии оценивали по итогам лечения.

Таблица 1. Шкала оценки вульвовагинальных симптомов (ВАШ)

Оценка вульвовагинальных симптомов (выберите только один ответ)	
Сухость	0 ☐ нет 1 ☐ легкая 2 ☐ средняя 3 ☐ тяжелая
Раздражение	0 ☐ нет 1 ☐ легкое 2 ☐ среднее 3 ☐ тяжелое
Жжение	0 ☐ нет 1 ☐ легкое 2 ☐ среднее 3 ☐ тяжелое
Диспареуния (боль при половом акте)	0 ☐ нет 1 ☐ легкая 2 ☐ средняя 3 ☐ тяжелая
Боль при гинекологическом осмотре	0 ☐ нет 1 ☐ легкая 2 ☐ средняя 3 ☐ тяжелая
Общее количество баллов	

Таблица 2. Шкала симптомов тазовой боли PUF*

1. Сколько раз за день вы посещаете туалет? (поллакиурия)	3–6	7–10	11–14	15–19	20+
2а. Сколько раз за ночь вы посещаете туалет? (ноктурия)	0	1	2	3	4+
2b. Если вы просыпаетесь ночью, чтобы пойти в туалет, вас это беспокоит?	Никогда	Немного	Средне	Очень	–
3. В настоящее время вы ведете активную сексуальную жизнь?	Да	Нет	–	–	–
4а. Если вы ведете активную сексуальную жизнь, ощущаете ли в настоящее время или ощущали ранее боль и симптомы во время либо после полового акта?	Никогда	Иногда	Обычно	Всегда	–
4b. Приходится ли вам избегать половых контактов из-за боли?	Никогда	Иногда	Обычно	Всегда	–
5. Чувствуете ли вы боль в области мочевого пузыря или органов таза (во влагалище, внизу живота, в уретре, промежности)?	Никогда	Иногда	Обычно	Всегда	–
6. После посещения туалета у вас бывают неотложные позывы к мочеиспусканию?	Никогда	Иногда	Обычно	Всегда	–
7а. При появлении болевых ощущений они обычно бывают...	–	незначительными	умеренными	сильными	–
7b. Беспокоят ли вас болевые ощущения?	Никогда	Иногда	Обычно	Всегда	–
8а. Если у вас бывают неотложные позывы к мочеиспусканию, то они обычно...	–	незначительные	умеренные	сильные	–
8b. Беспокоят ли вас неотложные позывы к мочеиспусканию?	Никогда	Иногда	Обычно	Всегда	–
Оценка симптомов (1, 2а, 4а, 5, 6, 7а, 8а) =					
Оценка беспокойства (2b, 4b, 7b, 8b) =					
Общая оценка (оценка симптомов + оценка беспокойства) =					

* Русскоязычный бланк из приложения к исследованию Ю.А. Куприянова и соавт. 2024 г. Шкала адаптирована для женщин профессором Н.А. Татаровой.

В соответствии с протоколом исследования, выраженность вульвовагинальных симптомов оценивали по ВАШ, адаптированной Е.И. Ермаковой (табл. 1), при исходном обследовании (визит 1) и через 30 ± 1 день применения крема Триофемин (визит 2). Динамика баллов ВАШ была предусмотрена протоколом в качестве одного из критериев оценки эффективности терапии [7].

Для оценки боли и дискомфорта при мочеиспускании и наполнении мочевого пузыря использовали десятибалльную ВАШ: 0 баллов – болевые ощущения отсутствуют; 1–3 балла – незначительная болезненность; 4–6 баллов – умеренная боль; 7–9 баллов – сильный болевой синдром; 10 баллов – невыносимая боль.

Для оценки дизурических симптомов на фоне ГУМС применяли шкалу симптомов тазовой боли, urgency и частоты мочеиспускания (PUF Scale) (табл. 2) [5, 8].

Раздел «Оценка симптомов» шкалы PUF включает сумму баллов по следующим вопросам (1, 2а, 4а, 5, 6, 7а, 8а):

1. Сколько раз за день вы посещаете туалет?
 - 2а. Сколько раз за ночь вы посещаете туалет?
 - 4а. Если вы ведете активную сексуальную жизнь, ощущаете ли вы в настоящее время или ощущали ранее боль и симптомы во время либо после полового акта?
 5. Чувствуете ли вы боль в области мочевого пузыря или органов таза (во влагалище, внизу живота, в уретре, промежности)?
 6. После посещения туалета у вас бывают неотложные позывы к мочеиспусканию?
 - 7а. При появлении болевых ощущений они обычно бывают...
 - 8а. Если у вас бывают неотложные позывы к мочеиспусканию, то они обычно...
- Раздел «Оценка беспокойства» включает сумму баллов по следующим вопросам (2b, 4b, 7b, 8b):
- 2b. Если вы просыпаетесь ночью, чтобы пойти в туалет, вас это беспокоит?
 - 4b. Приходится ли вам избегать половых контактов из-за боли?
 - 7b. Беспокоят ли вас болевые ощущения?
 - 8b. Беспокоят ли вас неотложные позывы к мочеиспусканию?



