

Кангельдиева А.А., Сулайманова А.С.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА ГОРОДА БИШКЕК

Данная статья посвящена изучению особенностей урогенитальных расстройств и их влияние на качество жизни женщин постменопаузального возраста г.Бишкека. Проведено клиничко-лабораторное обследование 93 женщин постменопаузального возраста, наблюдавшихся в отделении гинекологической эндокринологии Кыргызского Научного Центра Репродукции Человека. В результате исследования выявлена высокая частота урогенитальных расстройств у женщин г.Бишкека – 65,6%. При этом в половине случаев (54,2%) встречались средней степени тяжести урогенитальные расстройства. Урогенитальные расстройства – состояния, снижающие качество жизни женщин в климактерии.

The aim of this article is studying the peculiarity of urogenital disorders and their influence on quality of life of postmenopausal age women of Bishkek city. Clinical and laboratory examination of 93 postmenopausal age women was provided in the department of gynecological endocrinology of Kyrgyz Scientific Center of Human Reproduction. The high frequency of urogenital disorders – 65,6% at Bishkek city women were revealed as the results of examination. In the half of the cases (54,2%) mild degree of urogenital disorders had been found. Urogenital disorders – the condition, which decreased the quality of life of menopausal age women.

Введение

Современная популяция женщин одну треть своей жизни проводит в состоянии постменопаузы. По прогнозам Всемирного Банка к 2030 году около 1млрд. 200 млн. женщин будут находиться в состоянии постменопаузы [1]. Тенденция к увеличению продолжительности жизни женщин, возросшая их социальная активность и то, что треть своей жизни женщина проводит в состоянии постменопаузы, повышает значимость проблем этой возрастной группы для общества в целом.

Частота и распространенность климактерического синдрома (КС) достигают 89,7%, однако частота некоторых его симптомов колеблется от 20 до 93% [2,3].

Считается, что 1/3 женщин в возрасте 55-60 лет отмечает симптомы урогенитальной атрофии, а к 75 годам уже 2/3 женщин ощущают урогенитальный дискомфорт [4].

В последние годы проблеме урогенитальной атрофии уделяется большое внимание, что обусловлено крайне выраженным отрицательным влиянием урогенитальных расстройств на качество жизни женщин в климактерии [4].

Таким образом, диагностика и лечение урогенитальных расстройств у женщин в постменопаузе относятся к актуальным проблемам современной гинекологии, что обусловлено прежде всего высокой частотой урогенитальных расстройств и их отрицательным влиянием на качество жизни.

Несмотря на многочисленные исследования в этой области, многие вопросы климактерия остаются не изученными. В нашей республике проводились лишь единичные исследования по изучению климактерия. Данные о распространенности урогенитальных расстройств и их влиянии на качество жизни женщин постменопаузального возраста практически отсутствуют, поэтому изучение проблем климактерия в нашей республике остается актуальной проблемой на сегодняшний день.

Материал и методы

Материалом явились результаты клиничко-лабораторного исследования 93 женщин в возрасте 50-69 лет с различными проявлениями климактерического синдрома, наблюдавшихся в отделении гинекологической эндокринологии Кыргызского Научного Центра Репродукции Человека МЗ КР.

Критериями включения в комплексное клиничко-лабораторное исследование явились:

1. Возраст пациентов от 50 до 69 лет
2. Наличие симптомов климактерического синдрома
3. Отмена гормонотерапии в течение 6 месяцев, предшествовавших проводимому обследованию.

Кроме общеклинического были применены специальные лабораторно-инструментальные методы исследования: иммуноферментный анализ на наличие урогенитальной инфекции (хламидий и вируса простого герпеса), а также с целью изучения функционального состояния гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы; микроскопия мазков из цервикального канала и вагинального содержимого на микрофлору; определение рН влагалищного содержимого; определение индекса вагинального здоровья (ИВЗ) по 5-балльной шкале Bachman G. Интенсивность симптомов поллакиурии, никтурии, цисталгии оценивали по 5-балльной шкале Barlow D. Женщинам с расстройствами мочеиспускания проводили кашлевой тест, пробу Valsalva, одночасовой количественный прокладочный тест и оценку дневников мочеиспускания. Всем пациенткам проводили расширенную кольпоскопию по общепринятой методике и ультразвуковое исследование органов малого таза.

Оценку качества жизни проводили, используя опросник Utian Quality of Life Scale (общая, социальная, медицинская, эмоциональная и сексуальная составляющие). При этом пациенткой заполнялся опросник. За каждый ответ начислялось от 0 до 5 баллов, которые затем обрабатывались при помощи специальной программы.

