

# ОРЖИН

АКУШЕРСТВО • ГИНЕКОЛОГИЯ • РЕПРОДУКЦИЯ

№2  
2007

**Психосоциальный дискомфорт  
у женщин с эстроген-обусловленными  
урогенитальными расстройствами**

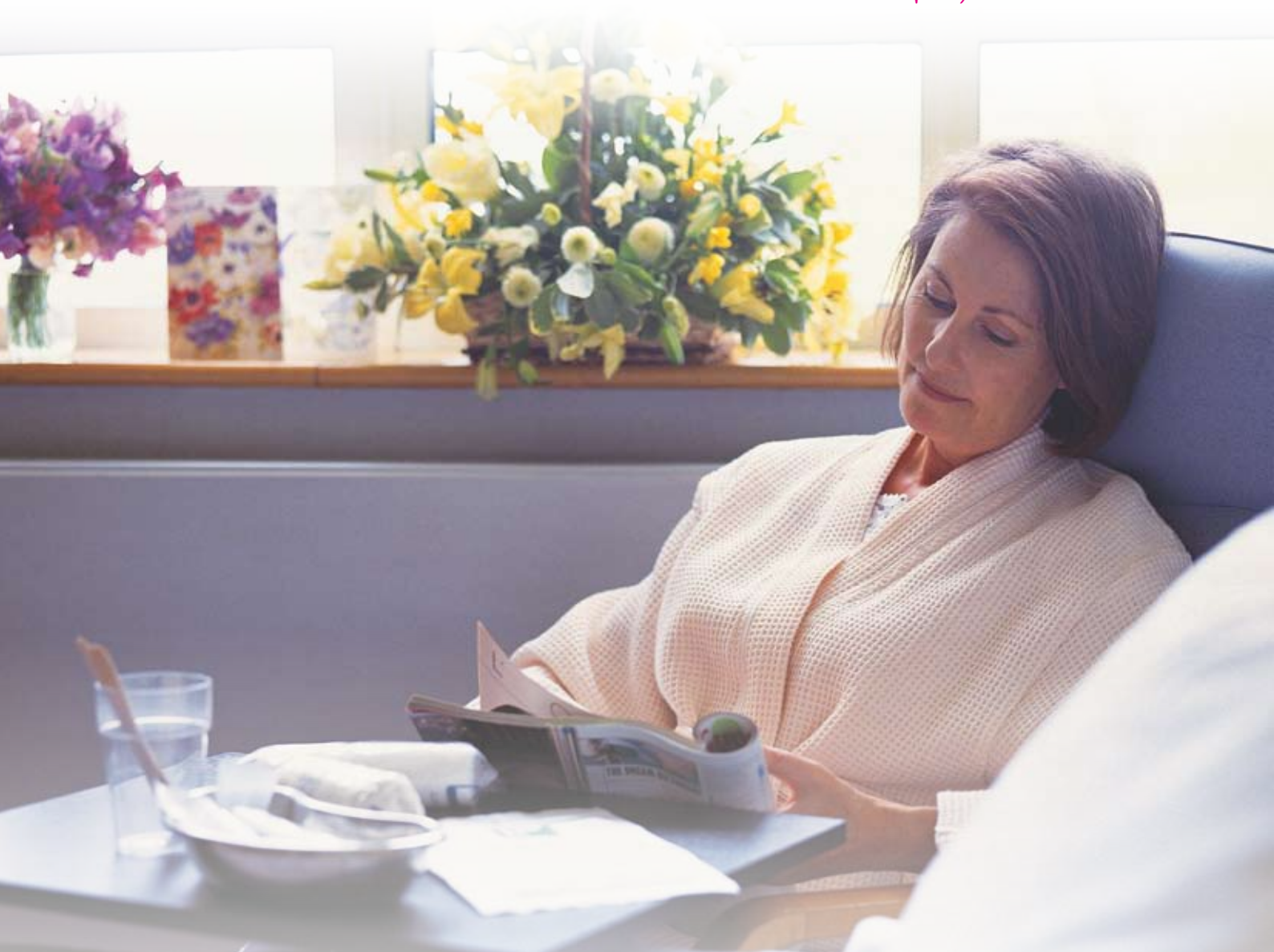
**Микроэкология и защитные  
механизмы влагалища**