Результаты

Средний возраст пациенток составил $52,1 \pm 5,5$ года, среднее значение индекса массы тела – $23,9 \pm 4,1$ кг/м²; 25 (83%) женщин были сексуально активны.

К моменту включения в исследование в менопаузе находилось 18 (60%) пациенток. Средняя длительность менопаузы – два с половиной года.

Системную менопаузальную гормональную терапию (таблетированные формы) применяли 9 (30%) пациенток. При первичном обследовании ведущей жалобой была сухость в области наружных половых органов у всех пациенток. Жжение испытывали 24 (80%) женщины, раздражение – 25 (83,3%), снижение чувствительности – 19 (63,3%), боль при гинекологическом осмотре – 8 (26,7%). Боль и дискомфорт при мочеиспускании и наполнении мочевого пузыря, учащенное мочеиспускание и ноктурия отмечались у 24 (80%) пациенток. В таблице 3 представлена динамика жалоб пациенток на визите 1 перед началом терапии и в конце курса лечения.

На визите 2 сухость интимной области не зарегистрирована ни у одной пациентки; за период наблюдения данный симптом удалось купировать полностью. Выраженная положительная динамика зафиксирована также в отношении жжения: к окончанию курса этот симптом сохранялся только у 5 (16,7%) пациенток. После 30 дней терапии раздражение в области половых органов отмечалось у 9 (30%) женщин. Абсолютное снижение частоты данного симптома составило 53,3 процентного пункта, или приблизительно 64% относительно исходного показателя.

Увлажняющий и смягчающий эффекты крема Триофемин обеспечиваются входящими в его состав гиалуроновой кислотой и пантенолом, а также фитокомплексом.

Через 30 дней терапии болевой симптом сохранялся у 4 (13,3%) пациенток; болевые ощущения соответствовали умеренной непостоянной боли. Частота данного симптома уменьшилась в два раза ($p = 0,1336$).

Отдельно оценивалось снижение чувствительности в интимной зоне. После курса применения Триофемина чувствительность оставалась сниженной у 6 (20%) пациенток. Абсолютное снижение составило 43,3 процентного пункта, а относительное уменьшение частоты симптома – приблизительно 68,4%.

Таким образом, после использования дозированного крема Триофемин один раз в сутки в течение 30 дней на визите 2 жалоб на сухость не зафиксировано ни у одной пациентки. Зарегистрировано снижение интенсивности жжения в 4,8 раза, жалоб на раздражение – в 2,8 раза. Показатель чувствительности в области половых органов увеличился в 3,1 раза. Кроме того, число пациенток, сообщавших о боли при гинекологическом осмотре, сократилось вдвое.

В совокупности полученные данные демонстрируют выраженную одностороннюю положительную динамику субъективных проявлений ВВА и снижение суммарной интенсивности вульвовагинальных симптомов в течение 30 дней применения Триофемина.

На визите 1 средний суммарный балл по шкале оценки вульвовагинальных симптомов (ВАШ, табл. 1) составил $7,43 \pm 2,80$ и укладывался в диапазон от 4 (минимальный

Таблица 3. Оценка динамики жалоб у пациенток, абс. (%)

Симптом	Визит 1	Визит 2	p*
Сухость в интимной зоне	30 (100,0)	0 (0,0)	–
Жжение	24 (80,0)	5 (16,7)	0,0000
Раздражение	25 (83,3)	9 (30,0)	0,0002
Боль при гинекологическом осмотре	8 (26,7)	4 (13,3)	0,1336
Снижение чувствительности	19 (63,3)	6 (20,0)	0,0019
Боль и дискомфорт при мочеиспускании и наполнении мочевого пузыря, учащенное мочеиспускание и ноктурия	24 (80,0)	5 (16,7)	0,0000

* Тест МакНемара для связанных долей.

