

и антиатерогенных эффектов эстрогенов реализуются через собственные рецепторы и являются эндотелийзависимыми. Поэтому важно применение ЗГТ у женщин с сердечно-сосудистой патологией в ранней постменопаузе, когда еще сохранены эстрогеновые рецепторы и нет прогрессирующего атеросклеротического повреждения эндотелия [16]. Преимущество отдается на сегодняшний день использованию низкодозированных гормональных препаратов, таких как «Анжелик», так как с увеличением дозы следует ожидать увеличение частоты и выраженности неблагоприятных эффектов [8, 18].

Комбинация мозкисприла и «Анжелик» у пациентов с ХСН и менопаузальным синдромом во 2 группе является рациональной и дает эффект взаимного усиления терапии: мозкс улучшает течение СН и опосредованно влияет положительно на менопаузальный синдром, «Анжелик» устраняет менопаузальные симптомы, влияя положительно на СН.

### Заключение

Комбинированное лечение мозкисприлом и низкодозированным эстроген-гестагенным препаратом «Анжелик» показало более значимое улучшение клинико-функционального состояния пациентов 2 группы: значительно улучшалось качество жизни больных, повышалась толерантность к физической нагрузке (проба с 6 минутной ходьбой), уменьшалась тяжесть менопаузального синдрома. В результате исследования выявлено более благоприятное влияние данной комбинации препаратов на гормональный статус, липидный спектр, данные ЭХО-КГ.

Таким образом, включение «Анжелик» в лечение женщин с начальной стадией ХСН и менопаузальным синдромом значительно повышает эффективность стандартной терапии сердечной недостаточности и может быть рекомен-

довано для лечения и вторичной профилактики СН у таких пациентов.

### Литература

1. The therapeutic challenge in postmenopausal hypertension. ed. By A. Pines. Berlin, New York: de Greuter, 2000; 52 p.
2. Подзолков В. И., Подзолкова Н. М., Можарова Л. Г., Хомичья Ю. В. Гормональный континуум женского здоровья: эволюция сердечно-сосудистого риска от менархе до менопаузы; Журнал Сердце. 2004; 3: 6: 276-279.
3. Фомин И. В., Беленков Ю. Н., Мареев В. Ю., Агеев Ф. Т. Распространенность хронической сердечной недостаточности в Европейской части Российской Федерации-данные ЭПОХА-ХСН; Журнал Сердечная недостаточность. 2006; 7: 3: 112-116.
4. Davis M. K., Hobbs F. D. R., Davis R. C., et al. Prevalence of left-ventricular systolic dysfunction and heart failure in Echocardiographic Heart of England Screening study: a population based study.; Lancet. 2001; 358: 439-444.
5. Овчинников А. Г. Заместительная гормональная терапия в постменопаузе: защита сердца или неоправданный риск?; Журнал Сердце. 2004; 3: 6: 302-305.
6. Clanchan A. S., Fraser H. Половые различия в структуре, функции и метаболизме миокарда. ; Сердце и метаболизм. 2002; 7: 3-6.
7. Lindenfeld J., Ghali J.K., Krause-Steinrauf H.J., et al. Hormone replacement therapy is associated with improved survival in women with advanced heart failure. J Am Coll Cardiol. 2003; 42: 7: 1238-1248.
8. Соболева Г. Н. Кардиоваскулярные эффекты заместительной гормональной терапии у женщин в период менопаузы — что доказано?; Русский медицинский журнал. 2006; 14: 10: 767-769.
9. Глезер М. Г., Тхостова Э. Б., Демидова М. А., Белюсов Ю. Б. Мозкисприл при артериальной гипертензии у женщин в постменопаузе.; Журнал Кардиология. 2005; 7.
10. Беленков Ю. Н., Агеев Ф. Т., Мареев В. Ю. Знакомьтесь: диастолическая сердечная недостаточность.; Журнал Сердечная недостаточность. 2000; 1: 2.
11. Гилляревский С. Р. Современные подходы к профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний у женщин в постменопаузе: роль заместительной гормональной терапии; Журнал Сердце. 2006; 5: 7: 340-345.
12. Агеев Ф. Т., Арутюнов Г. П., Глезер М. Г., Мареев В. Ю. Национальные Рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН. Журнал Сердечная недостаточность. 2005; 7: 2: 52-79.

