

УРОГЕНИТАЛЬНАЯ АТРОФИЯ И СИНДРОМ ТАЗОВОЙ БОЛИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

[А. И. Неймарк¹](#), [Н. В. Шелковникова²](#)

*¹ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава
России (г. Барнаул)*

*²НУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Барнаул ОАО „РЖД“»
(г. Барнаул)*

Представлены результаты исследования, основанного на наблюдении за 140 женщинами в возрасте от 42 до 62 лет, страдающими урогенитальными нарушениями. *Цель:* определить эффективность комплексной терапии у женщин климактерического возраста, страдающих урогенитальными расстройствами и тазовыми болями. *Материалы:* 140 женщин в возрасте от 42 до 62 лет, страдающих урогенитальными нарушениями; 1-я группа (70 больных) получала только пероральную антибактериальную терапию (Фосфомицин, Уро-Ваксом), 2-я группа (70 больных) получала местную репаративную интравезикальную и вагинальную терапию (Депантол, Урогилал). Наблюдение за пациентками осуществляли в течение 6-ти месяцев. *Результаты.* У пациенток, получавших комплексную урогинекологическую терапию, отмечено существенное улучшение микроциркуляции слизистых мочевого пузыря и влагалища и ликвидация синдрома тазовой боли. *Выводы.* Установлено, что комплексная терапия позволяет эффективнее купировать симптомы урогенитальных нарушений и значительно повысить качество жизни женщин в постменопаузе.

Ключевые слова: урогенитальная атрофия, постменопауза, тазовые боли, женщины.

Неймарк Александр Израилевич — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой урологии и нефрологии ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», г. Барнаул, главный уролог Алтайского края, рабочий телефон: 8 (3852) 40-47-41

Шелковникова Наталия Васильевна — доктор медицинских наук, врач акушер-гинеколог, врач-уролог НУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Барнаул ОАО „РЖД“», рабочий телефон: 8 (3852) 66-76-18, e-mail: shelln@mail.ru

Введение. Урогенитальные расстройства в климактерии — комплекс вагинальных и мочевых симптомов, связанных с развитием атрофических и дистрофических процессов

в эстрогенозависимых тканях. Синонимом урогенитальных расстройств является урогенитальная атрофия [1].

Одновременное развитие атрофических процессов, связанных с прогрессирующим дефицитом эстрогенов в тканях, обуславливает столь частое сочетание симптомов атрофии влагалища и цистоуретральной атрофии у пациенток [2]. Многочисленные описания урогенитальной атрофии у женщин климактерического возраста рисуют портрет пациенток, страдающих урогенитальной атрофией, которая выглядит женщиной примерно 60—70—80-летнего возраста [3]. Действительно, симптомы урогенитальных нарушений возникают примерно через 5 лет и более после прекращения менструаций и в дальнейшем прогрессируют [4]. Однако урогенитальная атрофия может быть очень коварной, так как злокачественное ее течение встречается у пациенток более молодого возраста. Причем, возраст может колебаться в пределах 20—40-летней разницы, и тем самым урогенитальная атрофия легко маскируется под известные урологические заболевания — цистит и недержание мочи, гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП). Это очень важный момент, так как не всегда урологи могут отнести молодую 42-летнюю женщину к категории больных, страдающих различными нарушениями, связанными с патологическим климактерическим синдромом. После операций, сопровождающихся удалением придатков или частичной резекцией, урогенитальные нарушения возникают уже через 2–3 года после операции, а прием препаратов инъекционного введения, вовсе немедленно выключающих функцию яичников, таких как Бусерелин, Люкрин депо и др., непосредственно способствует развитию урогенитальных нарушений, связанных с атрофией слизистых [5].

Наиболее распространенным методом лечения дизурических явлений и на сегодняшний день, к сожалению, остается антибактериальная терапия [3]. Однако следует учитывать, что зачастую за стойкими нарушениями мочеиспускания и тазовыми болями скрывается не рецидивирующий хронический цистит, а урогенитальная атрофия у женщин.

