

УДК [618.173:618.176]-085.357

## ДИНАМИКА НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН ПРИ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ АТРОФИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

© 2011 г. Е. Н. Усольцева, Е. В. Брюхина

Уральская государственная медицинская академия  
дополнительного образования Росздрава, г. Челябинск

Изучена динамика урогенитальных атрофических расстройств (УАР) и качество жизни женщин в периоде постменопаузы, получающих трехэтапную местную заместительную гормональную терапию (МЗГТ) в течение 6 месяцев. На фоне терапии оценены симптомы УАР, определены тип недержания мочи, индекс вагинального здоровья Бохмана, выполнены кольпоскопия и цитология шейки матки. Через 3 месяца лечения симптомы УАР уменьшились у всех пациенток. К 6-му месяцу терапии 20 % женщин отметили нормализацию мочеиспускания, показатель смешанного недержания мочи снизился до 20 %, стрессового увеличился до 60 %. При оценке симптомов УАР по шкале D. Varlow наилучший результат лечения отмечен у 77,4 % больных, наличие дискомфорта – у 9,7 % и наихудший результат – у 12,9 %. По данным опросника SF-36 выявлено улучшение физического функционирования женщин, по данным WHQ – уменьшение симптомов депрессии и тревоги/страхов. Таким образом, МЗГТ уже к 3-му месяцу лечения купирует симптомы УАР, а к концу курса существенно улучшает физическое и психологическое функционирование пациенток.

**Ключевые слова:** урогенитальные атрофические расстройства, местная заместительная гормональная терапия, качество жизни.

В настоящее время в отечественной и зарубежной медицине пристальное внимание уделяется изучению качества жизни (КЖ) больных при различных проявлениях климактерического синдрома, что является крайне важным, так как оценка своего здоровья больным часто не совпадает с оценкой, выполненной врачом [4].

Опубликовано небольшое количество работ, посвященных исследованию КЖ женщин при средневременных проявлениях климактерического синдрома, к которым относятся урогенитальные атрофические расстройства (УАР). Они обычно появляются через 5–7 лет от начала менопаузы.

В основном предметом изучения при УАР является клиническая эффективность лечения [5]. При исследовании КЖ у таких больных, по данным литературы [1, 5], в основном применяются опросники, изучающие только психологический статус пациенток, или общие инструменты КЖ, которые используются в здоровой популяции и не отражают особенностей функционирования пациенток в периоде климактерия.

Необходимость применения специальных инструментов исследования КЖ больных при патологически протекающем климактерии, в том числе и при наличии УАР, и сопоставления результатов лечения с клиническими данными определило цель нашего исследования – изучить динамику показателей урогенитальных атрофических расстройств и качества жизни женщин в периоде постменопаузы, получающих эстриол – местную заместительную гормональную терапию.

Критериями включения женщин в исследование были: период естественной или хирургической постменопаузы и возраст до 70 лет, наличие УАР, отсутствие противопоказаний к использованию местной заместительной гормональной терапии (МЗГТ), согласие на участие в исследовании.

Кроме того, были определены критерии невключения женщин в исследование: возраст пациенток старше 70 лет, наличие противопоказаний к использованию МЗГТ.

### Методы

В открытом проспективном нерандомизированном лонгитюдном исследовании участвовали 48 женщин с УАР, средний возраст которых составил 58 лет (от 54,0 до 66,5; 25-й, 75-й перцентили). В среднем наступление менопаузы было зарегистрировано в 50 лет (от 47 до 50) и не отличалось от общепопуляционного значения. Большинство – 33 (68,7 %) женщины исследуемой группы находились в естественной постменопаузе, а 13 (27,1 %) – в хирургической.

По анамнестическим данным, в структуре гинекологических заболеваний наиболее распространенными являются доброкачественные опухолевые процессы матки, фоновые заболевания шейки матки, воспалительные заболевания органов малого таза и мастопатия. У 17 пациенток гинекологическая патология потребовала хирургического лечения: трем (6,2 %) женщинам произведена надвлагалищная ампутация матки без придатков и шести (12,5 %) — с придатками, двум (4,2 %) — экстирпация матки, шести (12,4 %) — операции на придатках, одной (2,1 %) — манчестерская операция по поводу опущения половых органов и двум (4,2 %) — консервативная миомэктомия.

В структуре соматической патологии на первом месте, как и в популяции, были сердечно-сосудистые заболевания, на втором — заболевания опорно-двигательного аппарата, на третьем — патология желудочно-кишечного тракта, на четвертом — заболевания мочевыделительной системы и щитовидной железы.

