

ГОРМОНАЛЬНЫЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОК С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ И НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

ДИВАКОВА Т.С.*, МИЦКЕВИЧ Е.А.***, ТИХОНОВА Л.В.***

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»,

*кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ПК,**

*УЗ «Витебский областной клинический родильный дом»,***

*отдел научно-медицинской информации УО «ВГМУ»****

Резюме. В связи с увеличением продолжительности жизни важное значение приобретает качество жизни женщин в пери- и постменопаузе. Климактерический синдром, запуская последовательность патологических процессов, приводит к увеличению заболеваемости и смертности пациенток трудоспособного возраста. Целью настоящего исследования явилось определение гормонального фона пациенток с пролапсом гениталий и недержанием мочи для оптимизации их хирургического лечения.

Ключевые слова: пролапс половых органов, стрессовое недержание мочи, половые гормоны, качество жизни.

Abstract. Due to the increasing life expectancy the quality of life of women in peri- and postmenopause acquires great significance. Climacteric syndrome starting a sequence of pathological processes leads to the increased morbidity and mortality of female patients of able-bodied age. The aim of this study was to determine hormonal levels of female patients with genitals prolapse and incontinence of urine to optimize their surgical treatment.

В последние годы все больше внимание врачей привлекают медицинские аспекты увеличения продолжительности и улучшения качества жизни. Более трети жизни женщины занимает период угасания репродуктивной функции, который часто ассоциирован с состояниями, значительно ухудшающими все аспекты жизни.

Начиная с перименопаузы, гормональный фон прогрессивно меняется, а именно

повышается уровень гонадотропинов, снижается количество эстрогенов. Климактерические расстройства влекут за собой последовательность патологических процессов: на раннем этапе – вегето-сосудистые, эндокринные, психо-эмоциональные; на следующем этапе – урогенитальные, атрофия кожи и слизистых, сердечно-сосудистые заболевания и остеопороз. Наряду с увеличением заболеваемости и смертности женщин от инфарктов, инсультов, последствий перелома шейки бедра, важное значение имеет качество жизни именно в перименопаузе.

При климактерических расстройствах циклический прием эстрогенов и прогестинов

Адрес для корреспонденции: 210023, г.Витебск, пр-т Фрунзе, 27, Витебский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ПК, тел. 8 (0212) 27-23-50 – Дивакова Т.С.

снижает проявления вегето-сосудистых расстройств, нормализуют психо-эмоциональный фон. Конечной целью заместительной гормональной терапии (ЗГТ) является профилактика остеопороза и ишемической болезни сердца. Однако решение о целесообразности системного приема гормонов должно приниматься индивидуально и строго по показаниям. В настоящий момент не вызывают сомнений такие опасные отдаленные риски длительного бесконтрольного использования ЗГТ, как тромбофилические осложнения, рак молочной железы [1, 2, 6, 8]. В терапии урогенитальных расстройств, а именно атрофического вагинита, уретрита, диспареунии, чаще рекомендуют применять местные формы эстрогена, которые значительно снижают вероятность системных пролиферативных реакций [5, 7].

Целью настоящего исследования явилось определение гормонального фона пациенток с пролапсом гениталий и недержанием мочи для оптимизации их хирургического лечения.

Методы

В исследование были включены 40 женщин с сочетанием пролапса гениталий и недержанием мочи (основная группа), подвергшихся хирургическому лечению. Степень и вид пролапса гениталий определяли по международной классификации POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Qualification, 1996 г.), вид недержания мочи согласно классификации The International Society of Continence (ICS, 1988 г.), степень инконтиненции по классификации T.A. Stamey (1975 г.). В контрольную группу были включены 20 женщин без исследуемых заболеваний. Принимавшие участие в исследовании женщины были в перименопаузе, сопоставимы по возрасту и соматическому статусу.

Анализируя жалобы, обращали внимание на продолжительность заболевания, связь с менопаузой, приём лекарственных препаратов. Учитывали сопутствующую гинекологическую и нефрологическую патологию, паритет родов, перенесённые оперативные вмешательства.

Оценивали проявления климактерического синдрома: усиленное потоотделение, оз-

ноб, лабильность давления, головные боли, раздражительность, слабость, плохой сон, снижение либидо.

