

ОРЖИН

АКУШЕРСТВО • ГИНЕКОЛОГИЯ • РЕПРОДУКЦИЯ

№7

2008

**Бесплодие... Как не упустить ничего
важного и не сделать ничего лишнего?
Часть 2. Алгоритм действий
при выявленном мужском бесплодии**

Комплексная терапия атрофии уrogenитального тракта у женщин пременопаузального периода с преждевременной недостаточностью функции яичников

В. А. Новикова, О. К. Федорович, Э. Г. Атанесян

Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС КГМУ

Резюме: по различным данным, 1-10% женщин имеют ПНЯ, включающую вторичную аменорею, гипоэстрогению, бесплодие. Мы оценили степень тяжести недержания мочи у женщин с ПНЯ и эффективность местной заместительной гормонотерапии у 50 женщин 30±1,2 лет. Применялись свечи Овестин (эстриол) 0,5 мг ежедневно в течение 3-х нед, затем 2 раза в нед, в течение 2-х месяцев, при недержании мочи тяжелой степени для лечения симптомов гиперактивного мочевого пузыря – в сочетании с солифенацином 5-10 мг/сутки. Синдром недержания мочи выявлен у 80% обследуемых женщин ПНЯ. На фоне терапии было показано быстрое восстановление слизистой мочеполювых путей и исчезновение (или снижение до легкой степени) симптомов недержания мочи.

Ключевые слова: ПНЯ, гипоэстрогения, недержание мочи.

Преждевременная недостаточность функции яичников (ПНЯ) как правило, формируется у женщин моложе 40 лет. Она включает вторичную аменорею, симптомы выраженной гипоэстрогении, бесплодие. Этиология преждевременного прекращения функционирования яичников сегодня до конца не выяснена. Известно, что играют определенную роль генетические; аутоиммунные, инфекционно-токсические факторы; дефекты в структурах гонадотропинов; психогенные факторы внешней среды. Частота ПНЯ, по данным различных авторов, составляет от 1 до 10% женской популяции. Частым проявлением ПНЯ является синдром недержания мочи [1,4,7]. Одним из основных звеньев патогенеза при этом является атрофия слизистой мочеполювых путей, связанная с дефицитом эстрогенов. Учитывая показатели распространенности, а также тот факт, что ПНЯ относится к категории необратимых состояний, проблема терапии данной нозологии представляется весьма актуальной [5,8,11]. Мы провели исследование эффективности местной терапии Овестином в отношении купирования недержания мочи у женщин с ПНЯ.

Целью исследования явилась оценка степени тяжести недержания мочи у женщин репродуктивного

периода с ПНЯ и эффективности местной заместительной гормонотерапии в терапии синдрома недержания мочи у данной категории пациенток:

Материалы и методы исследования: обследовано 50 женщин с ПНЯ среднего и позднего репродуктивного периода, средний возраст 30 ± 1,2 лет. Для восполнения недостатка женских половых гормонов использовали эстриол (Овестин) в форме вагинальных суппозиторий в дозе 0,5 мг per vaginam ежедневно в течение трех недель, затем пациенток переводили на поддерживающую дозу, по 0,5 мг 2 раза в неделю в течение двух месяцев. При наличии соответствующих показаний для лечения симптомов гиперактивного мочевого пузыря применялся уроселективный антихолинергический препарат солифенацин per os 5-10 мг/сутки [1,5,8,9,14].

Обследование женщин на предмет выявления уrogenитальных расстройств мочеиспускания проводилось на основании алгоритма, предложенного Балан В.Е [2,3].

Оценивались жалобы, отражающие дистрофические и атрофические изменения уrogenитального тракта. Для вагинальной атрофии характерны: сухость, зуд во влагалище, диспареуния, контактные кровотечения, сексуальные нарушения. Для цистоуретральной атрофии характерны: поллакиурия, ноктурия, импе-

ративные позывы к мочеиспусканию, императивное, стрессовое и смешанное недержание мочи [10,12,13].

Изучались данные анамнеза, уточняющие предпосылки для развития синдрома недержания мочи: менструального (время наступления менархе, особенности менструальной функции); репродуктивного (количество родов через естественные родовые пути, масса плодов, акушерские пособия (акушерские щипцы, эпизиотомия), длительный потужный период, травмы мочеполовой диафрагмы); соматического (исключался сахарный диабет, неврологическая патология, психические болезни, слабоумие), фармакологического (исключался прием диуретиков, α - и β -адреноблокаторов, транквилизаторов).