Всем больным для лечения УАР были назначены вагинальные свечи, содержащие эстриол 0,5 г (торговое название препарата «Овестин», Нидерланды), по модернизированной схеме:

1 этап: по одной свече 1 раз в день во влагалище в течение 3 недель;

2 этап: по одной свече 2 раза в неделю в течение 3 недель;

3 этап: по одной свече 1 раз в неделю на протяжении 18 недель.

Таким образом, длительность терапии составила 24 недели (6 месяцев).

Важно отметить, что 15 (31,2 %) из 48 пациенток в разное время ранее получали МЗГТ, при этом использовались различные по длительности и дозе схемы терапии эстриолом.

Для достижения цели были использованы следующие методы:

1. Клинико-анамнестический метод: заполнение карт осмотров пациенток, в которых отражены жалобы, анамнез, оценка симптомов вагинальной атрофии по шкале D. Barlow [5], где 1 балл — это незначительная проблема, не оказывающая влияния на повседневную жизнь; 2 — дискомфорт, периодически влияющий на повседневную жизнь; 3 — выраженная рецидивирующая проблема, влияющая на повседневную жизнь; 4 — выраженная проблема, постоянно влияющая на повседневную жизнь, и 5 баллов — очень выраженная проблема, мешающая жить.

2. Гинекологическое обследование наружных и внутренних половых органов, при котором особое внимание уделялось состоянию вульвы, слизистой влагалища и шейки матки. Для оценки степени выраженности атрофических процессов во влагалище применяли индекс вагинального здоровья Бохмана (эластичность, трансудат, pH содержимого влагалища, эпителиальная целостность и влажность

слизистой оболочки), при этом 1 балл соответствовал высшей степени атрофии, 2 — выраженной, 3 — умеренной, 4 — незначительной атрофии и 5 баллов — норма [5].

3. Определение типа недержания мочи специальным «Дрип-тестом» [6], включающим семь вопросов, с помощью которых устанавливалось наличие гиперактивного мочевого пузыря (ГАМП), смешанного (СМН) или стрессового (СТН) недержания мочи.

4. Расширенная кольпоскопия [2].

5. Цитологический метод исследования эндо- и эктоцервикса [2].

6. Изучение КЖ пациенток с помощью двух международных опросников на русском языке: общего и специального.

Общий опросник SF-36 (36-Item Short-Form Health-Survey) для изучения КЖ первого поколения, предложенный J. E. Ware (USA) в 1993 году, может применяться как у здоровых, так и больных людей. Он состоит из 36 вопросов и является «золотым» стандартом исследования КЖ. Содержит 8 шкал: физическое функционирование, ролевое физическое функционирование, боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, ролевое эмоциональное функционирование, психическое здоровье. Ответы на вопросы выражаются в баллах от 0 до 100. Большее количество баллов соответствует хорошему КЖ.

Специальный опросник WHQ (Women's Health Questionnaire) для изучения КЖ женщин в перименопаузе, разработанный Dr. Myra Hunter в 2002 году (Department of Psychology Adamson Center St. Thomas Hospital, UK), содержит 37 вопросов, объединенных в 9 шкал: депрессивные расстройства, соматические симптомы, память, вазомоторные симптомы, тревога/страх, сексуальное поведение, проблемы со сном, менструальные симптомы, привлекательность. Каждая шкала имеет размерность от 0 до 1 балла, чем ближе значение к 0, тем лучше КЖ респондента.

Методы исследования, перечисленные в пунктах 1, 2, 3 и 6, применялись до начала исследования (точка 1 — Т1), через 3 (точка 3 — Т3) и 6 (точка 4 — Т4) месяцев лечения, остальные методы (4 и 5) — только в Т1 и Т4.

Для статистического анализа данных клинических карт и показателей КЖ применялся стандартный пакет русифицированной версии SPSS 13.0. Шкалирование данных опросника SF-36 проводили по инструкции, подготовленной компанией «Эвиденс. Клинико-фармакологические исследования» [3], а специального инструмента WHQ — с помощью методики, предоставленной автором. Наличие нормального или отличного от нормального распределения признаков было установлено с помощью критерия Шапиро — Уилка. Для описательной статистики признаков с правильным распределением использовали среднее значение и стандартное отклонение, а при неправильном — медиану и интервал значений от 25-

го до 75-го перцентиля. При сравнительном анализе относительных величин использовался критерий  $\chi^2$ , а при интерпретации данных в парных точках исследования (Т1–Т3, Т1–Т4, Т3–Т4) для оценки связанной выборки по абсолютным величинам, в том числе и параметрам КЖ, применялся критерий Вилкоксона. Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$  для результатов всех видов анализа.

