

ОРЖИН

АКУШЕРСТВО • ГИНЕКОЛОГИЯ • РЕПРОДУКЦИЯ

№2(2)

2008

Урогенитальные расстройства
климактерического периода.
Часть 1: этиология, патогенез,
диагностика

Гормональный статус
и микробиоценоз влагалища

Урогенитальные расстройства климактерического периода. Часть 1: этиология, патогенез, диагностика

Ромашенко О.В., Мельников С.Н.,

Институт урологии АМН Украины

Резюме: В первой части обзора проанализированы современные литературные данные об особенностях развития урогенитальных расстройств у женщин в период менопаузы. Показана обратная корреляция уровня заболеваемости с выработкой эстрогенов. Рассмотрена проблема психосоциального дискомфорта, сопутствующего урогенитальным расстройствам, как дополнительного фактора снижения показателя качества жизни. Даны рекомендации по улучшению качества диагностики постменопаузальных урогенитальных расстройств.

Ключевые слова: урогенитальные расстройства, постменопауза, заместительная гормональная терапия, эстриол.

В последнее время отмечено изменение демографической ситуации в мире за счет увеличения в популяции числа женщин старшей возрастной группы, и соответственно, вступающих в период менопаузы [1].

Менопауза, не являясь собственно заболеванием, приводит к нарушению эндокринного равновесия в организме женщины. На фоне дефицита половых гормонов, преимущественно эстрогенов, у каждой второй пациентки возникают климактерические нарушения в виде вазомоторных, эмоционально-психических, различных урогенитальных расстройств (УГР) и обменных нарушений. УГР - это симптомокомплекс вторичных осложнений, связанных с развитием атрофических и дистрофических процессов в эстрогензависимых тканях и структурах нижней трети мочеполового тракта (мочевом пузыре, уретре, влагалище), а также в связочном аппарате малого таза и мышцах тазового дна. В основном, УГР развиваются через 5 лет и более после наступления менопаузы. Если в перименопаузальном периоде УГР встречаются у 10% женщин, то уже в возрастной группе 55-60 лет - у 50%, к 75 годам трудно встретить женщину, у которой не наблюдалось бы отдельных симптомов УГР. Отмеченное увеличение частоты УГР среди женщин данной возрастной группы негативно сказываются на состоянии бытового и социального комфорта [2,3]. На фоне развития расстройств в мочеполовой сфере у женщин нередко развиваются явления так называемого психосоциального дискомфорта характеризующегося сочетанием ряда внешних

(социальных) и внутренних (психологических) факторов [4].

К внешним факторам психосоциального дискомфорта относятся изменение привычного жизненного уклада и увеличение проблем в общении с близкими, проблемы в общении с близким человеком, сужение круга общения, вынужденная смена места работы и т.д. Все эти проблемы напрямую связаны с возникновением и развитием нарушений в мочеполовой сфере. К внутренним факторам относятся: развивающееся чувство неполноценности, чрезмерная «заикленность» на проблемах в урогенитальной сфере.

Ряд авторов упоминает в качестве факторов психосоциального дискомфорта, сопутствующего урогенитальным расстройствам климатерия, материальные факторы. Не секрет, что в пожилом возрасте доходы уменьшаются. Сокращение дохода с одновременным ростом затрат на средства личной гигиены, на лечение обострений инфекций, сопутствующих урогенитальным расстройствам и другие затраты закономерно отражаются на общем психологическом состоянии женщины. Нередко сочетание данных факторов психосоциального дискомфорта, всегда сопутствующих урогенитальным расстройствам, приводит к развитию различных форм депрессии.

Недержание мочи при напряжении и неудержание мочи не только определяют степень тяжести УГР, но и снижают качество жизни - при средней степени тяжести УГР на 26,0%, при тяжелой степени УГР - на 70,5% [5].

С возрастом частота развития урогенитальной атрофии прогрессирует в связи с необратимыми возрастными метаболическими изменениями, обусловленными нарастающим дефицитом эстрогенов.