Цель исследования — определить эффективность комплексной терапии у женщин климактерического возраста, страдающих урогенитальными расстройствами и тазовыми болями.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 70 женщин в возрасте от 42 до 62 лет с урогенитальными нарушениями. Молодой возраст некоторых пациенток и урогенитальные нарушения обусловлены патологической хирургической постменопаузой. Всем больным проводили опрос, заполнение дневников боли, мочеиспускания, физикальный осмотр и бимануальное влагалищное исследование, определение pH влагалищного содержимого, кольпоскопию, оценивали индекс состояния влагалища, посев мочи и мазка из влагалища на флору, дневник мочеиспускания, комплексное уродинамическое исследование (КУДИ), цистоскопию и лазерную доплеровскую флоуметрию (ЛДФ) слизистой влагалища и мочевого пузыря, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза. Тесты повторяли после окончания 3-месячного курса терапии и через 6 месяцев после включения пациенток в исследование. Выделено 2 группы больных. Контрольную составили 70 больных, которые получали этиотропную терапию хронического цистита (Фосфомицин 3 г через 10 дней № 5, Уро-Ваксом 1 кап. 1 раз в день — 2 месяца, сборы мочегонных трав). Во второй группе назначали дополнительно вагинальные свечи Депантол ежедневно в течение 20-ти дней, внутрипузырные инстилляции Урогилал 50.0 через 3 дня № 15).

Результаты исследования. До лечения 140 (100 %) больных отмечали болезненное мочеиспускание, 134 (95,7 %) пациентки — ночное мочеиспускание, императивные

позывы к мочеиспусканию испытывали 80 (57,1 %) больных, сухость и жжение во влагалище — 82 (58,6 %) пациентки, диспареунию — 60 (42,9 %) женщин, рецидивирующим выделениям из влагалища страдали 30 (21,4 %) пациенток, контактным кровавистым выделениям при половом акте — 22 (15,7 %) женщины.

После лечения в группе сравнения (ГС) болезненное мочеиспускание сохранялось у 49-ти (70) больных, ночное мочеиспускание — у 43-х (61,4 %) женщин, императивные позывы к мочеиспусканию оставались у 63-х (90 %) пациенток, сухость и жжение во влагалище — у 39-ти (55,7 %) больных, диспареуния — у 30-ти (42,9 %) больных. В основной группе (ОГ) пациенток болезненное мочеиспускание купировано у 53-х (75,7 %) женщин, ноктурия — у 59-ти (84,2 %) больных, императивные позывы к мочеиспусканию сохранялись у 11-ти (15,7 %) больных, сухость и жжение во влагалище — у 6-ти (8,6 %) пациенток, диспареуния — у 4-х (5,7 %) женщин.

Согласно дневнику мочеиспускания 140 (100 %) пациенток отмечали нарушения мочеиспускания в виде частого болезненного акта, учащенное мочеиспускание в дневное время от 8-ми до 15-ти раз, ночное мочеиспускание — от 3-х до 7-ми раз, у 80-ти (67,1 %) — с императивными позывами. После лечения болезненное и учащенное мочеиспускание в дневное и ночное время у пациенток ОГ сохранялась лишь у 10 % женщин, а в ГС — у 70 % больных.

При уретроцистоскопии до лечения у пациенток данной группы наблюдались признаки инфицированной атрофичной слизистой, багрового цвета, с множественными кровоизлияниями (табл. 1, рис. 1).

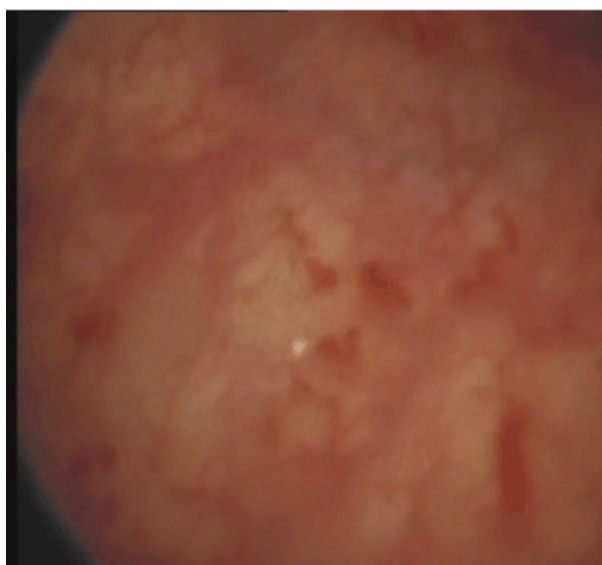


Рис. 1. Цистоскопическая картина до лечения. Атрофия слизистой мочевого пузыря. Множественные кровоизлияния в уротелии

Таблица 1

Динамика структурных изменений мочевого пузыря, выявленных при цистоскопии до и после лечения, у больных с атрофическими циститами и урогенитальной атрофией