**Результаты**

По данным анамнеза, атрофические изменения слизистой влагалища и вульвы у 48 пациенток появились через 3 года от прекращения менструальной функции, в возрасте 53 лет (от 49 до 57). Интересным фактом, на наш взгляд, был возраст возникновения стойких УАР в зависимости от наличия или отсутствия предшествующей МЗГТ: при ее наличии в анамнезе возраст 15 женщин на момент нашего исследования составил 64,5 года (от 57,0 до 69,5), а при ее отсутствии возраст 33 пациенток был гораздо меньше – 53,5 года (от 48,5 до 64,0) ( $p = 0,02$ ).

К 3-му месяцу лечения количество пациенток, получающих МЗГТ, составило 38 человек (девять выбыли из исследования, одна пропустила повторный прием). К 6-му месяцу исследования под наблюдением осталась 31 женщина (выбыли шесть человек, и нет данных у одной).

У 15 (39,5 %) пациенток в течение первого месяца лечения отмечен ряд побочных эффектов препарата, которые самостоятельно купировались и не привели к отмене терапии: ощущение жжения во влагалище, зуд после введения свечи у 14 женщин, еще у одной жалобы были обусловлены кандидозным кольпитом. Продолжительность неприятных симптомов в среднем составила 6 дней (от 3 до 21).

На фоне лечения через 3 месяца зарегистрировано статистически значимое уменьшение жалоб пациенток на сухость во влагалище, зуд, жжение, дискомфорт и диспареунию, реже возникали кольпит, эпизоды недержания мочи, острый цистит, причем положительная динамика сохранялась к концу 6-го месяца. Жалобы больных на учащенное мочеиспускание и нейровегетативные симптомы имели лишь тенденцию к регрессу (табл. 1).

Расстройства мочеиспускания появились в среднем на 2 года позже атрофических изменений генитального тракта – с 55 лет (от 49,0 до 61,5). Мочеиспускание более 6–8 раз за день и более 1 раза за ночь отмечали большинство женщин, активные жалобы на недержание мочи были у половины, на периодические острые циститы – у 12,5 % больных (см. табл. 1).

При анализе типов недержания мочи с помощью «Дрип-теста» у 22,7 % женщин диагностирован ГАМП, у 45,4 % – СМН и у 31,9 % – СТН (рис. 1). Через 3 месяца лечения отмечена следующая динамика: ГАМП выявлен у 2,8 % пациенток, СМН – у 47,2 % и СТН – у 44,4 %, в 5,6 % случаев симптомы потери мочи купированы полностью. В конце курса терапии ни у одной женщины не было

Таблица 1

**Динамика жалоб пациенток на фоне местной заместительной гормональной терапии**

Параметр	p	До лечения (n=48)		Через 3 месяца терапии (n=38)		Через 6 месяцев лечения (n=31)	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Ощущение сухости во влагалище	$p_1-p_3=0,000$ $p_1-p_4=0,000$ $p_3-p_4=0,000$	33	68,8	5	13,2	3	9,7
Наличие зуда	$p_1-p_3=0,000$ $p_1-p_4=0,000$ $p_3-p_4=0,000$	11	22,9	3	7,9	2	6,5
Чувство жжения	$p_1-p_3=0,000$ $p_1-p_4=0,000$ $p_3-p_4=0,000$	18	37,5	1	2,6	2	6,5
Диспареуния	$p_1-p_3=0,000$ $p_1-p_4=0,000$ $p_3-p_4=0,000$	10	20,8	5	13,2	2	6,5
Дискомфорт во влагалище	$p_1-p_3=0,000$ $p_1-p_4=0,000$ $p_3-p_4=0,000$	15	31,3	6	15,8	1	3,2
Симптомы кольпита	$p_1-p_3=0,000$ $p_1-p_4=0,000$ $p_3-p_4=0,000$	3	6,3	1	2,6	0	0,0
Наличие нейровегетативных симптомов	$p_1-p_3=0,746$ $p_1-p_4=0,746$ $p_3-p_4=0,746$	17	35,4	18	47,4	16	31,4
Учащенное мочеиспускание	$p_1-p_3=0,746$ $p_1-p_4=0,590$ $p_3-p_4=0,590$	30	62,5	20	52,6	14	45,2
Эпизоды недержания мочи	$p_1-p_3=0,000$ $p_1-p_4=0,048$ $p_3-p_4=0,048$	26	54,2	14	36,8	10	32,3
Острый цистит	$p_1-p_3=0,000$ $p_1-p_4=0,000$ $p_3-p_4=0,000$	6	12,5	2	5,3	3	9,7

*Примечание.*  $p_1-p_3$  – уровень статистической значимости по критерию  $\chi^2$  при сравнении данных до начала лечения (Т1) и через 3 месяца (Т3);  $p_1-p_4$  – до начала терапии (Т1) и через 6 месяцев (Т4);  $p_3-p_4$  – через 3 (Т3) и 6 месяцев (Т4).