На фоне общих инволютивных процессов в организме женщины прослеживается изменение микробиоценоза влагалища и ослабление механизмов локальной защиты, что облегчает его инфицирование. По мере нарастания прогрессирующих атрофических изменений во влагалище, наблюдается снижение его объемного кровотока и кровоснабжения, фрагментации эластических и гиалиноза коллагеновых волокон, уменьшение содержания гликогена в клетках эпителия влагалища, значительное уменьшение количества молочной кислоты, повышение pH влагалища до 6,5-8,0. В зависимости от степени эстрогенного дефицита и возрастных метаболических нарушений элиминируется основной компонент влагалищного биотопа — лактобациллы. Происходит колонизация вагинального биотопа как экзогенными, так и эндогенными микроорганизмами с последующим риском развития восходящей инфекции. По мнению Е.Ф.Кира преобладающей патологией у женщин в постменопаузе является бактериальный вагиноз, который проявляется активно на фоне эстрогенного дефицита [6]. Следует отметить, что кишечную палочку выделяют у 10-30% здоровых женщин данной возрастной группы. Обнаружение отдельных видов микроорганизмов, в том числе колиформной, грамотрицательной микрофлоры, еще не позволяет дать оценку состояния вагинального микробиоценоза. Следовательно, необходимо учитывать развитие иных, чем в репродуктивном возрасте, механизмов возникновения вторичной инфекции при формировании атрофических процессов в структурах урогенитального тракта. Потому, понимание прямой зависимости характера выраженности УГР от степени эстрогенного дефицита и метаболических нарушений у женщин в период постменопаузы является принципиальным в обосновании адекватной терапии.

На основании данных литературы и результатов собственных исследований В.Е.Балан (2000) был обобщен механизм действия эстрогенов на структуры урогенитального тракта, проявляющиеся следующим образом:

1. Введение эстрогенов вызывает пролиферацию влагалищного эпителия, увеличение синтеза гликогена, восстановление популяции лактобацилл во влагалищном биотопе, а также восстановление кислого pH влагалищного содержимого;
2. Под влиянием эстрогенов улучшается кровоснабжение влагалищной стенки, восстановление трансудации и ее эластичности, что обуславливает исчезновение сухости, диспареунии и способствует достижению сексуального комфорта.
3. Под влиянием эстрогенов улучшается кровоснабжение всех слоев уретры, восстанавливается ее мышечный тонус, качество коллагеновых структур, наблюдается пролиферация эпителия, увеличивает количество слизи.
4. Эстрогены повышают сократительную активность детрузора путем улучшения трофики и развития аденорецепторов.
5. Эстрогены улучшают кровоснабжение, трофику и сократительную активность мышц тазового дна, коллагеновых структур, входящих в состав связочного аппарата малого таза, что также способствует удержанию мочи и препятствует опущению стенок влагалища, развитию цистоцеле.
6. Эстрогены стимулируют секрецию иммуноглобулинов парауретральными железами, что является одним из факторов локального иммунитета, препятствующих развитию восходящей инфекции мочевыводящих путей [7].

Снижение уровня эстрогенов вызывает нарушение пролиферативных процессов влагалищного эпителия, снижение митотической активности клеток, в первую очередь базального и парабазального слоев, изменение чувствительности рецепторного аппарата [8].

Следует отметить, что влагалище, уретра, мочевого пузыря и нижняя треть мочеоточников имеют единое эмбриональное происхождение и развиваются из урогенитального синуса. Это объясняет наличие рецепторов к эстрогенам, прогестерону и андрогенам как в слизистой оболочке, сосудистых сплетениях влагалища, так и в тканях мочевого пузыря, уретры, а также в мышцах и связочном аппарате малого таза.

Процессы «старения» урогенитального тракта развиваются в двух направлениях:

- развитие атрофического вагинита,
- развитие атрофического цистоуретрита с явлениями нарушения контроля мочеиспускания или без такового.

Наиболее частыми клиническими симптомами атрофического вагинита являются сухость, зуд, жжение во влагалище, диспареуния, рецидивирующие вагинальные выделения, контактные кровянистые выделения. Следует помнить, что вульва, влагалище и

шейка матки- единая функционально и анатомически взаимосвязанная система, которая функционирует по законам молекулярно-клеточного обновления, поэтому поражение одного звена всегда сопровождается нарушением функции и изменением другого органа, то есть, если существует атрофический вагинит, как правило он сочетается с атрофическими экзо- и эндоцервицитами, урологическими нарушениями [9].