Обследование женщины на гинекологическом кресле начинали с осмотра наружных половых органов и преддверия влагалища. При оценке вульвы и влагалища обращали внимание на наличие атрофических изменений, которые указывают на эстрогенную недостаточность: истончение и сухость слизистой, гиперемия. При вагинальном исследовании оценивали размер влагалища, состояние слизистой и характер выделений, наличие рубцовой деформации влагалища и уретры, положение уретры и шейки мочевого пузыря, наличие и форма цистоцеле и уретроцеле, наличие и степень ректоцеле, положение шейки матки и тела матки, расположение и подвижность шейки мочевого пузыря по отношению к симфизу. Выполняли «тест Бонни», «кашлевую пробу» для диагностики стрессового недержания мочи и опущения половых органов.

Лабораторные исследования (мазок из уретры и цервикального канала на *gn*, степень чистоты влагалища, общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, посев мочи на микрофлору) были направлены на исключение инфекции нижнего отдела мочеполового тракта. Всем женщинам выполняли расширенную кольпоскопию. Диагностировали характерные признаки эстрогенной недостаточности: атрофия слизистой, петехии, выраженный сосудистый рисунок. 11 пациенткам основной группы для дифференциальной диагностики было выполнено сонография почек.

Для уточнения диагноза пациенткам предлагали заполнить дневник мочеиспускания (в течение 2-3 дней) и анкеты, отражающие симптомы заболевания и качество жизни, рекомендованные ICS: Pelvic floor distress inventory PFDI; Pelvic floor impact questionnaire PFIQ; Pelvic organ prolapse/urinary incontinence sexual function questionnaire PISQ; ICIQ-SF.

Для оценки качества жизни использовали визуально-аналоговую шкалу (ВАШ, VAS) [9]. Предлагали пациентке отметить на шкале цифру, характеризующую общее состояние здоровья за последние 6 месяцев (табл. 1):

Таблица 1

Визуально-аналоговая шкала оценки качества жизни пациенток

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
отлично					хуже, чем когда-либо				

Гормоны эндокринной системы исследовали в плазме крови натошак. Определяли концентрацию пролактина, фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), эстрадиола, тестостерона, дегидроэпиандростерона (ДГЭА), кортизола. Кровь брали из локтевой вены с 9 до 10 ч натошак, центрифугировали, 2 мл полученной плазмы использовали для исследования в двух сериях. Накануне пациентке не рекомендовали половую жизнь, гинекологическое обследование, осмотр и пальпацию молочных желез. Полученные результаты расценивали согласно нормам лаборатории.

Анализ данных проводили с использованием программы Статистика 6,0.

Результаты и обсуждение

Средний возраст пациенток основной группы был $55,2 \pm 7,2$ года, в контрольной - $54,6 \pm 8,1$ года. Длительность менопаузы в основной группе составила $5,8 \pm 2,3$ года, в контрольной группе - $5,1 \pm 2,8$ года.

72,5% больных указали на появление симптомов дисфункции тазового дна в перименопаузе, длительность формирования пролапса гениталий составила $5,5 \pm 2,3$ года, недержания мочи $4,6 \pm 1,6$ года. Из сопутствующей гинекологической патологии преобладали: гиперпластические процессы гениталий - 77,5%, хронические воспалительные заболевания гениталий - 37,5%.

Климактерический синдром был у 28 пациенток (70,0 %) основной группы и 13 пациенток (60,0%) контрольной группы: легкой степени тяжести у 17 пациенток (42,5%) основной группы и у 7 пациенток (35,0%) контрольной группы; средней степени тяжести - у 11 (27,5%) и у 5 (25,0%) соответственно.

В результате клинического обследования пациенток основной группы выявлено, что пролапс гениталий II степени был у 9 (22,5%),

III степени - у 27 (67,5%), IV степени - у 4 (10,0%). Стрессовое недержание мочи было у 11 (27,5%) пациенток, смешанное недержание - у 29 (72,5%). Степень выраженности стрессового компонента недержания мочи была легкой - у 11 (27,5%) пациенток, средней - у 23 (57,5%), тяжелой - у 6 (15,0%) [3].

У 31 (77,5%) пациентки основной группы наряду с симптомами пролапса гениталий и недержания мочи, были жалобы на ощущение сухости и зуда вульвы, бели, диспареунию. При осмотре на гинекологическом кресле, дополненном расширенной кольпоскопией, признаки атрофического вульвовагинита выявлены у 37 (92,5%) пациенток основной группы, у 7 (35,5%) пациенток контрольной группы при $p < 0,05$.

Нефрологическая патология была у 3 (7,5%) пациенток в виде хронического пиелонефрита, хронического цистита, нефроптоза. В контрольной группе заболевания мочевыделительной системы выявлены у 2 (10,0%) женщин.

При оценке качества жизни пациенток с пролапсом гениталий и недержанием мочи показатель качества жизни был 8,3 балла, тогда как в контрольной группе - 3,2 балла.