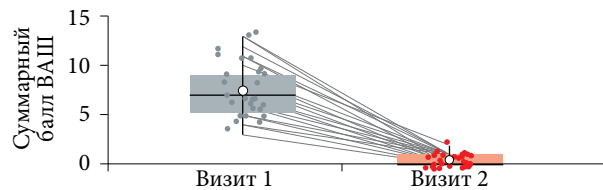


Рис. 1. Динамика суммарного балла ВАШ

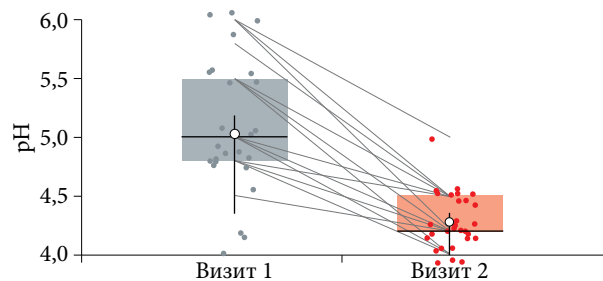


Рис. 2. pH до и после лечения

уровень умеренной непостоянной боли) до 9 баллов (максимальная оценка сильной боли). К окончанию лечения уровень боли снизился до $0,50 \pm 0,57$ балла. Абсолютное снижение среднего суммарного показателя составило 6,93 балла, что соответствовало уменьшению выраженности симптомов примерно на 93,3% относительно исходного уровня (рис. 1).

pH влагалищного секрета определяли у всех пациенток на обоих визитах. До лечения среднее значение pH составляло $5,04 \pm 0,52$. К концу исследования выявлено статистически значимое уменьшение значений pH до $4,28 \pm 0,23$ ($p = 0,0000$) (рис. 2)

На фоне эстрогенового дефицита происходит элиминация лактобактерий – нормальной микрофлоры урогенитального тракта, вырабатывающей молочную кислоту. Восстановление лактобациллярной микрофлоры является основной задачей профилактики инфекционных заболеваний урогенитального тракта. В состав дозированного крема Триофемин входят *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus casei rhamnosus Doderleini*, что обеспечивает восстановление доминирующей микрофлоры и кислотности.

После 30-дневного курса применения Триофемина результаты микробиологического исследования показали положительную динамику в виде увеличения концентрации лактобацилл во влагалище: показатели

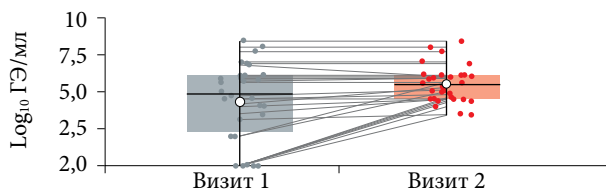


Рис. 3. Концентрация лактофлоры до и после лечения

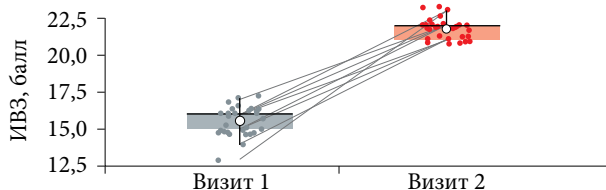


Рис. 4. Динамика общего балла ИВЗ

Таблица 4. Динамика оценки дизурических расстройств по ВАШ и PUF

Критерий	ВАШ, балл	PUF, балл		
		оценка симптомов	оценка беспокойства	общая оценка
До лечения	4,43 ± 1,80	11,1 ± 0,63 SD = 3,67	6,4 ± 0,35 SD = 2,04	17,4 ± 0,83 SD = 4,84
После лечения	2,1 ± 0,17	5,3 ± 0,53 SD = 3,09	2,2 ± 0,30 SD = 1,75	7,5 ± 0,78 SD = 4,55
p	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001

лактофлоры возросли в 1,3 раза – с $4,31 \pm 2,67$ до $5,49 \pm 1,25$ (рис. 3). Восстановление микрофлоры происходит достаточно быстро, а период комфорта сохраняется дольше.

Для оценки выраженности ГУМС и ВВА используют ИВЗ. Через 30 дней ИВЗ увеличился в 1,4 раза – с $15,57 \pm 0,90$ до $21,77 \pm 0,68$. Выявлено статистически значимое улучшение ($p < 0,05$) (рис. 4).