Признак	ГС (n = 70)		ОГ (n = 70)	
	До лечения, n (%)	После лечения, n (%)	До лечения, n (%)	После лечения, n (%)

Гиперемия	70 (100)	23 (32,9)	70 (100)	5 (7,1)
Фолликулярные высыпания	3 (4,3)	2 (2,9)	5 (7,1)	0 (0)
Солевые вкрапления	13 (18,6)	0 (0)	14 (20)	0 (0)
Язвенные изменения	57 (81,4)	27 (38,6)	56 (80)	2 (2,9)
Деформация полости мочевого пузыря	32 (45,7)	29 (41,4)	34 (48,6)	6 (8,6)
Усиление сосудистого рисунка	70 (100)	49 (70)	70 (100)	5 (7,1)
Отек шейки в области треугольника Лъето	29 (41,4)	21 (30)	27 (38,6)	7 (10)
Геморрагии	49 (70)	23 (32,9)	47 (67,1)	3 (4,3)
Полиповидные разрастания слизистой	13 (18,6)	10 (14,3)	15 (21,4)	2 (2,9)

После лечения у пациенток ГС гиперемия, язвенные изменения, усиление сосудистого рисунка и геморрагии сохранялись у 32,9; 38,6; 70 и 32,9 % больных соответственно. В ОГ пациенток признаки воспалительных явлений и атрофических изменений были устранены у 93 % женщин.

Гистероскопия у пациенток с атрофическими циститами и урогенитальной атрофией была проведена у 60-ти (42,9 %) больных с естественной менопаузой. При гистероскопии у пациенток до лечения определялись признаки инфицированной атрофичной слизистой, с умеренной гиперемией, мелкими кровоизлияниями и с полиповидными образованиями (табл. 2, рис. 2).

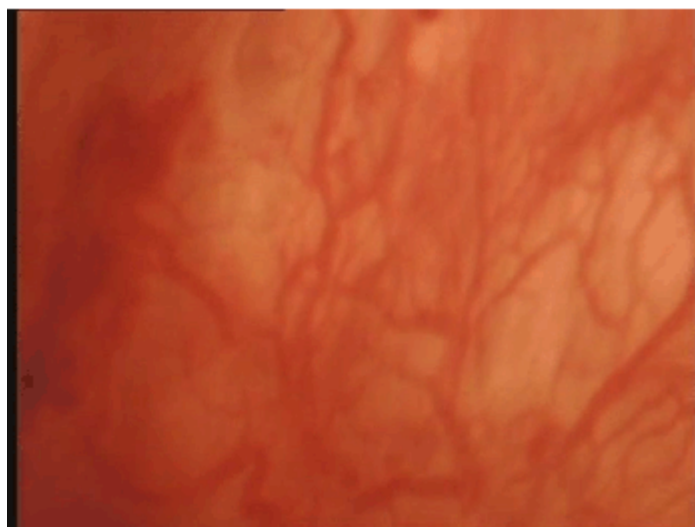


Рис. 2. Гистероскопическая картина до лечения. Атрофия эндометрия. Хронический сенильный эндометрит

Таблица 2

Динамика структурных изменений полости матки, выявленных при гистероскопии до и после лечения, у больных ОГ и ГС с атрофическими циститами и урогенитальной атрофией

Признак	ГС (n = 30)		ОГ (n = 30)	
	До лечения, n (%)	После лечения, n (%)	До лечения, n (%)	После лечения, n (%)

Средняя величина полости матки, см	5,7	5,9	5,6	5,7
Деформация полости матки	4 (13,3)	4 (13,4)	5 (16,7)	2 (6,6)
Гиперемия слизистой	26 (86,6)	21 (70)	24 (80)	2 (6,6)
Полиповидные разрастания	5 (16,7)	4 (13,3)	6 (20)	1 (3,3)
Расширение сосудистой сети	4 (13,3)	3 (10)	3 (10)	0 (0)
Петехиальные кровоизлияния	30 (100)	28 (93,3)	30 (100)	3 (10)

После лечения в ГС восстановление изменений полости матки не наблюдалось.

В ОГ пациенток нормализация макроскопической картины в полости матки регистрировалась у 90 % больных.

При проведении качественной оценки урофлоуграм у больных данной группы до лечения — у 91-й (65 %) пациентки выявлялся прерывистый тип мочеиспускания, у 49-ти (35 %) женщин — прерванный тип мочеиспускания. После лечения в ГС прерванный тип мочеиспускания сохранялся у 23-х (32,9 %) пациенток, в ОГ прерывистый или нормальный тип мочеиспускания наблюдался у 97,1 % женщин.