Полный список литературы см. на сайте [www.urmj.ru](http://www.urmj.ru)

## Сравнительная характеристика состояния уrogenитального тракта у женщин при различных вариантах дефицита половых гормонов

М. Ц. Антропова, А. В. Воронцова

Кафедра акушерства и гинекологии лечебно-профилактического факультета ГОУ ВПО УГМА Росздрава

### Резюме

На основании обследования 421 женщины в возрасте от 25 до 60 лет установлено, что особенности изменений в состоянии органов и тканей уrogenитального тракта у женщин с дефицитом половых гормонов однонаправлены и обусловлены, в первую очередь, вариантом его развития: у обследованных с физиологически протекающим климактерием имеют место начальные проявления закономерной возрастной инволюции; у больных при патологическом кли-

мактерии в структурах урогенитального тракта — наблюдаются ускоренные инволюционно-дегенеративные процессы; у пациенток репродуктивного возраста с постовариоэктомическим синдромом — регистрируются грубые инволюционно-дегенеративные отклонения, отличающиеся ранним для данной возрастной группы характером и ускоренным течением.

**Ключевые слова:** урогенитальный тракт, дефицит половых гормонов, урогенитальные расстройства, климактерический синдром, двухсторонняя овариоэктомия.

## Введение

Проблема дефицита половых стероидов (ДПС) приобрела в последние годы особое значение в связи со значительным увеличением продолжительности жизни женщин, что особенно четко прослеживается в развитых странах. Однако тот период жизни, за счет которого увеличивается эта продолжительность, характеризуется возрастными инволютивными изменениями, нередко выходящими за рамки физиологических процессов старения, развитием ряда патологических симптомов, синдромов и заболеваний, в том числе и со стороны урогенитального тракта (УГТ) [2, 3].

## Материалы и методы исследования

С целью выяснения влияния различных вариантов дефицита половых гормонов (физиологический климактерий, климактерический синдром, двухсторонняя овариоэктомия в репродуктивном возрасте) на состояние УГТ у женщин нами проводилось комплексное клинико-лабораторное обследование и наблюдение 421 жительницы г. Екатеринбурга и Свердловской области.

В контрольную группу вошли 30 практически здоровых (Ib группа по ВОЗ) женщин репродуктивного возраста (25-35 лет), у которых были исключены: ДПС (по содержанию яичниковых стероидов и гонадотропных гормонов в сыворотке крови), выраженные острые и (или) хронические гинекологические и экстрагенитальные заболевания.

Остальные обследуемые (391 пациентка) с ДПС (установленным при гормональном обследовании), у которых отсутствовали воспалительные и опухолевые гинекологические заболевания, дисфункциональные маточные кровотечения и острая соматическая патология, в зависимости от варианта развития ДПС были распределены в следующие группы: I группа — 22 женщины в возрасте 45-60 лет (в пре- и постменопаузе) с физиологически протекающим климактерием (отсутствие в анамнезе и в период обследования клинических проявлений патологического климактерия); II группа — 230 женщин в возрасте 45-60 лет (из них: 179 — в пре- или постменопаузе и 51 —

с хирургической менопаузой, перенесших гистерэктомию в связи с осложненным течением фибромиомы), имеющих клинические проявления типичной формы (по Е.М.Вихляевой, 1966 г.) климактерического синдрома (КС); длительность периода от момента появления клинических симптомов до начала нашего наблюдения в среднем составила 4,3 года; III группа — 139 женщин репродуктивного возраста (26-34 года), перенесших двухстороннюю оварио- или аднексэктомию (по поводу гнойно-воспалительных заболеваний придатков, внематочной беременности и/или доброкачественных опухолей — простые серозные цистаденомы, мелкокистозная дегенерация яичников, фиброма яичника) с гистерэктомией или без нее; время от операции до первичного осмотра оказалось  $4,8 \pm 2,36$  года.

Всем пациенткам было проведено комплексное клинико-лабораторное обследование, включавшее общепринятые и специальные методы для исследования УГТ.

Оценка состояния УГТ начиналась с заполнения женщинами специально разработанной нами скрининг-анкеты, включающей в себя вопросы о наличии уретральной и вагинальной симптоматики, о возможных факторах и причинах урогенитальных расстройств (УГР) (схема); и дневника микций (включающего в себя оценку количества выпитой/выделенной жидкости, частоту мочеиспусканий, акты императивных позывов и/или неудержаний мочи, факторы недержания мочи), который пациентки заполняли дома в течение 2 дней до приема.