В заключение были сформированы 5 значений, характеризующих общее качество жизни, и отдельно

4 составляющих его компонента; эмоциональный, сексуальный, социальный и медицинский.

Также были использованы статистические методы исследования. Достоверность различий оценивалась методом вариационной статистики с использованием Т-теста Стьюдента для парных независимых выборок. Корреляционный анализ проводили с вычислением коэффициента корреляции (r) Пирсона и теста ранговой корреляции Спирмена.

Обсуждение и результаты

Под нашим наблюдением находились 93 больные с КС в возрасте от 50 до 69 лет.

Средний возраст обследованных женщин составил 55,7±8,7 лет.

К моменту проведения настоящего исследования все больные находились в состоянии постменопаузы, длительность которой колебалась в пределах от 1 до 19 лет. Средняя длительность постменопаузы составила 8,3±7,5 лет.

На наличие урогенитальных симптомов КС указывали 65,6% (n=61) женщин.

Частоту урогенитальных симптомов КС иллюстрирует таблица 1.

Таблица 1

Частота урогенитальных симптомов КС

Симптом	Абс. число	%
Зуд	26	42,6
Сухость во влагалище	22	36,1
Жжение	15	24,6
Цисталгия	8	13,1
Недержание мочи	8	13,1
Выделения из половых путей	7	11,5
Никтурия	7	11,5
Поллакиурия	7	11,5
Диспареуния	6	9,8

13,1% женщин появление УГР связывали с началом менопаузы. У 86,9% женщин УГР развились в постменопаузе – в среднем через 5-8 лет после наступления менопаузы.

Урогенитальные расстройства в 75,4% (n=46) случаев протекали в сочетании с другими симптомами КС и лишь в 24,6% (n=15) независимо от них.

У 88,5% (n=54) больных, предъявлявших жалобы на УГР, был обнаружен атрофический вагинит. Наиболее частыми симптомами атрофического вагинита были зуд и сухость во влагалище. Частота атрофического вагинита в зависимости от длительности постменопаузы видна из таблицы 2.

Таблица 2

Частота атрофического вагинита в зависимости от длительности постменопаузы

Атрофический вагинит	Длительность постменопаузы, годы				
	1-5 n=55	6-10 n=15	11-15 n=12	16-19 n=11	Всего n=93
Абс. число	22	11	10	11	54
%	40,0	73,3	83,3	100	100

Из таблицы 2 видно, что с увеличением длительности постменопаузы возрастает частота атрофического вагинита.

Дизурические явления и нарушения контроля мочеиспускания отмечены у 47,5% женщин с УГР.

Согласно классификации Балан В.Е. [5], УГР были разделены на 3 степени тяжести: легкую, среднюю и тяжелую.

К легкой степени УГР были отнесены больные с сочетанием симптомов атрофического вагинита и симптомов атрофического цистоуретрита без нарушения контроля мочеиспускания.

К средней тяжести УГР были отнесены пациентки с сочетанием симптомов атрофического вагинита, цистоуретрита и истинного недержания мочи при напряжении.

К тяжелой степени УГР отнесены больные с сочетанием симптомов атрофического вагинита, цистоуретрита с истинным недержанием мочи при напряжении и эпизодами неудержания мочи.

В нашем исследовании легкая степень УГР встречалась в 41,0% случаев с длительностью постменопаузы 4,7±3,5 года; средняя – в 54,1% случаев с длительностью постменопаузы 10,8±3,2 лет; тяжелая – в 4,9% случаев с длительностью постменопаузы 12,7 лет±4,3 года.

Всем женщинам проводилось цитологическое исследование – мазки на онкоцитологию. При этом у трех пациенток выявлена дисплазия I-II степени.

Всем пациенткам проводилось изучение мазков вагинального отделяемого путем микроскопии.

Микроскопия влагалищного содержимого показала, что у 45 (83,3%) женщин с атрофическим вагинитом воспалительная реакция практически отсутствовала, а у 3 (5,6%) установлен неспецифический кольпит, а у 6 (11,1%) – обнаружен бактериальный вагиноз.

Для выявления тяжести атрофических процессов во влагалище нами использованы определение pH влагалищного содержимого, индекса вагинального здоровья, расширенного кольпоскопического исследования.

У всех женщин с УГР были исключены инфекции, передающиеся половым путем (трихомоноз, гонорея, хламидиоз, герпетическая инфекция). С этой целью 61 пациентке с УГР был произведен иммуноферментный анализ соскоба из цервикального канала. Ни у одной пациентки вышеназванных инфекций не обнаружено.

Всем пациенткам с атрофическим вагинитом было произведено определение уровня pH влагалищного содержимого и индекса вагинального здоровья.