симптомов ГАМП, признаки СМН были у значительно меньшего количества пациенток – 20,0 %, а признаки СТН – у большего – до 60,0 %, и нормальное мочеиспускание отметили 20,0 % женщин.

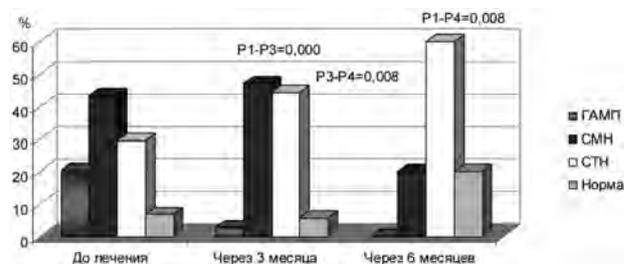


Рис. 1. Изменение структуры недержания мочи у женщин в процессе лечения

*Примечание.*  $p_1-p_3$  – уровень статистической значимости по критерию  $\chi^2$  при сравнении данных до начала лечения (Т1) и через 3 месяца (Т3);  $p_1-p_4$  – до начала терапии (Т1) и через 6 месяцев (Т4);  $p_3-p_4$  – через 3 (Т3) и 6 месяцев (Т4).

При гинекологическом исследовании определяли индекс вагинального здоровья, который был равен

в среднем 3 баллам (от 2 до 3), что указывало на преобладание умеренной атрофии слизистой влагалища у пациенток. Через 3 месяца лечения индекс вагинального здоровья составил 3,8 балла (от 3 до 4), что соответствовало незначительной атрофии, такое же значение было зарегистрировано и в конце курса терапии ( $p = 0,002$  по критерию Вилкоксона).

Расширенная кольпоскопия до назначения МЗГТ была выполнена 32 женщинам, при этом только у 9,4 % из них кольпоскопическая картина соответствовала норме, у остальных преимущественно наблюдались атрофические изменения многослойного плоского эпителия шейки матки и воспаление (табл. 2). После 6 месяцев лечения отмечено существенное улучшение состояния шейки матки, слизистой оболочки влагалища и вульвы по сравнению с исходными данными ( $p = 0,01$  по критерию  $\chi^2$ ) в основном за счет снижения частоты атрофии, воспаления и лейкоплакии.

Цитологическое исследование эндо- и эктоцервикса проведено у 36 женщин, при этом нормальная цитограмма зарегистрирована более чем у половины, а воспалительный тип – у трети пациенток (см. табл. 2). К концу курса терапии отмечено преобладание нормальных цитогрэм и уменьшение воспалительных, хотя имелось и некоторое увеличение атрофических типов мазков ( $p = 0,000$  по критерию  $\chi^2$ ).

6,2 до начала терапии; «дискомфорт, периодически влияющий на повседневную жизнь» (2 балла) у 5,9 % женщин против 46,0; «выраженная рецидивирующая проблема, влияющая на повседневную жизнь» (3 балла) для 6,5 % против 22,9; «выраженная проблема, постоянно влияющая на повседневную жизнь» (4 балла) только у 6,5 % против 18,7 и «очень выраженная проблема, мешающая жить» (5 баллов) выявлена только у 6,2 % больных в начальной точке исследования ( $p = 0,000$  по критерию  $\chi^2$ ) (рис. 2).