Характер УГР оценивали по 3-х балльной шкале из 9 качественных показателей: жжение и/или зуд в области вульвы, сухость влагалища, диспареуния, выделения из половых путей, стресс-недержание мочи, болезненность мочеиспускания, учащенное мочеиспускание, цисталгия и снижение либидо, обусловленное урогенитальной симптоматикой; Выраженность вагинальной атрофии выясняли на основании определения индекса вагинального здоровья (ИВЗ), учитывающего характер эластичности влагалищной стенки и влагалищного транссу-

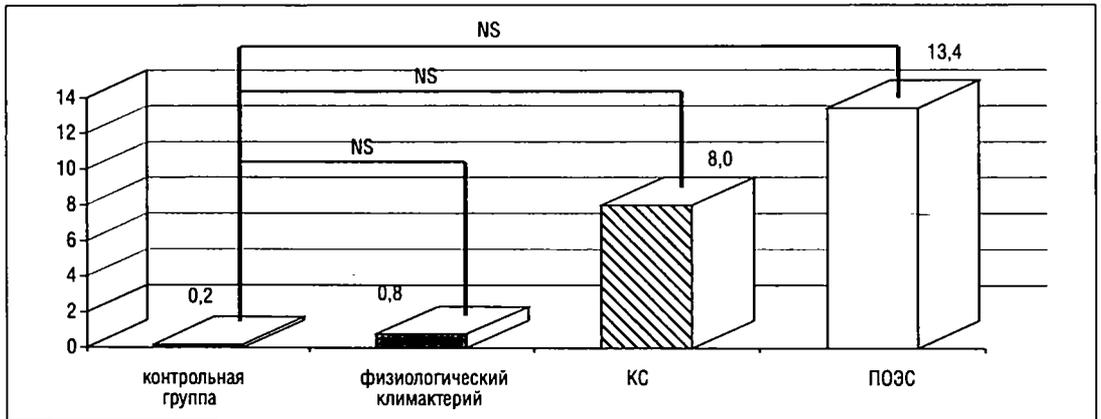
Схема Скрининг-анкета для индивидуального консультирования пациенток с ДПС по выявлению УГР и прогнозирования возможности их развития



дата, уровень pH, эпителиальную целостность и влажность слизистых влагалища, и имеющего балльную оценку: 1 балл — высшая степень атрофии, 2 балла — выраженная атрофия, 3 балла — умеренная атрофия, 4 балла — незначительная атрофия, 5 баллов — норма [2]. Гинекологический осмотр дополнялся расши-

ренной кольпоскопией и функциональными пробами для определения наличия и степени выраженности расстройств мочеиспускания: кашлевой тест и проба Valsalva, основанные на оценке эффективности ответной реакции детрузора и уретры на повышение пациенткой внутрибрюшного давления путем натуживания

Рисунок 1. Выраженность синдрома уrogenитальной недостаточности эстрогенов у женщин с различными вариантами дефицита половых стероидов (в баллах)



Примечание. Наличие достоверных различий с контрольной группой: NS —  $p > 0,05$  (отсутствие достоверных различий); \* —  $p < 0,05$ ; \*\* —  $p < 0,01$ ; \*\*\* —  $p < 0,001$

Рисунок 2. Степень выраженности вагинальной атрофии у женщин с различными вариантами дефицита половых стероидов (в %)



или кашлевого толчка (пробы считаются положительным при появлении некоторого объема мочи в области наружного отверстия мочеиспускательного канала при полном мочевого пузыре).

Исходя из того, что традиционные цитологические и бактериологические исследования представляют собой только качественные анализы и часто не позволяют комплексно оценить состояние наружных и внутренних половых органов, а наилучший результат достигается при патоморфологическом исследовании, учитывающие кроме характеристик микроценоза, еще и состояние эпителиальных клеток, уровень поражения и взаимодействия микробной флоры с лейкоцитами, наличие вагинального ответа, нами применялся метод трехпа-

раметрической проточной цитофлуорометрии (цитометр «ГОИ-92», г. Санкт-Петербург) [1], значительно повышающий достоверность исследования, так как при данном методе одновременно обрабатывается большой клеточный материал (около 5000 клеток) и с помощью компьютерной программы проводится количественная динамическая оценка состояния клеток.

Для исключения воспалительных процессов мочевыводящих путей всем пациенткам назначался общий анализ мочи (ОАМ), который при необходимости дополнялся посевом мочи на микрофлору и/или анализом мочи по Нечипоренко. Обследование женщин также включало консультацию уролога и комплексное уродинамическое исследование — по показаниям.