**Дискуссионный клуб «Бесплодие»**



# Психосоциальный дискомфорт с эстроген-обусловленными

Е.В. Гальцев, В.В. Казенашев



В настоящее время отмечается все более увеличивающийся интерес к различным аспектам климактерического периода. Благодаря неуклонно увеличивающейся продолжительности жизни в популяции в целом и женщин в частности с каждым годом увеличивается и количество женщин с климактерическим синдромом. Так, в XIX веке средняя продолжительность жизни женщины была меньше срока наступления менопаузы. То есть большинство женщин не доживали до того момента, когда развивались симптомы эстрогенного дефицита. Соответственно, проблемы коррекции различных гинекологических, урологических и психологических расстройств, обусловленных наступлением менопаузы, у медиков того времени просто не существовало.

# у женщин урогенитальными расстройствами

**О**днако продолжительность жизни увеличивалась и на рубеже веков превысила средний возраст наступления менопаузы. В течение XX века показатель продолжительности жизни женщины прогрессивно увеличивался, и к его концу «средняя» женщина уже почти треть жизни проводила в состоянии эстрогенного дефицита. Соответственно, актуальность терапии состояний, связанных с дефицитом эстрогенов, существенно увеличилась (1, 2). Связь различных психологических расстройств климактерического периода женщин в большинстве исследований вполне установлена. Известно, что депрессии в два раза чаще диагностируются у женщин, чем у мужчин. Причем уровень заболеваемости данными психическими расстройствами значительно увеличивается в подростковый период, в поздней лютеиновой фазе менструального цикла (ПМС – предменструальный синдром), в послеродовой период, а также в период перименопаузы. Таким образом, заболеваемость психическими расстройствами возрастает на фоне колебаний уровня женских половых гормонов (3, 5, 10, 11). Однако связь возникновения и развития психологических расстройств в климактерии не объясняется только вышеперечис-

ленными факторами. Это особенно справедливо по отношению к пациенткам, не испытывающим таких системных проявлений климактерического периода, как вегетативно-сосудистые нарушения (приливы), поздние обменно-эндокринные нарушения (остеопороз и нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы). Этиологию психических нарушений такого рода можно понять на примере связи с эстроген-обусловленными урогенитальными нарушениями (11, 12, 13, 15).

Как известно, после 45-50 лет в организме женщины происходит постепенное естественное прекращение выработки женских половых гормонов – эстрогенов. Из-за их недостатка в частности происходят изменения слизистой оболочки мочепоолового тракта: она истончается, нарушается ее функция, теряется ее способность противостоять микробам. Это приводит к одному из характерных проявлений недостатка эстрогенов у женщин

**Ключевым звеном патогенеза урогенитальных расстройств является снижение выработки женских половых гормонов. Это обуславливает прекращение пролиферации и уменьшение толщины многослойного плоского эпителия мочепооловых путей. Уменьшается количество гликогена, необходимого для выработки молочной кислоты.**

«элегантного возраста» – расстройствам мочепооловой системы, или урогенитальным расстройствам (УГР) (4, 8, 9). Урогенитальные расстройства относят к средневременным расстройствам, появляющимся спустя 2-5 лет после менопаузы (сухость, боль, зуд в области наружных половых органов, цисталгии, недержание мочи). Гинекологические проблемы интимного характера – это чувство сухости и зуд во влагалище; появление неприятных выделений; болезненность при половой близости и при осмотре гинекологом. Сугубо урологическими проблемами являются частые болезненные позывы; недержанием мочи при небольшой



физической нагрузке, кашле или смехе; ночные мочеиспускания; часто повторяющиеся воспаления – циститы. На практике чаще всего встречается смешанный вариант УГН, хотя и с преобладанием одного из видов расстройств (2, 8).