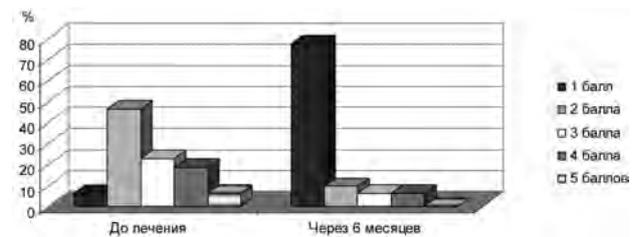


Рис. 2. Оценка влияния урогенитальных атрофических симптомов на повседневную деятельность женщин по шкале D. Barlow

При анализе КЖ пациенток по данным общего опросника SF-36 было выявлено статистически значимое улучшение физического функционирования женщин на фоне МЗГТ: (54,8 ± 22,0) балла в Т1 vs (64,8 ± 19,5) балла в Т4 ( $p = 0,026$  по критерию Вилкоксона). Кроме того, мы обнаружили следующие тенденции: ролевое физическое функционирование повысилось с (62,5 ± 31,3) балла в Т1 до (78,9 ± 29,2) балла в Т4, боль уменьшилась с (43,4 ± 17,4) до (35,4 ± 18,2) балла (рис. 3). Неоднозначным результатом стала тенденция к ухудшению эмоционального функционирования пациенток с (80,9 ± 27,0) до (66,7 ± 30,1) балла. Данные в Т3 (через 3 месяца лечения) повторяли выявленные изменения и тенденции от Т1 к Т4.

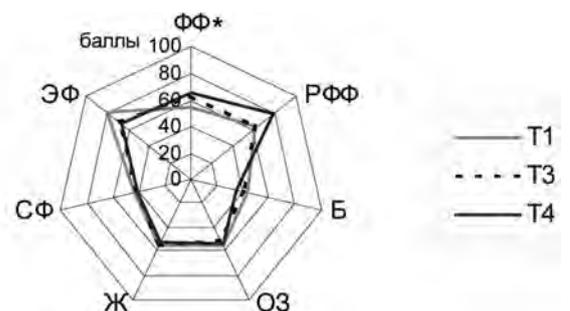


Рис. 3. Качество жизни женщин на фоне терапии по данным общего опросника SF-36

Примечания: ФФ – физическое функционирование, РФФ – ролевое физическое функционирование, Б – боль, ОЗ – общее здоровье, Ж – жизнеспособность, СФ – социальное функционирование, ЭФ – эмоциональное функционирование; \*  $p_{1-4} = 0,026$ .

По результатам тестирования остальных шкал SF-36 не было выявлено какой-либо значимой динамики: общее здоровье – (55,8 ± 10,6) балла в Т1 vs (54,3 ± 8,4) балла в Т4; жизнеспособность – (55,7 ± 12,2) vs (52,1 ± 10,9); социальное функционирование – (43,7 ± 13,4) vs (40,4 ± 12,6) балла.

Таблица 2  
Результаты кольпоскопического и цитологического исследования в процессе лечения

Состояние эпителия шейки матки	Кольпоскопия				Цитология шейки матки			
	До лечения (n=32)		Через 6 месяцев лечения (n=23)		До лечения (n=36)		Через 6 месяцев лечения (n=25)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Норма	3	9,4	9	39,1	23	63,9	21	84,0
Атрофия	13	40,6	8	34,9	1	2,8	3	12,0
Воспаление	11	34,4	3	13,0	11	30,5	1	4,0
Эктопия цилиндрического эпителия	1	3,1	0	0,0	–	–	–	–
Лейкоплакия	3	9,4	0	0,0	–	–	–	–
Йоднегативная зона	1	3,1	2	8,7	–	–	–	–
Ацетобелый эпителий	0	0,0	1	4,3	–	–	–	–
Метаплазия	–	–	–	–	1	2,8	–	–

Самостоятельная оценка больными степени влияния УАР на их повседневную жизнь по шкале D. Barlow претерпела существенные изменения к концу терапии по сравнению с исходными данными. Большинство пациенток через 6 месяцев лечения считали, что испытываемые симптомы – это «незначительная проблема, не оказывающая влияния на повседневную жизнь» (1 балл): 77,4 % против

Применение WHQ для изучения КЖ пациенток (рис. 4), страдающих УАР, следует считать пилотным исследованием, так как этот опросник в основном применялся до настоящего времени только в зарубежных странах, и необходимо было тщательно изучить психометрические свойства данного инструмента в русскоязычной популяции.

С учетом специальной направленности опросника выявлено статистически значимое улучшение эмоционального состояния больных на фоне проводимой терапии уже к 3-му месяцу наблюдения. Уменьшились симптомы депрессии: (0,52 ± 0,20) балла в Т1; (0,30 ± 0,30) в Т3; (0,45 ± 0,20) в Т4 ( $p_{1-3} = 0,006$ , по критерию Вилкоксона). Снижился показатель шкалы тревога/страхи: (0,51 ± 0,30) балла; (0,40 ± 0,30) и (0,39 ± 0,30) соответственно ( $p_{1-3} = 0,034$ ). При этом по данным опросника SF-36 отмечалась противоположная тенденция к изменению показателя эмоционального функционирования. На фоне предложенной терапии выявлена тенденция к улучшению сна пациенток: (0,75 ± 0,30); (0,63 ± 0,30) и (0,65 ± 0,40) балла соответственно.