Таблица 1. Характер УТР у женщин с различными вариантами дефицита половых стероидов (в %)

Показатели	Контрольная группа, (n=30)	Физиологический климактерий, (n=22)	Климактерический синдром, (n=230)	Постменопаузальный синдром, (n=139)
Жжение и/или зуд в области вульвы	0	27,3*	76,1***	88,5***
Сухость влагалища	0	0 <sup>NS</sup>	68,7***	74,8***
Диспареуния	3,3	13,6 <sup>NS</sup>	41,7***	56,8***
Выделение из половых путей	10,0	22,7 <sup>NS</sup>	52,6***	41,0***
Стресс-недержание мочи при напряжении	0	0 <sup>NS</sup>	40,9***	40,2***
Болезненность мочеиспускания	0	0 <sup>NS</sup>	39,6***	44,6***
Учащенное мочеиспускание	6,7	13,6 <sup>NS</sup>	50,0***	56,2***
Цисталгия	0	4,6 <sup>NS</sup>	23,0***	34,6***
Снижение либидо, обусловленное урогенитальной симптоматикой	0	0	56,5***	70,5***

Примечание. Наличие достоверных различий с контрольной группой: NS —  $p > 0,05$  отсутствие достоверных различий; \* —  $p < 0,05$ ; \*\* —  $p < 0,01$ ; \*\*\* —  $p < 0,001$

Таблица 2. Параметры индекса вагинального здоровья (по Barlow) у женщин с различными вариантами дефицита половых стероидов (в %)

Показатели	Контрольная группа, (n=30)	Физиологический климактерий, (n=22)	Климактерический синдром, (n=230)	Постовариозтоимический синдром, (n=139)
<b>1. Эластичность</b>				
- нет	0	0 <sup>NS</sup>	3,5*	12,9***
- слабая	0	0 <sup>NS</sup>	25,7***	52,5***
- средняя	0	0 <sup>NS</sup>	43,5***	34,5***
- хорошая	40,0	40,9 <sup>NS</sup>	26,5 <sup>NS</sup>	0***
- отличная	60,0	59,1 <sup>NS</sup>	0,9***	0***
<b>2. Транссудат</b>				
- нет	0	0 <sup>NS</sup>	7,8***	28,1***
- скудный, поверхностный, желтый	0	0 <sup>NS</sup>	9,6***	34,5***
- поверхностный, белый	0	13,6 <sup>NS</sup>	56,5***	23,7***
- умеренный, белый	33,3	31,8 <sup>NS</sup>	26,5 <sup>NS</sup>	13,7 <sup>NS</sup>
- достаточный, белый	66,7	54,6 <sup>NS</sup>	1,3***	0***
<b>3. pH</b>				
- более 6,1	0	0 <sup>NS</sup>	9,1***	27,3***
- 5,6-6,0	0	0 <sup>NS</sup>	32,2***	42,4***
- 5,1-5,5	0	13,6 <sup>NS</sup>	47,8***	25,9***
- 4,7-5,0	10,0	36,4*	7,0 <sup>NS</sup>	7,2 <sup>NS</sup>
- менее 4,6	90,0	50,0**	3,9***	0***
<b>4. Эпителиальная целостность</b>				
- петехии, кровоточивость	0	0 <sup>NS</sup>	6,5**	20,9***
- кровоточивость при контакте	0	0 <sup>NS</sup>	18,3***	43,2***
- кровоточивость при соскабливании	0	9,1 <sup>NS</sup>	62,2***	18,7***
- нерыхлый, тонкий эпителий	0	27,3*	10,0***	17,3***
- нормальный эпителий	100	63,6**	3,0***	0***
<b>5. Влажность</b>				
- выраженная сухость, воспаление	0	0 <sup>NS</sup>	5,2**	30,9***
- выраженная сухость, поверхность не воспалена	0	0 <sup>NS</sup>	24,4***	41,0***
- минимальная	0	4,6 <sup>NS</sup>	44,8***	12,9***
- умеренная	6,7	31,8*	25,2***	13,7 <sup>NS</sup>
- нормальная	93,3	63,6*	0,4***	0***

Примечание. Наличие достоверных различий с контрольной группой: NS —  $p > 0,05$  отсутствие достоверных различий; \* —  $p < 0,05$ ; \*\* —  $p < 0,01$ ; \*\*\* —  $p < 0,001$

Статистическая обработка материала производилась по параметрическим критериям на PC Pentium IV с помощью лицензионной программной системы Microsoft Excel 2003 SP1. Вычислялись основные статистические показатели —  $M \pm m$  (где M — средняя величина, а m — стандартная ошибка средней величины). Достоверность полученных результатов определялась по парному критерию Стьюдента. Статистически достоверным считался коэффициент, уровень

значимости которого был меньше 0,05, что считается достаточным для медицинских исследований.

## Результаты

**1. Клинико-функциональная характеристика состояния урогенитального тракта у женщин контрольной группы.**

У обследованных контрольной группы УГР (табл. 1) практически отсутствовали; и их сред-

няя выраженность была незначительной — 0,2 балла (рис. 1).