При осмотре женщин в постменопаузе может выявляться характерная картина «молчаливой атрофии»: истончение эпителия, кровоточивость субэпителиальных сосудов стромы, особенно при контакте. Эти симптомы характерны для начальной стадии развития урогенитальных расстройств. Женщина при этом либо не чувствует неприятных ощущений в мочеполовой сфере, либо не считает нужным рассказать о них доктору.

Основными методами диагностики атрофического вагинита являются расширенная кольпоскопия (определяется истончение слизистой влагалища, кровоточивость, петехиальные кровоизлияния, многочисленные просвечивающиеся капилляры), кольпоцитологическое исследование (при развитии атрофических процессов кариопикнотический индекс снижается до 15-20), определение pH вагинального содержимого (при развитии атрофических процессов влагалища pH может достигать 8,0, однако у сексуально - активных женщин данной возрастной группы этот показатель всегда ниже), микробиологическое исследование, оценка состояния местного иммунитета.

К проявлениям атрофического цистоуретрита относятся «сенсорные» или раздражительные симптомы:

- цисталгия - учащенное, болезненное мочеиспускание в течение дня, сопровождающееся чувством жжения, болями и режками в области мочевого пузыря и уретры;
- поллакиурия- учащение позывов к мочеиспусканию (более четырех-пяти эпизодов в день) с выделением при каждом мочеиспускании небольшого количества мочи;
- никтурия – учащение позывов к мочеиспусканию в ночное время (более одного эпизода мочеиспускания за ночь);
- стрессорное недержание мочи (при физической нагрузке, кашле, чихании, смехе, резких движениях, поднятии тяжестей);

- недержание мочи (моча вытекает без напряжения в связи с повелительными позывами).

При обследовании женщин данной возрастной группы важно тщательно анализировать жалобы больной, позволяющие выделять степень УГР. Проводится также проба Valsava: женщине с полным мочевым пузырем в положении на гинекологическом кресле предлагают потужиться. Проба считается положительной, если в области наружного отверстия уретры появляется капля мочи. Необходимо помнить и об информативности подкладочного теста при наблюдении женщин с УГР (если вес прокладки увеличивается больше чем на 1 г через час после физической нагрузки, значит, имеет место недержание мочи). Параллельно необходимо проводить бактериологическое исследование мочи [10].

Таким образом, урогенитальные расстройства в постменопаузе являются достаточно распространенной нозологией, преимущественно развивающейся в течение 5 лет после наступления менопаузы. Урогенитальным расстройствам в той или иной мере сопутствуют явления психосоциального дискомфорта со значительным снижением показателя качества жизни. Однако, не каждая женщина считает нужным заявить о проблеме лечащему врачу. Лечащий врач должен активно выявлять урогенитальные расстройства климактерического периода, задавая необходимые вопросы во время беседы с пациенткой и обращать внимание на наличие «молчаливой атрофии» при осмотре женщин постменопаузального возраста.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кулаков В.И., Сметник В.П. Руководство по климатерии. - М., 2001- 685с.
2. Менопаузальный синдром (клиника, диагностика, профилактика и заместительная гормональная терапия). Под ред. акад. В.И.Кулакова и член-корр. Е.В.Вихляевой-М., 1996.
3. Аляев Ю.Г., Балан В.Е., Григорян В.А., Гаджиева З.К. Особенности расстройств мочеиспускания у женщин в климактерии.-Смоленск, Маджента, 2007.-192 с.
4. Гальцев Е.В., Казенашев В.В. Психосоциальный дискомфорт у женщин с эстроген-обусловленными урогенитальными расстройствами. ОРЖИН. 2007; №2: с.4-9.
5. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология.-М, Медицинское информационное агенство.-2003- 558с.
6. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз. СПб.: ООО «Нева-Люкс», 2001.-363с.
7. Балан В.Е. Принципы заместительной гормонотерапии урогенитальных расстройств// Гинекология-2000-2(5)-с.140-142.
8. Ледина А.В. Атрофические вагиниты у женщин в постменопаузе (в помощь практическому врачу)//Гинекология, 2006, экстравыпуск, с.11-13.
9. Балан В.Е. Принципы заместительной гормонотерапии урогенитальных расстройств // Consilium medicum-2003-№5(7)-с.413-417.
10. Балан В.Е. Урогенитальные расстройства в климактерии//Акушерство и гинекология-1998-№6-с.12-15.