При анализе проявлений менопаузы не было отмечено существенных колебаний в Т1, Т3 и Т4 значений шкал соматических ((0,64 ± 0,30); (0,70 ± 0,30) и (0,70 ± 0,30) балла соответственно) и вазомоторных ((0,50 ± 0,40); (0,47 ± 0,40) и (0,63 ± 0,40) балла) симптомов. Память/внимание составляли около 50 % от возможного наилучшего результата: (0,53 ± 0,40); (0,59 ± 0,40); (0,54 ± 0,40) балла.

Сексуальные отношения имели только 15 женщин из всей группы, по шкале сексуальных нарушений показатели имели промежуточное значение: (0,48 ± 0,20) балла в Т1; (0,57 ± 0,30) в Т3; (0,53 ± 0,30) в Т4. Показатель внешней привлекательности имел тенденцию к ухудшению: (0,44 ± 0,40); (0,35 ± 0,30); (0,54 ± 0,40) балла соответственно, что, возможно, отражает процессы естественного старения организма во время нашего наблюдения.

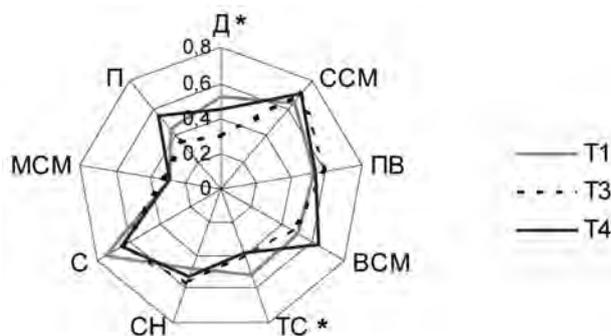


Рис. 4. Качество жизни пациенток на фоне терапии по данным специального опросника WHQ

Примечание: Д – депрессия ( $*p_{1-3} = 0,006$ ), ССМ – соматические симптомы, ПВ – память/внимание, ВСМ – вазомоторные симптомы, ТС – тревога/страхи ( $*p_{1-3} = 0,034$ ), СН – сексуальные нарушения, С – сон, МСМ – менструальные симптомы, П – привлекательность в балах.

Таким образом, динамика КЖ пациенток, страдающих УАР, продемонстрировала значительное улуч-

шение не только физического, но и психологического функционирования на фоне МЗГТ.

### Обсуждение результатов

При обследовании 48 женщин, получающих трехэтапную МЗГТ, отмечено купирование симптомов УАР уже к 3-му месяцу лечения, которое сохранялось до конца курса терапии. Кроме того, произошла нормализация состояния шейки матки, по данным расширенной кольпоскопии и цитологии эндо- и эктоцервикса, что соответствует данным других авторов [5, 7].

Динамика КЖ пациенток продемонстрировала статистически значимое улучшение физического функционирования женщин по данным общего опросника SF-36, а также снижение уровня депрессии и тревоги/страхов по результатам специального инструмента WHQ.

Отмечая недостатки исследования, следует заметить, что не все женщины завершили курс предложенной терапии. К 3-му месяцу лечения количество пациенток, получающих МЗГТ, составило 38 человек (девять выбыли из исследования, одна пропустила повторный прием). Этот факт был связан с появлением определенных жалоб, которые потребовали отмены препарата: аллергическая реакция в виде сильного зуда и жжения, отека наружных половых органов выявлена у пяти женщин, отказ от продолжения лечения ввиду необходимости повторных визитов к врачу – у двух. У одной больной через 1,5 месяца выявлены признаки гиперплазии эндометрия по данным УЗИ (до исследования данных о состоянии эндометрия нет), что потребовало специального лечения. Необычной жалобой стало увеличение массы тела одной пациентки через 1,5 месяца лечения. Еще одна женщина не смогла посетить врача через 3 месяца лечения, но продолжила терапию в дальнейшем.