При определении индекса вагинального здоровья (табл. 2) установлено: эластичность — отличная (у 60,0%) или хорошая (у 40,0%); влажный транссудат — достаточный, белый

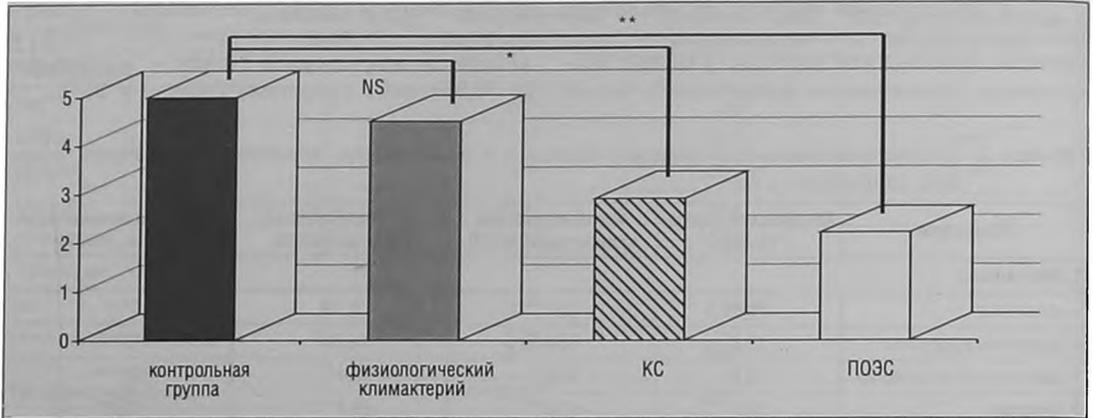
(у 66,7%) или умеренный, белый (у 33,3%); уровень pH — менее 4,6 (у 90,0%) или в пределах 4,7-5,0 (лишь у 10,0%); эпителиальная целостность — нормальный эпителий (у 100%) и влажность влагалищной стенки — нормальная (у 93,3%) либо умеренная (только у 6,7%); то

Таблица 3. Цервико-вагинальные смывы у женщин с различными вариантами дефицита половых стероидов (в %)

Показатели	Контрольная группа, (n=30)	Физиологический климактерий, (n=22)	Климактерический синдром, (n=230)	Постовариозтоимический синдром, (n=139)
<b>1. Нейтрофилы</b>				
- единичные	70,0	4,6***	0***	0***
- умеренное количество	13,3	36,4 <sup>NS</sup>	12,6 <sup>NS</sup>	0*
- значительное количество	13,3	54,6**	87,4***	100***
<b>2. Цитолит</b>				
	3,3	13,6 <sup>NS</sup>	26,5***	15,8*
<b>3. Некротизированные клетки</b>				
- отсутствуют	66,7	0***	0***	0***
- незначительное количество	16,7	77,3***	19,6 <sup>NS</sup>	61,2***
- повышенное количество	16,7	22,7 <sup>NS</sup>	80,4***	38,8*
<b>4. Клетки плоского эпителия</b>				
- без патологии	66,7	0***	0***	0***
- с реактивными воспалительными изменениями	6,7	13,6 <sup>NS</sup>	17,4 <sup>NS</sup>	18,7*
- с дистрофическими изменениями	26,7	86,4***	80,0***	77,7***
- дисплазия 1 степени	0	0 <sup>NS</sup>	2,6*	3,6*
<b>5. Косвенные признаки инфицирования</b>				
- хламидии	3,3	4,6 <sup>NS</sup>	3,9 <sup>NS</sup>	10,1 <sup>NS</sup>
- ВПЧ	3,3	9,1 <sup>NS</sup>	7,8 <sup>NS</sup>	5,8 <sup>NS</sup>
<b>6. Ключевые клетки</b>				
- отсутствуют	86,7	50,0*	17,8***	87,1 <sup>NS</sup>
- единичные	6,7	27,3 <sup>NS</sup>	11,7 <sup>NS</sup>	3,6 <sup>NS</sup>
- в умеренном количестве	3,3	4,6 <sup>NS</sup>	40,0***	2,2 <sup>NS</sup>
- в значительном количестве	3,3	18,2 <sup>NS</sup>	30,4***	7,2 <sup>NS</sup>
<b>7. Тип мазка</b>				
- эстрогенный	60,0	22,7*	10,4***	0***
- промежуточный	23,3	22,7 <sup>NS</sup>	4,8*	0**
- смешанный	13,3	31,8 <sup>NS</sup>	52,2***	10,1 <sup>NS</sup>
- регрессивный	0	4,6 <sup>NS</sup>	26,1***	71,2***
- воспалительный	6,7	18,2 <sup>NS</sup>	6,5 <sup>NS</sup>	18,7*
<b>8. Микрофлора</b>				
- лактобациллы	66,7	13,6***	0***	0***
- короткие палочки	16,7	40,9 <sup>NS</sup>	64,3***	27,3 <sup>NS</sup>
- кокки	13,3	36,4 <sup>NS</sup>	34,8**	43,9***
- грибы рода Candida	3,3	4,6 <sup>NS</sup>	0,9 <sup>NS</sup>	4,3 <sup>NS</sup>
- отсутствие микрофлоры	0	0 <sup>NS</sup>	0 <sup>NS</sup>	24,5***

Примечание. Наличие достоверных различий с контрольной группой: NS —  $p > 0,05$  отсутствие достоверных различий; \* —  $p < 0,05$ ; \*\* —  $p < 0,01$ ; \*\*\* —  $p < 0,001$ .