При гинекологическом исследовании обращалось внимание на эстрогеновую насыщенность тканей, наличие деформаций, рубцовых изменений; наличие пролапса органов малого таза (цисто-, ректоцеле, степень опущения стенок влагалища). Состояние слизистой оболочки влагалища оценивалось при кольпоскопии.

Степень тяжести урогенитальных расстройств оценивалась следующим образом: *легкая степень* – симптомы вагинальной атрофии сочетаются с поллакиурией, ноктурией, цисталгией; *средняя степень* – к признакам легкой степени расстройств присоединяется недержание мочи при напряжении; *тяжелая степень* – к признакам средней степени расстройств присоединяются императивное или смешанное недержание мочи [3,8,15].

Недержание мочи оценивалось на основании кашлевой пробы, оценки дневника мочеиспускания. При наполнении мочевого пузыря (150-200 мл) больную просили покашлять 3-4 раза с короткими промежутками. Недостаточность сфинктера уретры проявлялась потерей мочи во время каждого кашлевого толчка; при сопутствующей гипермобильности уретры отмечалось смещение уретры вниз и кнаружи. При смешанной форме недержания мочи происходит потеря мочи вне зависимости от “стресса” (кашлевой пробы). На основании заполненного недельного дневника мочеиспуска-

ния, где оценивались количество прокладок, используемых за неделю, количество эпизодов недержания мочи за неделю в граммах; количественный часовой прокладочный тест, фиксация частоты дневных и ночных мочеиспусканий, определялась степень тяжести недержания мочи [2,13,14].

Степени тяжести недержания мочи оценивалась по Д. В. Кану: легкая - непроизвольное выделение мочи отмечается только во время резкого и внезапного повышения внутрибрюшного давления (при сильном кашле, быстрой ходьбе), потеря мочи исчисляется несколькими каплями; средняя - клинические признаки появляются во время спокойной ходьбы и / или при легкой физической нагрузке; тяжелая - полная/почти полная потеря мочи, расслабление мышц тазового дна происходит при переходе из горизонтального положения в вертикальное, во время полового акта и /или во сне [7,15].

Результаты полученных исследований.

Анализ предъявляемых жалоб (таблица.1) показал, что у обследуемых женщин исходно отмечались сексуальные нарушения (пониженное либидо, отсутствие интереса к половой жизни) у 15 женщин (30%), диспареуния у 10 (20%), которую расценивали как признак вагинальных дистрофических нарушений. Обращало внимание наличие симптомов уретральной дистрофии у обследованных женщин с ПНЯ: у 20 женщин (50%) отмечалась поллакиурия, у 15 (30%) – ноктурия, у 30 (60%) – императивные позывы к мочеиспусканию, у 15 (30%) – императивное недержание мочи, у 15 (30%) – стрессовое недержание мочи и у 10 (20%) – смешанное. Таким образом, у 40 женщин (80%) исходно выявлены нарушения контроля мочеиспускания.

Гормональная терапия Овестином по выбранной методике привела не только к нивелированию урогенитальных дистрофических изменений при ПНЯ, но и к улучшению функционального состояния органов малого таза: ни у одной женщины не выявлено диспареунии, ноктурии, у всех отмечено улучшение сексуальной жизни. Только у 1 женщины (2%) сохранилось отсутствие интереса к сексуальным контактам. Обращает внимание, что на фоне проводимого лечения недержания мочи в 100% случаев купированы императивные позывы к мочеиспусканию и императивное недержание мочи (см. таблицу 1).

Таблица 1. Жалобы до начала терапии Овестином и после 3-х месяцев терапии

Жалобы	Количество женщин			
	До терапии		После терапии	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Диспареуния	10	20	0	0
Сексуальные нарушения	15	30	1	2
Поллакиурия	20	50	6	12
Ноктурия	15	30	0	0
Императивные позывы к мочеиспусканию	30	60	0	0

В начале исследования у 38% женщин с ПНЯ наблюдалась легкая степень недержания мочи, у 30% – средняя, и у 12% - тяжелая степень.

Через 3 месяца терапии Овестином продолжали предъявлять жалобы только женщины со стрессовым механизмом недержания мочи, что по-видимому обусловлено различиями в этиологии. Из всех женщин с ПНЯ, принимавших участие в исследовании, количество предъявляющих жалобы на недержание мочи снизилось в 2,7 раза, с 80% до 30% (см. рисунок 1).