К 6-му месяцу лечения под наблюдением осталась 31 женщина (выбыли шесть человек, и нет данных у одной), причиной отказа от завершения лечения у пяти больных было значительное уменьшение симптомов УАР, что стало поводом для прекращения курса лечения самостоятельно без обращения к врачу. Еще одна больная получила закрытую черепно-мозговую травму и прервала терапию. У другой пациентки появились жалобы на тянущие боли внизу живота, что послужило поводом для УЗИ органов малого таза, при котором обнаружена киста яичника.

По нашему мнению, динамика структуры недержания мочи у женщин, получающих МЗГТ 6 месяцев, произошла за счет увеличения случаев нормализации мочеиспускания (20,0 %), снижения частоты ГАМП (0 %) и СМН (20,0 %), однако было отмечено увеличение количества больных со СТН (60,0 %). Последнее, наиболее вероятно, связано с тем фактом, что у этих женщин были выявлены изменения топографической анатомии мочевого пузыря и стенок влагалища, а на подобные нарушения, как известно, МЗГТ влияния не оказывает.

При анализе эффективности предложенной трехэтапной МЗГТ, которая была оценена врачом на основании комплекса объективных методов исследования, среди 31-й пациентки, закончившей курс лечения, мы отметили наличие хорошего результата только у девяти, удовлетворительного — у 21 и неудовлетворительного — у одной (рис. 5). По данным самооценки влияния симптомов заболевания на повседневную жизнь по шкале D. Barlow хороший результат лечения (1 балл) зарегистрировали гораздо большее количество женщин — 24, удовлетворительный (2 балла) — только три и неудовлетворительный результат отметили также большее количество больных — четыре (3 и 4 балла, 5 баллов не отмечено). Этот факт, во-первых, вновь доказывает, что оценка результатов лечения, выполненная больным, не совпадает с оценкой, произведенной врачом. Во-вторых, он свидетельствует о большей чувствительности пациенток при терапии УАР к двум диаметрально противоположным оценкам лечения. В-третьих, мы полагаем, что трехэтапная МЗГТ вместо распространенной двухэтапной (1-й этап — ежедневная МЗГТ в течение 3 недель, 2-й этап — 2 раза в неделю, так долго, насколько это необходимо больной) является вполне приемлемой для терапии таких больных.

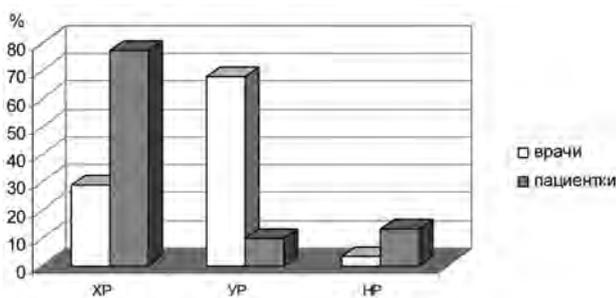


Рис. 5. Оценка результата лечения, выполненная врачом и его пациентками

*Примечание.* ХР — хороший результат (1 балл по шкале D. Barlow), УР — удовлетворительный результат (2 балла), НР — неудовлетворительный результат (3, 4, 5 баллов).

Имеются сведения о применении методологии исследования КЖ у пациенток с патологическим климактерием. Так, по мнению В. Е. Балан [5], патологический климактерий снижает КЖ больных в постменопаузе на 78,1 % за счет вегетативно-сосудистых нарушений (11,4 %), эмоционально-психических расстройств (26,1 %), физических изменений (40,0 %) и урогенитальных расстройств (22,5 %). Причем при средней степени тяжести последних показатели КЖ уменьшаются на 16,0 %, а при тяжелой степени на 70,5 %. В наше исследование мы не включили контрольную группу (здоровых), так как методология КЖ позволяет произвести внутригрупповой мониторинг.

По данным опросника «Уровень социальной фрустрированности», разработанного СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, при патологическом климактерии, в том числе и при атрофических урогенитальных расстройствах, у жительниц г. Екатеринбурга 45–60 лет

уровень КЖ в 1,5 раза ниже по сравнению с уровнем при физиологически протекающем климактерии (3,9 балла) [1]. Пятилетнее применение различных видов заместительной гормональной терапии привело к повышению уровня КЖ с 2,9 до 4,1 балла, по результатам данного опросника. Так как КЖ это не только психологическое, но и физическое, социальное функционирование, мы считаем, что изучение только уровня социальной фрустрированности у пациенток с урогенитальными расстройствами не является достаточным. К тому же необходимо применение специальных опросников для климактерического периода.

Действительно, используя общий инструмент SF-36 мы отметили статистически значимое улучшение только физического функционирования пациенток. Применяя специальный опросник WHQ, выявили динамику психологического состояния женщин: снижение уровня депрессии и тревоги/страхов.