Рисунок 3. Общий индекс вагинального здоровья у женщин с различными вариантами дефицита половых стероидов (в баллах)



есть ИВЗ у всех соответствовал «норме» (рис. 2), и был  $5,0 \pm 0,00$  балла (рис. 3).

По данным цитофлюорометрии цервико-вагинальных смывов (табл. 3) цитологическая картина, гистограммы ДНК и показатели светорассеяния — в преобладающем большинстве соответствовали дню менструального цикла; в исследуемом материале содержались единичные нейтрофилы, а некротизированные клетки отсутствовали; клетки плоского эпителия были без воспалительных, дистрофических и диспластических изменений; а палочки Дедерлейна являлись доминирующей микрофлорой.

## 2. Особенности состояния урогенитального тракта у женщин с физиологическим климактерием.

Среди женщин с физиологическим климактерием абсолютно все не имели существенных УГР (табл. 1); в итоге, выраженность синдрома урогенитальной недостаточности эстрогенов (СУГНЭ) (рис. 1) составила  $0,8 \pm 1,10$  балла, что достоверно не отличалось от данного показателя у здоровых женщин репродуктивного возраста.

Параметры ИВЗ (табл. 2) оказались: эластичность влагалищной стенки — отличной (у 59,1%) или хорошей (у 40,9%); транссудат — достаточным, белым (у 54,6%) или умеренным, белым (у 31,8%), или поверхностным, белым (у 13,6%); значение pH — менее 4,6 (у 50,0%) или 4,7-5,0 (у 36,4%), или 5,1-5,5 (у 13,6%); эпителиальная целостность — достаточная (у 63,6%) или не рыхлый, тонкий эпителий (у 27,3%), или кровотоочивость эпителия при соскабливании (только у 9,1%); влажность слизистой — нормальная (у 63,6%) или умеренная (у 31,8%), или минимальная (лишь у 4,6%), в результате, индивидуальный индекс вагиналь-

ного здоровья (рис. 2), соответствующий «норме» диагностировался у одной половины обследованных I группы и у другой — «незначительная атрофия» (у 45,6%) или «умеренная атрофия» (только у 4,6%), а общий ИВЗ (рис. 3), в среднем, составил 4,5 балла, то есть достоверно не отличался от данного показателя в контрольной группе.

Как видно из табл. 3, из группы с физиологическим климактерием большинство обследованных имели нормальные цитологическую картину и микробный состав цервико-вагинальных смывов или их незначительные отклонения: тип мазка эстрогенный — у 22,7%, или промежуточный — у 22,7%, или смешанный — у 31,8%; неповышенное количество нейтрофилов и некротизированных клеток — соответственно у 36,4% и у 77,3%; отсутствие цитолиза, воспалительных и диспластических изменений клеток плоского эпителия — у 86,4%; преобладание непатогенной или условно патогенной микрофлоры — практически у всех (за исключением одной женщины с кандидозом).

## 3. Особенности состояния урогенитального тракта у женщин с климактерическим синдромом.

Среди больных с КС у преобладающего большинства (у 85,7%) — выявлены те или иные УГР (табл. 1): жжение и/или зуд в области наружных половых органов — у 76,1%, сухость влагалища — у 68,7%, снижение полового влечения, обусловленное урогенитальной симптоматикой — у 56,5%, выделения из половых путей — у 53,6%, учащенное мочеиспускание — у 50,0%, диспареуния — у 41,7%, стресс-недержание мочи — у 40,9%, болезненное мочеиспускание — у 39,6% и цисталгия — у 33,0%; в результате, средняя выраженность

СУГНЭ (рис. 1) оказалась 8,0 балла, то есть в 40 раз выше, чем в контрольной.