По данным урофлоуметрии в данной группе пациенток отмечалось снижение показателей, характеризующих время мочеиспускания TQ и TQmax в 1,9 и 2 раза ($p < 0,05$). Было увеличено время ожидания начала мочеиспускания T100 в 2,4 раза, снижение Qmax на 44,2 % ($p < 0,05$). Эти изменения регистрировались при достаточном объеме выделяемой мочи.

После лечения у пациенток ГС статистически значимых изменений в нормализации исследуемых показателей не наблюдалось. В ОГ больных происходило удлинение времени мочеиспускания (TQ, TQmax, T100), данные показатели увеличились в 1,8; 2,1 и 2,5 раза соответственно (во всех случаях $p < 0,05$). Выросла и достигла нормальной величины максимальная объемная скорость потока мочи 63,3 % ($p < 0,05$).

По данным цистометрии, исходно у пациенток по сравнению с нормативными показателями наблюдалось увеличение объема остаточной мочи на 54 %, максимальная цистометрическая емкость мочевого пузыря была снижена в 2,2 раза, объем мочевого пузыря при первом позыве и при неудержимом позыве был уменьшен — в 2,9 и 1,7 раза соответственно, а детрузорное давление при первом и максимальном сокращении — повышенным в 2,3 и 1,4 раза соответственно ($p < 0,05$).

После лечения статистически значимое восстановление исследуемых параметров регистрировалось в ОГ пациенток, при этом объем остаточной мочи уменьшился на 42,2 %, максимальная цистометрическая емкость мочевого пузыря увеличилась в 2,1 раза, объем мочевого пузыря при первом позыве и при неудержимом позыве — в 2,9 и 2 раза соответственно, а детрузорное давление при первом и максимальном сокращении снизилось в 2,1 и 1,4 раза соответственно (во всех случаях $p < 0,05$).

При оценке микроциркуляции мочевого пузыря у пациенток с хроническими атрофическими циститами и урогенитальной атрофией до лечения по сравнению с нормативными показателями наблюдалось снижение показателя микроциркуляции на 65,8 %, модуляции кровотока — на 12,3 % и индекса эффективности микроциркуляции — на 57,4 % (во всех случаях $p < 0,05$). После лечения максимальное возрастание показателей базального кровотока регистрировалось в ОГ больных, что проявилось в статистически значимом увеличении и нормализации показателей тканевой перфузии

в 2,9 раза и индекса эффективности микроциркуляции (ИЭМ) в 1,6 раза ($p < 0,05$). При оценке микроциркуляции влагалища у пациенток до лечения наблюдалось снижение показателей тканевой перфузии на 64,5 %, модуляции кровотока — на 11,6 %, ИЭМ — на 35 % ($p < 0,05$). После лечения возрастание и нормализация показателей базального кровотока наблюдалось только в ОГ больных. Так, показатель микроциркуляции вырос в 2,8 раза, а ИЭМ — на 55,2 % ($p < 0,05$).

В биоптатах слизистой мочевого пузыря до лечения у 140 (100 %) больных с урогенитальной атрофией определялся менопаузальный цистит с атрофией уротелия. Наблюдалось неравномерное истончение переходного эпителия с уплощением фасеточных и промежуточных клеток, а также дистрофические изменения уротелия с поверхностными и глубокими эрозиями. Встречались очаги плоскоклеточной метаплазии. В собственной пластинке слизистой и в подслизистом слое регистрировалась воспалительная инфильтрация, полнокровие, склеротические изменения кровеносных сосудов и кровоизлияния. После лечения в ГС данные признаки воспаления и атрофии уротелия сохранялись у 93 % пациенток, а в ОГ данные изменения сохранялись лишь у 12,9 % женщин. При патоморфологическом анализе соскобов полости матки ($n = 30$) определялись гипопластические изменения слизистой тела матки, которые сочетались с участками нефункционирующего, атрофичного эндометрия. На фоне атрофии слизистой в нескольких случаях обнаружен синильный эндометрит с изъязвлением эпителия, с диффузной воспалительной инфильтрацией и геморрагическим пропитыванием истонченного эндометрия. После лечения в ГС патоморфологическая картина соскобов из полости матки оставалась прежней, а в ОГ атрофичные и воспалительные изменения были устранены у 68,3 и 89 % женщин соответственно.