Ключевым звеном патогенеза урогенитальных расстройств является снижение выработки женских половых гормонов. Снижение уровня эстрогенов обуславливает прекращение пролиферации многослойного плоского эпителия мочеполювых путей. Так как эпителий постоянно слущивается, со временем уменьшается его толщина, т.е. количество слоев эпителия. Уменьшается количество гликогена, необходимого для выработки молочной кислоты. Как следствие, снижается количество лактобацилл, продуцирующих молочную кислоту в качестве продукта жизнедеятельности.

Из-за недостатка молочной кислоты происходит повышение рН содержимого влагалища, что открывает ворота для заселения энтеробактериями и другой патогенной флорой. Данная флора обуславливает развитие различных симптомов вагинита, – или, при восхождении инфекции – уретрита и цистита. Другим фактором является связанное с дефицитом эстрогенов нарушение кровоснабжения и иннервации вплоть до ишемии. Это влечет за собой, во-первых, сухость влагалища и отсутствие слизистой пробки в уретре, являющейся физическим препятствием для восхождения инфекции. Во-вторых – нарушение тонуса мышц таза, растяжение тазовых связок, что способствует опущению органов и недержанию мочи (2, 6).

Урогенитальные расстройства приносят женщине не только физическое страдание. Они способствуют формированию состояния так называемого психосоциального дискомфорта.

Психосоциальный дискомфорт характеризуется сочетанием внешних (социальных) и внутренних (психологических) факторов, развивающихся на фоне развития расстройств в мочеполювой сфере.

К внешним факторам можно отнести нарушение при-

вычного образа жизни, накопление межличностных проблем. Под межличностными проблемами понимаются связанные с возникновением и развитием нарушений в мочеполювой сфере проблемы в общении с близким человеком; сужение круга общения, вынужденная смена места работы и т.д. Важно отметить и материальные факторы. Не секрет, что в пожилом возрасте доходы уменьшаются. Затраты на средства гигиены при наличии урогенитальных расстройств (например, при недержании мочи) и лечение обострений инфекций (при рецидивирующих циститах, обусловленных дефицитом эстрогенов) напротив, прогрессивно растут, что находит отражение в психологическом состоянии женщины.

К внутренним факторам относятся чувство неполноценности, зацикленность на своем состоянии. Нередко пожилая женщина стесняется деликатных с ее точки зрения проблем и боится огласки и порицания окружающих. Проявления психосоциального дискомфорта приводят к значительному ухудшению качества жизни женщины, оказывая влияние на ее трудоспособность и социальное поведение (11, 12, 14, 15). Более того, нередко влияние данных факторов, всегда сопутствующих урогенитальным расстройствам, приводит к развитию депрессии. Депрессия является серьезным заболеванием и требует внимания соответствующих специалистов (3, 15).

В кризисном центре ГКБ №20 используются следующие подходы к ведению пациентов с психологическими расстройствами, индуцированными эстроген-зависимыми нарушениями в мочеполювой систе-

**Проявления психосоциального дискомфорта приводят к значительному ухудшению качества жизни женщины, оказывая влияние на ее трудоспособность и социальное поведение. Более того, нередко влияние данных факторов, всегда сопутствующих урогенитальным расстройствам, приводит к развитию депрессии. Депрессия является серьезным заболеванием и требует внимания соответствующих специалистов.**