Кольпоскопическое исследование продемонстрировало наличие эстрогенодефицитных дистрофических изменений, происходящих в слизистой влагалища (см. таблицу 2). Местная терапия Овестином к 3-му месяцу наблюдений ликвидировала вагинальные дистрофические нарушения, имеющиеся исходно.

У обследованных женщин исходно у 15 женщин (30%) имелись признаки недержания мочи средней степени, у 6 (12%) - тяжелой. Женщинам с тяжелой степенью недержания мочи помимо гормонотерапии назначался солифенацин. Через три месяца терапии лишь у 30% женщин из числа имевших среднюю и тяжелую степень недержания мочи сохранялась легкая степень недержания (см. рисунок 2).

Необходимо подчеркнуть, что высокая эффективность терапии недержания мочи в данном исследовании объясняется преобладанием легкой степени выраженности недержания мочи: у 19 женщин (38%) степень тяжести по Д. В. Кану расценена как легкая. Тем не менее, наличие симптомов недержания мочи у женщин репродуктивного периода с ПНЯ обращает на себя внимание, так как непроизвольное выделение мочи, даже исчисляемое несколькими каплями, значительно нарушает качество жизни женщины, негативно сказывается на ее социальной, семейной, психологической и профессиональной сфере (развитие психосоциального дискомфорта) [6].

Выводы. Синдром недержания мочи выявлен у 80% обследуемых женщин репродуктивного периода с ПНЯ. Местная терапия препаратом Овестин (вагинальные суппозитории 0,5 мг/сутки в течение трех недель, затем

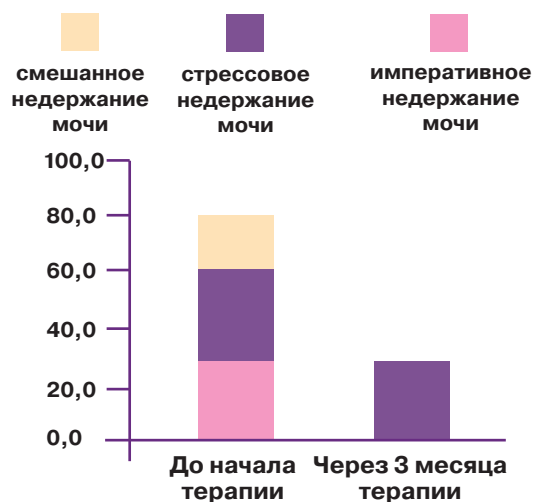


Рисунок 1. Жалобы на недержание мочи у женщин с ПНЯ до начала лечения и спустя три месяца терапии Овестином

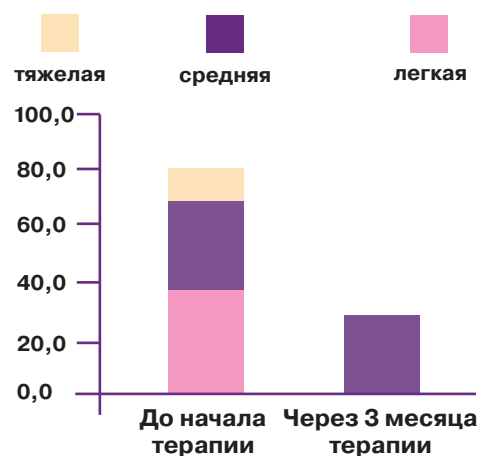


Рисунок 2. Результат оценки степени тяжести недержания мочи у женщин с ПНЯ до начала терапии и через 3 месяца терапии (%).

Таблица 2. Результаты кольпоскопии женщин с ПНЯ до начала терапии Овестином и после 3-х месяцев терапии

Данные	Количество женщин			
	До терапии		После терапии	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Истончение слизистой влагалища умеренное	15	30	0	0
Прозвечивают многочисленные капилляры в подслизистом субэпителиальном слое	15	30	0	0

по 0,5 мг 2 раза в неделю в течение двух месяцев) при легкой степени недержания мочи, комбинированная терапия свечами Овестин и солифенацином per os 5-10 мг/сутки при тяжелой степени тяжести недержания мочи нивелируют дистрофические изменения. Терапия Овестином приводит к быстрому восстановлению слизистой мочеполювых путей и коррекции недержания мочи у женщин с преждевременной недостаточностью функции яичников.

(Список литературы имеется в редакции)