Таким образом, после лечения клинические проявления заболевания уменьшились во всех случаях с наиболее выраженной динамикой у пациенток ОГ: общая клиническая эффективность составила 75,7 %, что на 45,7 % выше, чем в ГС.

Выводы. Таким образом, комплексное лечение урогенитальных нарушений, вызывает уменьшение атрофических проявлений слизистой влагалища и уретры, способствует снижению рецидивов дизурических расстройств и приводит к купированию синдрома хронической тазовой боли.

Список литературы

1. Кулаков В. И. Национальное руководство по гинекологии / В. И. Кулаков, И. Б. Манухин, Г. М. Савельева. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. — С. 413–432.
2. Сметник В. П. Эффективность овестина и сагениа при климактерическом синдроме / В. П. Сметник // Акушерство и гинекология. — 2012. — № 4. — С. 94–96.
3. Давыдов М. И. Лечение хронического цистита у женщин в постменопаузе / М. И. Давыдов // Урология и нефрология. — 2010. — № 4. — С. 14–19.
4. Shin J. H. Management of chronic pelvic pain / J. H. Shin, F. M. Howard // Curr Pain Headache Rep. — 2013. — Vol. 15, N 5. — P. 377–385.
5. Kuo Y. C. Potential factors that can be used to differentiate between interstitial cystitis/painful bladder syndrome and bladder oversensitivity in women / Y. C. Kuo, H. C. Kuo // Int. J. Clin. Pract. — 2012. — Vol. 66, N 2. — P. 146–151.

UROGENITAL ATROPHY AND SYNDROME OF PELVIC HURT WOMEN IN THE POSTMENOPAUSE

[*A. I. Neymark¹, N. V. Shelkownikova²*](#)

¹FSBEI HPE «Altai State Medical University of Ministry of Health» (Barnaul)

²NHE «Russian Railways hospital branch at the Barnaul station JSC „RZHD“» (Barnaul)

Results of the research based on observation over 140 women aged from 42 till 62 years, who suffers from urogenital disturbances are presented. *Purpose:* to define efficiency of complex therapy at the women of climacteric age suffering from urogenital disorders and pelvic pains. *Materials:* 140 women aged from 42 till 62 years suffering from urogenital disturbances; the 1st group (70 patients) received only peroral antibacterial therapy (Fosfomitsin, Ouro-Vaksom), the 2nd group (70 patients) received local reparation intravesical and vaginal therapy (Depantol, Urogial). Observation over the patients was carried out within 6 months. *Results.* Significant improvement of microcirculation mucous bladder and vagina and elimination of syndrome of pelvic pain is registered at the patients receiving complex urogynecological therapy. *Conclusions.* It is established that complex therapy allows stopping more effectively the symptoms of urogenital disturbances and considerably increasing of life quality at women in postmenopause.

Keywords: urogenital atrophy, postmenopause, pelvic pains, women.

About authors:

Neymark Alexander Izrailevich — doctor of medical science, professor, head of urology and nephrology chair of FAT & PDD at SBEI HPE «Altai State Medical University of Ministry of Health», office phone: 8 (3852) 40-47-41, e-mail: urologagmu@mail.ru

Shelkownikova Natalia Vasilyevna — doctor of medical science, obstetrician-gynecologist, urologist at NHE«Russian Railways hospital branch at the Barnaul station JSC "RZHD"», office phone: 8 (3852) 66-76-18, e-mail: shelln@mail.ru

List of the Literature:

1. Kulakov V. I. The national guidance on gynecology / V. I. Kulakov, I. B. Manukhin, G. M. Savelyeva. — M. : GEOTAR-media, 2010. — P. 413-432.
2. Smetnik V. P. Efficiency of ovestin and sagenit at climacteric syndrome / V. P. Smetnik // Obstetrics and gynecology. — 2012. — N 4. — P. 94-96.
3. Davydov M. I. Treatment of chronic cystitis at women in postmenopause / M. I. Davydov // Urology and nephrology. — 2010. — N 4. — P. 14-19.
4. Shin J. H. Management of chronic pelvic pain / J. H. Shin, F. M. Howard // Curr Pain Headache Rep. — 2013. — Vol. 15, N 5. — P. 377-385.
5. Kuo Y. C. Potential factors that can be used to differentiate between interstitial cystitis/painful bladder syndrome and bladder oversensitivity in women / Y. C. Kuo, H. C. Kuo // Int. J. Clin. Pract. — 2012. — Vol. 66, N 2. — P. 146-151.