Особенностью опросника WHQ является возможность его применения у женщин в периоде менопаузального перехода, когда менструальная функция еще сохранена. Шкала «менструальные симптомы» включает следующие утверждения: 1) «Моя грудь болезненно чувствительна или причиняет мне беспокойство»; 2) «Я испытываю спазм или боли в животе»; 3) «У меня обильные менструации»; этот пункт пропускается, если менструаций нет; 4) «Я ощущаю вздутие живота». Мы считаем, что оценка этой шкалы у женщин в менопаузе не целесообразна, так как, несмотря на логичный пропуск 3-го утверждения, остальные не содержат информации для респондента о связи перечисленных симптомов именно с наличием менструации.

Таким образом, трехэтапная местная заместительная гормональная терапия уже к 3-му месяцу лечения купирует симптомы урогенитальных атрофических расстройств, существенно изменяет структуру недержания мочи с преобладанием стрессового компонента, улучшает самочувствие больных, индекс вагинального здоровья, кольпоскопическую картину и данные цитологии шейки матки. На фоне терапии достоверно улучшилось физическое функционирование женщин по данным общего опросника SF-36, а также уменьшилась выраженность депрессии и тревоги/страхов по результатам специального инструмента WHQ.

#### Список литературы

1. Антропова М. Ц. Проблемы урогенитального старения у женщин при дефиците половых стероидов: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Антропова Мария Цветановна. — Пермь, 2008. — 22 с.
2. Гинекология: национальное руководство / под ред. В. И. Кулакова, И. Б. Манухина, Г. М. Савельевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 1072 с. — (Серия «Национальные руководства»).
3. Инструкция по обработке данных, полученных с помощью опросника SF-36. [Электронный ресурс]. Режим доступа: [www.cpr.spb.ru/question/sf-36\\_guidelines.rtf](http://www.cpr.spb.ru/question/sf-36_guidelines.rtf)
4. Криуленко И. П. Популяционное исследование качества жизни населения Костромы и Костромской области /

И. П. Криуленко, Т. И. Ионова, Т. П. Никитина, К. А. Курбатова // Вестник Межнационального центра исследования качества жизни. — 2009. — № 13–14. — С. 42.

5. *Медицина климактерия* / под ред. В. П. Сметник. — Ярославль : ООО «Издательство Литера», 2006. — 848 с.

6. *Недержание мочи*. [Электронный ресурс]. Режим доступа: [www.cardiosite.ru/recommendations/article.asp/](http://www.cardiosite.ru/recommendations/article.asp/)

7. *Тихомирова Е. В.* Особенности клиники и лечения урогенитальных расстройств в перименопаузе : дис. ... канд. мед. наук / Тихомирова Е. В. — М., 2005. — 168 с.

#### **DYNAMICS OF SOME INDICATORS OF WOMEN'S QUALITY OF LIFE DURING HORMONAL CORRECTION OF UROGENITAL ATROPHIC DISORDERS**

**E. N. Usoltseva, E. V. Brjuhina**

*The Ural State Medical Academy of Postgraduate Education, Chelyabinsk*

Dynamics of urogenital atrophic disorders (UAD) and quality of life (QoL) of postmenopausal women receiving three-stage local hormone replacement therapy (HRT) during 6 months has been studied. The UAD symptoms, the type of the incontinence of urine, the Bochman index of vaginal health have

been assessed, colposcopy and cervix uteri cytology have been carried out. The UAD symptoms have decreased after three months of treatment of all the patients. In six months, 20 % of women noted normalization of urination, the mixed urinary incontinence index has decreased to 20 %, however, stress urinary incontinence has increased up to 60 %. According to the Barlow scale, the best result of treatment had 77.4 % of the patients, 9.7 % had discomfort and 12.9 % of the women had the worst result. Physical functioning had improved according to the SF-36 questionnaire and WHQ has registered reduction of depression symptoms and anxiety / fears. Thus, local HRT stopped UAD symptoms by the third month of treatment, and essentially improved physical and psychological state of the patients by the end of the therapy.

**Key words:** urogenital atrophic disorders, local hormone replacement therapy, quality of life.

#### **Контактная информация:**

*Усольцева Елена Николаевна* — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии Уральской государственной медицинской академии дополнительного образования Росздрава

Адрес: 454021, г. Челябинск, пр. Победы, д. 287

Тел. 8 (351) 741-22-83

E-mail: elena-usoltseva@yandex.ru