Зависимость уровня pH и ИВЗ от длительности постменопаузы видна из таблицы 3.

Таблица 3

**Зависимость уровня рН от длительности
постменопаузы**

Длительность постменопаузы, лет	n	рН	ИВЗ
1-5	22	4,7-5,0	4-5
6-10	11	5,5-6,0	3
11-15	10	6,1-6,8	1-2
16-19	11	6,1-7,0	1-2

Из таблицы видно, что с увеличением длительности постменопаузы величина рН влагалищного содержимого возрастала, а ИВЗ снижался и нарастала степень выраженности атрофических процессов во влагалище.

Интенсивность симптомов поллакиурии, никтурии, цисталгии оценивали по 5-бальной шкале Barlow D.

Было установлено, что частота симптомов поллакиурии и никтурии, интенсивность цисталгии, коррелируют со степенью тяжести УГР ($r=0,566$, $P=0,04$).

Прием Valsalva и кашлевой тест были положительными у всех пациенток с тяжелой степенью УГР. При средней тяжести УГР прием Valsalva был положительным у 20 (60,6%) пациенток, а кашлевой тест – у 26 (78,8%) пациенток.

Всем пациенткам с недержанием мочи ($n=8$) проводили одночасовой количественный прокладочный тест. При этом выявлена значительно большая потеря мочи при физической нагрузке у женщин с тяжелой степенью УГР в сравнении со средней тяжестью заболевания ($10,4\pm 1,5$ г и $6,2\pm 1,2$ г соответственно, $P<0,01$).

Данные дневников мочеиспускания установили достоверное повышение числа использованных прокладок ($12,4\pm 2,1$ и $6,8\pm 1,2$, $P<0,001$) и эпизодов потерь мочи за неделю ($28,5\pm 3,8$ и $8,2\pm 2,2$, $P<0,001$) у больных с тяжелой степенью УГР в сравнении со средней тяжестью заболевания.

Всем пациенткам с УГР производилась расширенная кольпоскопия. У всех пациенток с атрофическим вагинитом определялось истончение слизистой влагалища, кровоточивость, субэпителиальная сосудистая сеть, что расценивалось как картина атрофического вагинита.

У 3 (4,9%) пациенток обнаружена дисплазия шейки матки, у 4 (6,6%) пациенток кольпоскопическая картина была спокойной.

Оценка функционального состояния центрального звена репродуктивной системы производилась на основании определения концентрации в плазме

крови гонадотропных гормонов (ФСГ, ЛГ). Для оценки стероидогенной функции яичников было исследовано содержание эстрадиола в плазме крови.

Анализ полученных результатов показал повышение уровня гонадотропинов и низкое содержание яичниковых гормонов у всех обследованных женщин.

С целью уточнения размеров матки, яичников и толщины эндометрия всем женщинам произведено ультразвуковое сканирование органов малого таза. При этом патологии не выявлено ни у одной из них.

При оценке качества жизни по индексу UQOLS выявлено, что значение общего критерия индекса UQOLS соответствовало $48,9\pm 0,7$ баллам, т.е. расценивалось как "низкое".

Медицинский, эмоциональный и сексуальный компоненты качества жизни у всех пациенток характеризовались как "низкие" ($13,2\pm 0,5$, $14,3\pm 0,3$ и $2,5\pm 0,2$ соответственно), а социальный – как "удовлетворительный" ($21,8\pm 1,2$ баллов).

Таким образом, частота урогенитальных расстройств у женщин постменопаузального возраста г.Бишкека довольно высокая и достигает 65,6%. При этом у половины женщин отмечается средней степени тяжести УГР.

Выявлено, что с истечением времени нарастает частота и тяжесть УГР.

Степень выраженности атрофических процессов во влагалище зависит от длительности постменопаузы и определяется уровнем рН, значением индекса вагинального здоровья и данными кольпоскопического исследования.

Частота таких симптомов атрофического цистoureтрита как поллакиурия, никтурия и интенсивность цисталгии коррелируют со степенью тяжести УГР.

Урогенитальные расстройства – состояния, которые ухудшают качество жизни женщин постменопаузального возраста.

Литература:

1. Исследования проблем менопаузы в 90-х годах. Доклад научной группы ВОЗ. Женева, 1996. – С.2.
2. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. – М.: ООО Медицинское информационное агентство, 1998. – С.604.
3. Сметник В.П., Балан В.Е., Затикиан Е.П. и др. Диагностика и лечение климактерических расстройств (методические рекомендации). Москва, 1998, С.5.
4. Сметник В.П., Кулаков В.И. Руководство по климактерию – М.: ООО Медицинское информационное агентство, 2001. – С.195.
5. Балан В.Е. Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1998. – 305 с.