При оценке ИВЗ у больных данной группы (табл. 2) отмечены: средняя — у 43,5%, или слабая — у 25,7%, или даже отсутствовавшая — у 3,5% эластичность стенки влагалища (хорошая — у 30,9%); умеренный, белый — у 29,1% или скудный, желтый — у 9,6% трансудат, или его отсутствие — у 7,8% (поверхностный, белый — у 56,5%); кислотность в пределах 5,1-5,5 или 5,6-6,0, или более 6,1 — соответственно у 47,8%, у 32,2% и у 9,1% (нормальная рН — только у 3,9%); нарушения эпителиальной целостности в виде кровоточивости при соскабливании — у 62,2% или кровоточивости при контакте — у 18,3%, или петехий и самопроизвольной кровоточивости — у 6,5% (была не нарушенной — у 13,0%); выраженная сухость с невоспаленной — у 24,4% и с воспаленной поверхностью — у 5,2% или минимальная влажность — у 44,8% (умеренная — у 25,2%, а нормальная — лишь у 0,4%), в итоге, индивидуальный ИВЗ (рис. 2) соответствовал: «умеренной атрофии» — почти у каждой второй обследованной (у 50,9%), а «незначительной», «выраженной» и даже «высшей степени атрофии» — у 19,1%, у 21,7% и у 7,4% соответственно («норме» — только у 0,9%), и общий ИВЗ у больных с КС (рис. 3) оказался  $2,9 \pm 0,78$  балла и был в 1,7 раза достоверно меньше, чем у здоровых женщин репродуктивного возраста.

Ни у одной из женщин II группы не зарегистрировано нормальных цервико-вагинальных смывов (табл. 3), «условная норма» установлена — лишь у 8,7%, а у остальных — обнаружены какие-либо неблагоприятные изменения клеточного состава и микрофлоры влагалища: смешанный — у 73,5% или регрессивный — у 26,1% тип мазка (эстрогенный — у 10,4%, а промежуточный — лишь у 4,8%); повышенное количество нейтрофилов — у 100%, значительное увеличение числа некротизированных клеток — у 80,4% (незначительное — у 19,6%); цитоллиз — у 26,5%; абсолютно у всех — наличие изменений плоского эпителия либо воспалительного — у 33,9%, либо дистрофического — у 63,5%, либо даже диспластического — у 2,6% характера; полное отсутствие лактоподобных грамположительных палочек — у 100%.

#### 4. Особенности состояния уrogenитально-го тракта у женщин с двухсторонней овариоэктомией в репродуктивном возрасте.

В группе пациенток репродуктивного возраста, перенесших двухстороннюю овариоэктомию, различные УГР (табл. 1) обнаружены в 100% случаев: жжение и/или зуд в области

вульвы — у 88,5%, сухость слизистых влагалища — у 74,8%, понижение либидо, обусловленное уrogenитальными нарушениями — у 70,5%, болезненность при половом акте — у 56,8%, учащенное и болезненное мочеиспускание — соответственно у 56,2% и у 44,6%, выделения из половых путей — у 41,0%, стресс-недержание мочи — у 40,2%, а цисталгия — у 34,6%; и как видно из рис. 1, выраженность СУГНЭ в группе с хирургической менопаузой ( $13,4 \pm 7,45$  баллов) превышала более, чем в 65 раз данное значение у здоровых женщин репродуктивного возраста.

Показатели ИВЗ (табл. 2) у женщин с постовариоэктомическим синдромом (ПОЭС) имели следующие характеристики: эластичность влагалищной стенки отсутствовала — у 12,9%, была слабая — у 52,5%, или средняя — у 34,5%; трансудат не обнаружен — у 28,1% или обнаружен как скудный, поверхностный, желтый — у 39,5%, или как поверхностный, белый — у 23,7%; уровень рН выше 6,1 — у 27,3% или от 5,6 до 6,0 — у 42,4%, или от 4,7 до 5,0 — у 25,9%; эпителиальная целостность с кровоточивостью при контакте — у 43,2% или со спонтанной кровоточивостью и петехиями — у 20,9%; а слизистая влагалища с наличием выраженной сухости и невоспаленной поверхностью — у 41,0% или выраженной сухости с воспалением — у 30,9%; как показано на рис. 2, индивидуальный ИВЗ, свидетельствующий о «выраженной атрофии» зарегистрирован — у 39,6% женщин, а о «высшей степени вагинальной атрофии» — у каждой четвертой (у 25,2%), при этом общий ИВЗ (рис. 3) находился в пределах  $2,2 \pm 0,84$  балла, то есть более, чем в 2 раза ( $p < 0,01$ ) ниже соответствующего значения в контрольной группе.

Среди больных с двухсторонней овариоэктомией абсолютно у всех — были выявлены те или иные отклонения в составе цервико-вагинальных смывов (табл. 3): тип мазка — регрессивный (у 71,2%), или смешанный (у 10,1%), или воспалительный (у 18,7%); значительное количество нейтрофилов (у 100%) и некротизированных клеток (у 61,2%); дистрофические (у 77,7%), воспалительные (у 18,7%) и диспластические (у 3,6%) изменения эпителиальных клеток; преобладание кокков (у 43,9%) или коротких палочек (у 27,3%), и даже отсутствие микрофлоры (у 24,5%).