ме. Диагноз ставится с применением стандартных шкал (шкала SCL-90-R, шкалы депрессии и тревоги Гамильтона). Врач активно расспрашивает пациентку на предмет возможного наличия урогенитальных нарушений. Следует отметить, что часто женщины пожилого возраста даже при наличии приносящих дискомфорт и страдания проявлений стараются не затрагивать эту тему в беседе с доктором (как с психотерапевтом, так и с гинекологом). Поэтому врач должен сам несколькими вопросами уточнить, имеют ли место урогенитальные нарушения. При наличии таковых женщина направляется на консультацию к гинекологу. При подтверждении наличия эстроген-обусловленных расстройств мочеполювого тракта, гинеколог, как правило, назначает соответствующую терапию. Если помимо урогенитальных расстройств имеются системные проявления климактерического синдрома, может применяться системная ЗГТ. Если же имеют место изолированные урогенитальные расстройства, противопоказания к системной ЗГТ, препаратом выбора становится локальная терапия эстриолом. Нередко женщина с тревожно-мнительным эмоциональным фоном при явлениях психосоциального дискомфорта, руководствуясь появившимися в последнее время в СМИ негативными публикациями на тему системной ЗГТ, сама отказывается от нее. В этом случае также следует отдавать предпочтение локальной терапии эстриолом. Пациентке в этом случае разъясняется, что местные формы эстриола (крем, свечи) практически не оказывают системного влияния на организм в силу своего уникального механизма действия.

Эстриол – единственный из всех эстрогенов – обладает селективным, т.е. избирательным действием на мочеполювой тракт и не влияет на пролиферацию молочных желез и эндометрия матки. Необходимо отметить, что по завершении лечебного курса клинически оправданно не прекращать терапию, а переводить женщину на поддерживающую терапию эстриолом с целью предупреждения возобновления симптоматики урогенитальных расстройств, обуславливающих развитие психосоциального дискомфорта.

Часто данная тактика приводит к улучшениям показателей шкал и объективному улучшению психологического состояния женщины. Однако при диагностированной депрессии, помимо патогенетического лечения, необходимо применение антидепрессантов. Как правило, мы применяем препараты группы НАССА (норадренергические и селективные серотинергические антагонисты). В отличие от большинства групп антидепрессантов, НАССА действуют не только на серотинергическую, но и на норадренергическую систему, обуславливая быстроту наступления терапевтического эффекта. Сочетание сбалансированности действия с анксиолитическими (противотревожными) свойствами позволяет в большинстве случаев ограничиться монотерапией, что, несомненно, актуально для пожилых пациентов,

нередко применяющих несколько соматических препаратов при наличии гипертонии, заболеваний ЖКТ и т.д.

Наконец, возможность применять НАССА один раз в сутки значительно улучшает комплаентность у таких пациентов. К препаратам НАССА относится антидепрессант миртазапин (Ремерон). Указанные фармакологические свойства миртазапина во многом соответствуют требованиям к антидепрессантам, рекомендуемым для лечения больных пожилого возраста (7).

Роль эстроген-обусловленных урогенитальных расстройств в возникновении психосоциального дискомфорта и развитии симптомов депрессии характеризует следующий клинический пример.

Пациентка С., 52 года. Ранее у психиатра не наблюдалась и не лечилась. В течение 30 лет замужем, имеет двух детей (сына в возрасте 27 лет и дочь в возрасте 24 лет). Отношения с мужем складывались неровно, в послед-

**Применение Овестина в поддерживающей дозе с целью профилактики позволяет предотвратить возобновление клинических проявлений. Тем самым в ранних клинических случаях представляется возможным не прибегать к терапии проявлений психосоциального дискомфорта антидепрессантами, нейролептиками и транквилизаторами, а ограничиться лечением урогенитальных расстройств.**



ние несколько лет часто возникали ссоры и скандалы. Ухудшение состояния впервые отметила около трех лет назад, когда появились неприятные ощущения при половой близости с мужем (сухость и болезненность влагалища). Сказать о своих ощущениях мужу стеснялась, старалась терпеть. Примерно в это же время муж получил повышение и занял высокооплачиваемую руководящую должность. По настоянию мужа пациентка вскоре ушла с работы и сосредоточилась на ведении домашнего хозяйства. С течением времени неприятные ощущения нарастали, присоединились мысли о наступлении старости, с раздражением воспринимала разговоры о возрасте. Обращалась за помощью к гинекологу в районную женскую консультацию, принимала предписанную терапию, но заметного эффекта не было. Со временем на первый план вышли изменения психического статуса: появилась апатия, астения, чувство тоски и безысходности, нарушился сон. Считала, что муж вскоре обязательно разведется с ней или найдет любовницу. Испытывала чувство отчаяния от того, что ни с кем не могла обсудить свои проблемы. Состояние усугублялось фактической социальной изоляцией пациентки. В итоге, по совету подруги обратилась к психиатру, которым была направлена в кризисное отделение.