На визите 1 пациентки оценивали боль и дискомфорт при мочеиспускании и наполнении мочевого пузыря как умеренные, на визите 2 после курса применения дозированного крема Триофемин отмечали незначительную болезненность или отсутствие боли. Через 30 дней показатель по ВАШ снизился в два раза – с $4,43 \pm 1,80$ до $2,10 \pm 0,17$ балла. Установлено статистически значимое улучшение ($p < 0,0001$) (табл. 4).

Раздел «Оценка симптомов» шкалы PUF включает сумму баллов по вопросам 1, 2а, 4а, 5, 6, 7а, 8а. На визите 1 средний суммарный балл по данному параметру составлял $11,1 \pm 0,63$ балла; количество баллов по каждому вопросу не превышало 2, что соответствовало следующей клинической картине: количество дневных мочеиспусканий от 7 до 14; количество ночных вставаний – 1 или 2; обычно бывает боль во время или после полового акта; обычно ощущается боль во влагалище, внизу живота, в уретре, промежности; после посещения туалета иногда бывают неотложные позывы к мочеиспусканию; болевые ощущения незначительные или умеренные; неотложные позывы к мочеиспусканию незначительные или умеренные.

К визиту 2 после курса лечения данный показатель уменьшился с $11,1 \pm 0,63$ до $5,3 \pm 0,53$ балла; количество баллов по каждому вопросу составило 0 или 1. Клиническая картина улучшилась: количество дневных мочеиспусканий – от 3 до 10; количество ночных вставаний – не более одного раза; боль во время или после полового акта отсутствует или возникает иногда; боль во влагалище, внизу живота, в уретре, промежности отсутствует или возникает иногда; после посещения туалета неотложные позывы к мочеиспусканию отсутствуют или незначительные; болевые ощущения отсутствуют или незначительные; неотложные позывы к мочеиспусканию отсутствуют или незначительные.

Абсолютное снижение среднего суммарного показателя «Оценка симптомов» составило 5,8 балла, что означало уменьшение выраженности симптомов примерно на 52,3% относительно исходного уровня (табл. 4).

Раздел «Оценка беспокойства» шкалы PUF включает сумму баллов по вопросам 2б, 4б, 7б, 8б. На визите 1 средний суммарный балл составлял $6,4 \pm 0,35$; количество баллов по каждому вопросу не превышало 2, что соответствовало следующей клинической картине: беспокойство от ночных пробуждений для похода в туалет – среднее; обычно или иногда приходилось избегать половых контактов; обычно или иногда беспокоили болевые ощущения и неотложные позывы к мочеиспусканию.

На визите 2 данный показатель уменьшился с $6,4 \pm 0,35$ до $2,2 \pm 0,30$ балла; количество баллов по каждому вопросу составило 0 или 1. Клиническая картина улучшилась: пациенток немного беспокоили или вообще не беспокоили ночные пробуждения для похода в туалет; не приходилось избегать половых контактов; практически не беспокоили болевые ощущения и неотложные позывы к мочеиспусканию.

Абсолютное снижение среднего суммарного показателя «Оценка беспокойства» составило 4,2 балла, что свидетельствовало об уменьшении выраженности беспокойства примерно на 65,6% относительно исходного уровня.

Общее абсолютное снижение среднего суммарного показателя «Общая оценка» составило 9,9 балла, то есть выраженность симптомов снизилась примерно на 56,9% относительно исходного уровня (табл. 4).

Анализ состояния пациенток, оцениваемого по шкале PUF, свидетельствует о положительной динамике как при оценке симптомов и беспокойства, так и при общей итоговой оценке, средний балл по которой снизился более чем в два раза.

Заключение

Стартовая терапия в схеме лечебных мероприятий при ГУМС, ВВА и дизурических расстройствах дозированным кремом Триофемин на основе композиции фито-комплекса (экстрактов диоскореи, центеллы азиатской, красного клевера, листьев алоэ), лактобактерий, гиалуроновой кислоты и пантенола доказала свою эффективность и безопасность. Длительность применения дозированного крема Триофемин может быть увеличена; возможны повторные курсы в целях профилактики рецидивов и комплексного лечения симптомов ГУМС, ВВА и дизурических расстройств. 📌