#### Обсуждение

Таким образом, на основании полученных данных установлено, что для состояния уrogenитального тракта у обследованных, имеющих физиологическое течение климактерия, характерно: во-первых, отсутствие какой-либо как урологической, так и вульво-вагинальной сим-

птоматики (у 100%), а значит, и их отрицательного влияния на половое влечение; во-вторых, либо отсутствие проявлений вагинальной атрофии (у 54,5%), либо лишь начальные ее проявления (у 45,5%); в-третьих, или отсутствие каких-либо изменений клеточного и микробного состава цервика-вагинальных смывов почти у половины обследованных (у 46,7%), или отклонения в микробиоценозе влагалища, расцениваемые как «условная норма» (у 53,3%). Выявленные нами особенности состояния УГТ у женщин с физиологическим климактерием по-видимому связаны с постепенностью, своевременностью (то есть, «физиологичностью», соответствию возрасту) изменений в уровне половых стероидов (как итог — снижение уровня эстрадиола, прогестерона и тестостерона), а также возможностью адаптации к новым гормональным условиям при физиологическом течении климактерии.

Особенностью состояния урогенитального тракта у больных при климактерическом синдроме в отличие от здоровых женщин репродуктивного возраста является развитие ускоренных инволюционно-дегенеративных изменений: наличие всех проявлений СУГНЭ, имеющих различные сочетания и степень выраженности (у 76,1%); а также развитие умеренных (у 51,7%) или выраженных (у 35,3%) атрофических изменений влагалищной стенки, обуславливающих значительное снижение ИВЗ; типичны цервика-вагинальные смывы, свидетельствующие или о бактериальном вагинозе (у 48,3%,  $p < 0,001$ ), или об атрофическом вагините (у 29,1%,  $p < 0,001$ ).

Особенностью состояния урогенитального тракта у пациенток репродуктивного возраста, перенесших одномоментное выключение яичников, является развитие ранних, грубых и ускоренных инволюционно-дегенеративных отклонений: наличие и вульво-вагинальной симптоматики, и урологических нарушений, что предопределяет резкую выраженность СУГНЭ (вплоть до тяжелой — у 88,5%) и крайне негативно отражается на сексуальной сфере молодых женщин (диспареуния, отсутствие полового влечения); обращает на себя внимание резкая влагалищная атрофия (вплоть до «высшей степени» — у каждой четвертой обследованной), предопределяющая крайне низ-

кое значение ИВЗ (в среднем, 2,2 балла); характерны выраженные патологические нарушения микробиоценоза влагалища (отсутствие какой-либо микрофлоры — у 24,5%, преобладание базальных и парабазальных клеток плоского эпителия слизистой — у 71,2%).

Неизбежность развития ускоренных или ранних инволютивно-дегенеративных процессов в урогенитальном тракте при таких патологических вариантах дефицита половых гормонов как КС, двухсторонняя овариоэктомия, требует решения вопроса о применении заместительной гормональной терапии у всех больных, имеющих КС и у всех пациенток репродуктивного возраста, перенесших двухстороннюю овариоэктомию, при отсутствии у них противопоказаний к назначению гормональных препаратов и при полной информированности врача о состоянии гормон-чувствительных органов-мишеней (прежде всего, эндометрия и молочных желез).

Так как проблема УГР является не только медицинской, но и значимой социальной проблемой, с нашей точки зрения, для повышения качества, эффективности и доступности диагностики, лечения и профилактики УГР у женщин с ДПС необходимо: во-первых, организация специализированных амбулаторно-поликлинических центров или кабинетов с привлечением необходимых специалистов (гинекологов-эндокринологов, урологов, онкологов, терапевтов, эндокринологов, неврологов, травматологов и др.) и обладающих возможностью всесторонней диагностики и лечения (в том числе и оперативного) данного контингента больных; а во-вторых, создание государственных программ, обеспечивающих проведение дорогостоящих методов обследования, лечения и профилактики больных с УГР при дефиците половых гормонов.

## Литература

1. Проведение онкогинекологического скрининга методом проточной цитометрии: Метод. рекомендации. Екатеринбург, 1998; 12 с.
2. Руководство по климактерию: Рук-во для врачей. Под ред. В. П. Сметник, В.И.Кулакова.-М.:Медицинское информационное агентство, 2001; 685 с.: ил.
3. Руководство по эндокринной гинекологии. Под ред. Е. М. Вихляевой. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2000; 786с., ил.