При поступлении была обследована по шкале SCL-90-R и шкалам депрессии и тревоги Гамильтона. Полученные данные приведены в таблице 1.

Пациентке была назначена терапия по схеме: Ремерон 30 мг (1 таб.) 1 раз в сутки на ночь и Грандаксин 50 мг (1 таб.) утром и в обед. По мере установления доверительных отношений пациентка рассказала лечащему врачу о своих проблемах со стороны урогенитальной

сферы. В плановом порядке была проконсультирована гинекологом, который предложил ей применять суппозитории Овестин по схеме: по 1 свече каждый вечер в течение 3 недель, затем поддерживающая дозировка по 1 свече два раза в неделю длительно.

К концу первой недели пациентка ощутила уменьшение тревоги и беспокойства, исчезли навязчивые мысли о сложившейся ситуации, отметила исчезновение чувства безысходности. Однако сохранялась апатия, безынициативность, тоска. К концу второй недели терапии пациентка сообщила об исчезновении неприятных ощущений со стороны урогенитальной сферы, что сопровождалось существенным повышением фона настроения, появлением активности; попросила лечащего врача отпустить ее в домашний отпуск на выходные. По возвращении из домашнего отпуска стала строить планы на будущее, появился оптимистичный настрой. К концу третьей недели терапии исчезла фиксация на собственном состоянии, пациентка стала задумываться о возможности нормализации микросоциальной обстановки в семье, переживала из-за упущенного времени. Указанные клинические проявления сопровождались существенным улучшением показателей используемых шкал (таблица 2).

**Часто женщины пожилого возраста даже при наличии приносящих дискомфорт и страдания проявлений стараются не затрагивать эту тему в беседе с доктором (как с психотерапевтом, так и с гинекологом). Поэтому врач должен сам несколькими вопросами уточнить, имеют ли место урогенитальные нарушения.**

Таблица 1. Шкала SCL-90-R

Соматизация	Обсессия	Сензитивность	Депрессия	Тревога	Враждебность	Фобии	Параноидность	Психотизм	Доп. депр. симптомы
2,25	1,40	2,89	2,85	1,60	0,50	2,00	0,67	0,40	1,86
Шкала депрессии Гамильтона – 18 баллов									
Шкала тревоги Гамильтона – 22 баллов									

Таблица 2. Шкала SCL-90-R

Соматизация	Обсессия	Сензитивность	Депрессия	Тревога	Враждебность	Фобии	Параноидность	Психотизм	Доп. депр. симптомы
0,58	0,80	1,11	0,92	0,60	0,50	0,71	0,17	0,10	1,14
Шкала депрессии Гамильтона – 5 баллов									
Шкала тревоги Гамильтона – 8 баллов									

Выписана в удовлетворительном состоянии на 25-й день пребывания в отделении на поддерживающей терапии: Ремерон 30 мг на ночь; Овестин по одной свече два раза в неделю. Показано динамическое наблюдение у психиатра (психотерапевта) и гинеколога.