В результате исследования гормонального профиля пациенток основной и контрольной групп получены следующие результаты (табл. 2):

Все данные по уровню гормонов находились в пределах нормы. Не отмечено значимых колебаний концентрации ФСГ, ЛГ, эстрогенов и андрогенов как основных маркеров эстрогенной недостаточности.

Достаточный уровень эстрадиола у пациенток с клиникой гипозестрогении свидетельствует о преимущественном поражении рецепторного аппарата нижнего отдела мочеполового тракта, а не сниженной функцией эндокринных желез. Подобное состояние может быть вызвано родовыми травмами, возрастными инволютивными процессами в со-

Таблица 2

**Уровень гормонов крови у пациенток с сочетанной патологией тазового дна
(основная группа) и у здоровых (контрольная группа)**

Гормон	ФСГ	ЛГ	Эстрадиол	Прогестерон	Тестостерон	ДГЭА	Кортизол
Единица измерения	МЕ/л	МЕ/л	нмоль/л	нмоль/л	нмоль/л	нг/дл	нмоль/л
Основная группа	53,02±8	29,61±5	0,048±0,02	1,18±0,6	0,99±5	121,47±7	481,34±4
Контрольная группа	35,06±7	27,55±9	0,050±0,03	1,43±0,5	0,59±8	86,39±5	163,77±7

четании с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза, конституциональной слабостью соединительной ткани. В настоящий момент наиболее перспективным является изучение роли дисплазии соединительной ткани в генезе пролапса гениталий и недержания мочи у женщин [4].

При сочетании жалоб и клинических проявлений атрофического вульвовагинита мы назначали местную терапию эстрогенами длительностью от 10 дней до 21 дня. ЗГТ получила 31 (77,5%) пациентка основной группы. После курса терапии улучшение самочувствия отметили все пациентки, полное исчезновение симптомов заболевания – 28 (70,0%).

Заключение

1. Пациентки с пролапсом гениталий и недержанием мочи имеют значительное снижение качества жизни.

2. Частота климактерического синдрома у пациенток с пролапсом гениталий и недержанием мочи сопоставима с популяцией. При этом отличия гормонального фона у женщин без пролапса гениталий и пациенток с пролапсом гениталий и недержанием мочи отсутствуют.

3. Признаки атрофического вагинита служат показанием для назначения местных препаратов, содержащих эстрогены.

Литература

1. Балан, В.Е. Принципы заместительной гормонотерапии урогенитальных расстройств / В.Е. Балан. –

Гинекология. – 2000. – Т. 2, № 5. – 140 с.
 2. Дивакова, Т.С. Пролапс внутренних половых органов и стрессовое недержание мочи у женщин: патогенез, клиника, диагностика, современные подходы к лечению / Т.С. Дивакова, Е.А. Мицкевич. – Репродуктивное здоровье в Беларуси. – 2009. – № 5(05) – 21 с.
 3. Мицкевич, Е.А. Распространенность пролапса гениталий и недержания мочи у женщин / Е.А. Мицкевич. – Материалы 63 итоговой научно-практической конференции студентов и молодых ученых. – Витебск, ВГМУ. – 2011. – 47 с.
 4. Роль дисплазии соединительной ткани в патогенезе пролапса гениталий и недержания мочи. / С.Н. Буянова [и др.] Росс. вест. акушера-гинеколога. – 2009. – №2 – 127 с.
 5. Vaginal microflora in postmenopausal women on hormone replacement therapy / Gupta S. [et al.] Indian.J. Pathol. Microbiol. – 2006. – Vol. 49. – P. 457.
 6. Caution: Vaginal estradiol appears to be contraindicated in postmenopausal women on adjuvant aromatase inhibitors / Kendall A. [et al.] Ann. Oncol. – 2006. – Vol. 17. – P. 584.
 7. Lowdose vaginally administred estrogens may enhance local benefitis os systemic therapy in the treatment of urogenital atrophy in postmenopausal women on hormone therapy is effective for manging atrophic vaginitis / Palacios S. [et al.] Maturinas. – 2005. – Vol. 50. – P. 98–104.
 8. Suckling, J. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women / Suckling J., Lethaby A., Kennedy R. Coch. Database Syst.Rev. –2006. –Vol. 18. – P. 1500.
 9. Stan Grant [et al.] A Comparison of the Reproducibility and the Sensitivity to Change of Visual Analogue Scales, Borg Scales, and Likert Scales in Normal Subjects During Submaximal Exercise / Chest. 1999. Vol.116. – P. 1208–1217.

Поступила 21.11.2011 г.

Принята в печать 02.12.2011 г.