

СОСТОЯНИЕ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Универсальными “маркерами” эстрогенного дефицита, развивающегося в климактерии, являются не только вазомоторные нарушения и эмоционально-психический дискомфорт, характерные для перименопаузы, но и атрофические изменения в урогенитальном тракте: атрофический вагинит, цистоуретрит, нарушения контроля мочеиспускания.

Цель исследования: выявить различные варианты расстройств мочеиспускания у женщин в климактерическом периоде.

Обследовано 99 женщин в возрасте от 44 до 80 лет в климактерии с длительностью перименопаузы от 0,5 до 30 лет. У 75 (75,75%) пациенток менопауза наступила физиологически, у 18 (18,2%) - после оперативных вмешательств на матке и яичниках, 6 женщин находились в периоде перименопаузы. 87 (87,9%) пациенток предъявляли жалобы на различные расстройства мочеиспускания.

Стрессовое недержание мочи наблюдалось у 54 (54,5%) женщин, из них у 21 (38,88%) - сочеталось с поллакиурией, а у 6 (11,1%) - с императивными позывами и неудержанием мочи при позыве. Императивное недержание мочи диагностировано у 25 (25,25%) пациенток. Опушение влагалища наблюдалось у 45 (45,45%) пациенток, у 7 (7%) - опущение матки. Кашлевая проба была положительной у всех больных со стрессовым недержанием мочи, проба с натуживанием - у 20 (37%). У 29 (29,3%) женщин наблюдалось зияние наружного отверстия уретры. У 7 (7%) пациенток - асимптоматическая бактериурия. Уретро- и кольпоскопическое исследование выявили различную степень атрофических изменений. По данным комплексного уродинамического исследования гиперрефлексия мочевого пузыря выявлена у 29 (29,3%) пациенток, норморефлексия - у 34 (34,34%),

гипорефлексия - у 12 (12,1%). Гипотоничный мочевой пузырь диагностирован у 60 (60,6%) обследованных, нормотоничный - у 17 (17,2%), гиперактивный (нестабильный) - у 22 (22,2%), нестабильность уретры - у 3 (3%). В контрольной группе гипотония детрузора выявлена у 10 (83,3%) человек, нормотония - у 2 (16,7%). Цистоскопия не выявила каких-либо патогномоничных изменений слизистой мочевого пузыря для той или иной формы дизурии, но основные изменения наблюдались в слизистой области треугольника Льюто и шейки мочевого пузыря.

Таким образом, полученные данные подчеркивают необходимость комплексного подхода к обследованию данного контингента пациенток и индивидуального подбора комплексной терапии, включая не только препараты ЗГТ, но и селективные модуляторы негормональных рецепторов нижних мочевых путей.

ЕСЕФИДЗЕ Ж.Т., БАЛАН В.Е.
Научный Центр Акушерства,
Гинекологии и
Перинатологии РАМН,
Москва, Россия

ВЛИЯНИЕ ОВЕСТИНА НА СЕКСУАЛЬНОСТЬ ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Сексуальность – важная тема для женщин недавно вошедших в постменопаузальный возраст. Удовлетворение, полученное от здоровой сексуальной жизни – важный вклад в поддержание качества жизни в климактерии.

Цель исследования: выявить влияние заместительной гормональной терапии атрофических урогенитальных нарушений на выраженность сексуальных расстройств и показатели качества жизни у женщин в постменопаузе.

Пациенты и методы: обследовано 50 женщин в возрасте от 50 до 60 лет, в постменопаузе с урогенитальными симптомами различной степени тяжести. Все па-

циентки отмечали наличие как минимум одного из следующих симптомов: дискомфорт во влагалище, зуд, жжение, сухость, контактные кровянистые выделения, диспареуния, различные формы недержания мочи: поллакиурия, никтурия, цисталгия (сенсорные симптомы атрофического цистоуретрита).

86% женщин активно отмечали отрицательные изменения сексуальности связанные с урогенитальной атрофией, которые выражались в болезненных ощущениях при половой жизни, сухостью, зудом и связанными с этим резким снижением либидо, удовлетворенности сексуальными контактами.

Пациентки отмечали отрицательное влияние этих факторов на отношения с мужем, настроение, уверенность в себе, работоспособность и другие показатели качества жизни.

В течение года респонденты получали терапию Овестином. Оценка динамики параметров качества жизни проводилась путем анкетирования. Женщины самостоятельно оценивали изменения на фоне терапии по 5- бальной шкале (1 балл - очень плохо, 2 балла - плохо, 3 балла - скорее плохо, чем хорошо, 4 балла - удовлетворительно, скорее хорошо чем плохо, 5 баллов - хорошо).

Результаты: На фоне тера-