В качестве резюме необходимо отметить, что одной из причин возникновения психосоциального дискомфорта и развития депрессии у женщин в пери- и постменопаузе являются урогенитальные расстройства, возникающие вследствие недостатка эстрогенов. С одной стороны, их развитию способствуют постоянная боль и дискомфорт в органах малого таза (известна тесная взаимосвязь между хроническими болевыми синдромами и развитием депрессивных состояний). С другой стороны – изменение образа жизни, сопровождающее урогенитальные расстройства (зависимость от туалета,

межличностные проблемы, необходимость смены работы, сужение круга общения, боязнь огласки и т.д.). Врач должен придерживаться тактики активного спроса о наличии урогенитальных расстройств, т.к. сама женщина нередко умалчивает об этом. Крайне важно отметить, что превентивное назначение соответствующей терапии, в частности местных форм эстриола, позволяет остановить развитие урогенитальных расстройств и тем самым предупредить развитие психосоциального дискомфорта. Применение эстриола в поддерживающей дозе с целью профилактики позволяет предотвратить возобновление клинических проявлений. Тем самым в не зашедших далеко случаях представляется возможным не прибегать к терапии проявлений психосоциального дискомфорта антидепрессантами, нейролептиками и транквилизаторами, а ограничиться лечением УГН. При наличии симптомов депрессии показано назначение антидепрессантов группы НАССА. Детальные научные исследования взаимосвязи эстроген-обусловленных нарушений в мочеполовой сфере с возникновением психосоциального дискомфорта и развитием депрессивных расстройств могут оказаться полезными при оптимизации междисциплинарных подходов к профилактике и терапии данных нозологий. ●

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Балан В.Е. Принципы заместительной гормонотерапии урогенитальных расстройств. *Consilium Medicum*. 2003; №7(5)
2. Балан В.Е. Урогенитальные расстройства в климактерии (клиника, диагностика, заместительная гормонотерапия). Дисс. д-ра мед. наук. М., 1998
3. Каменецкая Г.Я., Юренева С.В. Депрессивные расстройства в перименопаузе. *Лечащий врач*. 2007; 5: 17-19.
4. Костава М.Н., Прилепская В.Н., Быковская О.В. Дистрофические и атрофические процессы нижнего отдела половых путей: современный взгляд на проблему. *Гинекология-экстравыпуск*. 2006; 1: 3-5
5. Кулаков В.И., Серов В.Н. Акушерство и гинекология: схемы лечения. Литтерра. 2007
6. Назарова Н.М., Межевитинова Е.А. урогенитальные нарушения в постменопаузе: опыт применения препарата «Овестин». *Гинекология*. 2006; экстравыпуск
7. Михайлова Н.М., Колыхалов И.В., Калын Я.Б., Жариков Г.А. Опыт применения ремерона в геронтопсихиатрии. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2001; 2(3)
8. Перепанова Т.С., Хазан П.Л. Современный взгляд на патогенетическую терапию урогенитальных расстройств у женщин в постменопаузе. *Журнал РОАГ*. 2006; 4: 3-6.
9. Перепанова Т.С., Хазан П.Л. Роль эстриола в терапии урогенитальных расстройств у женщин в постменопаузе. *Урология*. 2007; №3
10. Сметник В.П. Медицина климактерия. Литера. 2006.
11. Юренева С.В., Каменецкая Г.Я. Депрессивные расстройства у женщин в пери- и постменопаузе. *Гинекология*. 2007; 2(9): 40-43.
12. Kalpakjian C.Z., Lequerica A. Quality of life and menopause in women with physical disabilities. *J Womens Health (Larchmt)*. 2006; 15(9): 1014-1027.
13. Onalan G., Onalan R., Selam B., Akar M., Gunenc Z., Topcuoglu A. Mood scores in relation to hormone replacement therapies during menopause: a prospective randomized trial. *Tohoku J Exp Med*. 2005; 207(3): 223-231.
14. Raz R., Stamm W.E. A controlled trial of intravaginal estriol in postmenopausal women with recurrent urinary tract infection. *N. Engl. J. Med*. 1993; 329: 753-756.
15. Smoller J.W., Pollack M.H., Wassertheil-Smoller S., Brunner R., Curb D., Torner J., Oberman A., Hendrix S.L., Hsia J., Sheps D.S. Panic attacks, daily life ischemia, and chest pain in postmenopausal women. *Psychosom Med*. 2006; 68(6): 824-832.