Литература

1. Аполихина И.А., Юренева С.В., Малышкина Д.А. Генитоуринарный менопаузальный синдром: современные подходы к диагностике и лечению. *Акушерство и гинекология*. 2020; 12: 4–8.
2. Горбунова Е.А., Аполихина И.А. Атрофический цистоуретрит как одна из граней генитоуринарного синдрома. *Эффективная фармакотерапия*. 2015; 36: 32–38.
3. Менопауза и климактерическое состояние у женщины. 2025–2027. Клинические рекомендации Минздрава России. М., 2025.
4. Доброхотова Ю.Э., Ильина И.Ю., Венедиктова М.Г. и др. Локальная негормональная терапия больных с генитоуринарным менопаузальным синдромом. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2018; 18 (3): 88–94.
5. Аль-Шукри С.Х., Кузьмин И.В., Слесаревская М.Н. и др. Применение русскоязычной версии шкалы симптомов тазовой боли, urgency и частоты мочеиспускания (PUF Scale) у больных с синдромом болезненного мочевого пузыря. *Урологические ведомости*. 2017; 7 (2): 5–9.
6. Соловьева А.В., Черная М.Э., Татарова Н.А. Комплексная альтернативная (фитоэстрогены + гиалуроновая кислота) терапия генитоуринарного менопаузального синдрома. *Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение*. 2025; 13 (3): 81–92.
7. Ермакова Е.И., Сметник А.А. Опыт клинического применения негормонального вагинального крема для лечения генитоуринарного менопаузального синдрома/вульвовагинальной атрофии у пациенток с эстрогензависимыми онкологическими заболеваниями в анамнезе. *Акушерство и гинекология*. 2023; 8: 167–176.
8. Selvi I., Baydilli N., Yuksel D., et al. Reappraisal of the definition criteria for 'Genitourinary Syndrome of Menopause', and its effect on quality of life in Turkish postmenopausal women. *Urology*. 2020; 144: 83–91.

Initial Therapy for Genitourinary Syndrome of Menopause in Female Patients with Dysuric Disorders

N.A. Tatarova, PhD, Prof.¹, V.A. Linde, PhD, Prof.¹, A.V. Kurenkov, PhD, Prof.², M.E. Chernaya³

¹ Academician I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University

² Saint Petersburg State Pediatric Medical University

³ Professor Yutskovskaya Clinic, Moscow

Contact person: Nina A. Tatarova, nina-tatarova@yandex.ru

Relevance. Genitourinary syndrome of menopause (GSM) is caused by the development of atrophic and dystrophic processes in estrogen-dependent tissues and structures of the lower third of the urogenital tract. Initial therapy for dysuric disorders and GSM symptoms with metered-dose cream Trioefemin based on a composition of a phyto-complex, lactobacilli, hyaluronic acid, and panthenol promotes restoration of hydrolipidic balance, has anti-inflammatory, antiseptic, and regenerative effects, increases resistance of the vulvovaginal and urethral epithelial mucosa, and reduces the risk of opportunistic infection.

Objective – to evaluate the efficacy and safety of initial treatment in patients with GSM and dysuric disorders using metered-dose cream Trioefemin based on a composition of a phyto-complex (extracts of *Dioscorea*, *Centella asiatica*, red clover, and aloe leaves), lactobacilli, hyaluronic acid, and panthenol.

Material and methods. The study included 30 women aged 43–58 years. Inclusion criteria were symptoms of GSM and vulvovaginal atrophy (VVA). The study design included two visits involving standard examination procedures: assessment of the dynamics of the vaginal health index, completion of questionnaires, and pain assessment using a visual analog scale. For an integral assessment of the patients' condition, a Russian-language version of the Pelvic Pain, Urgency/Frequency Patient Symptom Scale (PUF Scale), adapted for women, was used. Metered-dose cream Trioefemin was prescribed once daily for 30 days. The efficacy and safety of therapy were evaluated based on treatment outcomes.

Conclusion. The efficacy and safety of initial therapy with metered-dose cream Trioefemin in the treatment regimen for GSM, VVA, and dysuric disorders were demonstrated. After use of the cream, burning in the intimate area decreased 4.8-fold, and irritation decreased 2.8-fold. Sensitivity in the external genital area improved 3.1-fold. Taken together, the data indicate pronounced unidirectional positive dynamics of subjective manifestations of GSM. Vaginal pH normalized, the number of lactobacilli increased, and the vaginal health index improved. A favorable effect of therapy on dysuric symptoms was recorded: pollakiuria, nocturia, cystalgia, urinary urgency, and stress urinary incontinence. The patients' condition assessed by the PUF scale showed positive dynamics both in symptom severity and degree of bother and in the total summary score, whose mean score decreased more than twofold. The proven therapeutic effects and safety of local non-hormonal treatment expand the prospects for providing therapeutic and preventive care to women in the menopausal transition and menopause.

Keywords: genitourinary syndrome of menopause, dysuric disorders, Trioefemin