

ПРИЧИНЫ И СЛЕДСТВИЯ УРОВАГИНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С РАННЕЙ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ МЕНОПАУЗОЙ



Набиева Диёра Юлдашевна¹, Каюмова Дилрабо Талмасовна²

1 - Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Андижан;
2 – Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент

ЭРТА ВА МУДДАТДАН ОЛДИНГИ МЕНОПАУЗАДА КУЗАТИЛАДИГАН УРОВАГИНАЛ БУЗИЛИШЛАРНИНГ САБАБЛАРИ ВА ОҚИБАТЛАРИ

Набиева Диёра Юлдашевна¹, Каюмова Дилрабо Талмасовна²

1 - Андижон давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Андижон ш.;
2 – Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

CAUSES AND EFFECTS OF UROVAGINAL DISORDERS IN WOMEN WITH EARLY AND PREMATURE MENOPAUSE

Nabieva Diyora Yuldashevna¹, Kayumova Dilrabo Talmasovna²

1 - Andijan State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Andijan;
2 - Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: info@tta.uz

Резюме. Долзарблиги. Уровагинал бузилишлар муддатдан олдинги (МО) ва эрта менопауза (ЭМ) да тез-тез кузатиладиган белгилардан бири бўлиб ҳисобланади. Ушбу патология гипоэстрогения туфайли келиб чиқиб, ушбу даврдаги аёллар ҳаёт сифатининг пасайишига сабаб бўлади. Тадқиқот мақсади. МО ва ЭМ да кузатиладиган асосий сабаб ва эҳтимолий асоратларини аниқлаш. Тадқиқот материаллари ва усуллари. Ушбу тадқиқотда материал сифатида МО ва ЭМ кузатилган 80 нафар аёллар танлаб олинди. Назорат гуруҳига шу ёшдаги юқоридаги патологиялар кузатилмаган соғлом аёллар киритилди. Тадқиқот натижалари. Тадқиқот натижасида МО ва ЭМ пайдо бўлишига кузатилишига гинекологик касалликлар ҳамда соматик патологиялар сабаб бўлиши мумкин. Хулоса. Ўз вақтида ўтказилган даво чоралари бемор аҳволини ёмонлашишини олдини олиб, сийдик тута олмаслик Своевременная проведенная коррекция может предотвратить ухудшение состояния больного, положительно повлиять надержание мочи.

Калим сўзлар: эрта менопауза, муддатдан олдинги тугруқ, патогенез, уровагинал касалликлар.

Abstract. Relevance. Urovaginal disorders are common in premature (PM) and early menopause (EM). This pathology is considered a consequence of hypoestrogenism, which in many cases worsens the quality of life of women in this period. Purpose of the study. To identify the main causes and possible complications of urovaginal disorders in women with early and premature menopause. Materials and research methods. Materials for this study were 80 women aged 40 to 45 years with RM and PM. The control group consisted of healthy women of this age without the above disorders. Research results. As a result of the study, it was revealed that, in many cases, the transferred gynecological diseases and the presence of somatic pathology influenced the occurrence of PM or RM. Conclusions. Timely correction can prevent the deterioration of the patient's condition, positively affect urinary incontinence.

Key words: early menopause, premature menopause, pathogenesis, urovaginal diseases.

Введение. Проблема недержания мочи является одной из часто встречающихся патологий у женщин с ПМ и РМ [5,8,12]. В многих исследованиях приводятся доводы об эстрогенной недостаточности данного заболевания [1,4,11]. Недержание мочи не только негативно влияет на соматическое но и психическое здоровье пациенток, так как оно

вызывает не уверенность в себе [2,3,10]. Надо отметить что, у больных с одной и той же патологией недержание мочи протекает по разному. Выявление других причин которые могут в комплексе ухудшить состояние больной и повлиять на течение недержание мочи может помочь в правильном подборе тактики лечения у пациенток с данной нозологией [6,7,9].

Цель исследования – Выявить основные причины и возможные осложнения уровагинальных расстройств у женщин с ранней и преждевременной менопаузой.

Материалы и методы исследования. В данное исследование было вовлечено 80 женщин в возрасте от 40 до 45 лет с РМ и ПМ. Основная группа была разделена на две группы. Кроме того было сформирована контрольная группа из здоровых женщин этого же возраста. В первую и вторую группу вошли по 30 женщин, в контрольную группу были привлечены 20 пациенток. Больших возрастных и клинических характеристик между двумя основными группами не наблюдалось. При включении в группу мы использовали следующие данные: изменение гормональных маркеров: повышение уровня ФСГ >15МЕ/л; уровень АМГ менее 0,01 нг/мл, преждевременная или ранняя менопауза, явления в виде недержание мочи разной этиологии. Критериями исключения из исследования были возраст пациенток более 45 лет, наличие менструации.

Результаты исследования и их обсуждение. По ходу исследования мы проанализировали менструального анамнеза при котором не у одной из пациенток не выявили патологий связанных с наступлением менархе. Обращает на себя внима-

ние, что у женщин I группы аменорея возникала в среднем в возрасте $\pm 42,5$ года ($p < 0,05$). При выяснении у женщин причин возникновения ПМ и РМ оказалось, в 24% случаев была операция на яичниках, в 12% с стимуляцией, в 14% с радиационным облучением или химиотерапией в связи опухолями, в 9% со стрессами, в остальных 31% пациентки не смогли назвать истинную причину возникшего состояния. У женщин первой группы в 39,8% недержание мочи появилась в первые годы ПМ или РМ. Через 2 или 3 года у 41,2%, на протяжении более 4 лет в 20%. Данные указаны в рисунке 1.

Известно, что для тщательного анализа важны анамнестические особенностей репродуктивной системы. В двух группах в среднем было констатировано, 92 и 94 родов соответственно, при этом надо утверждать, что, достоверного различия в частоте и количестве родов между группами сравнения не выявлено ($p > 0,05$). Возраст более 30 лет при первых родах был установлен, только у женщин I и II групп (30 и 28% случаев соответственно). В первой группе 14% женщин были не родившими. Вторичное бесплодие было установлено в первой и второй группах в 35% и 25% случаев. Длительность бесплодия от 2 до 7 лет.

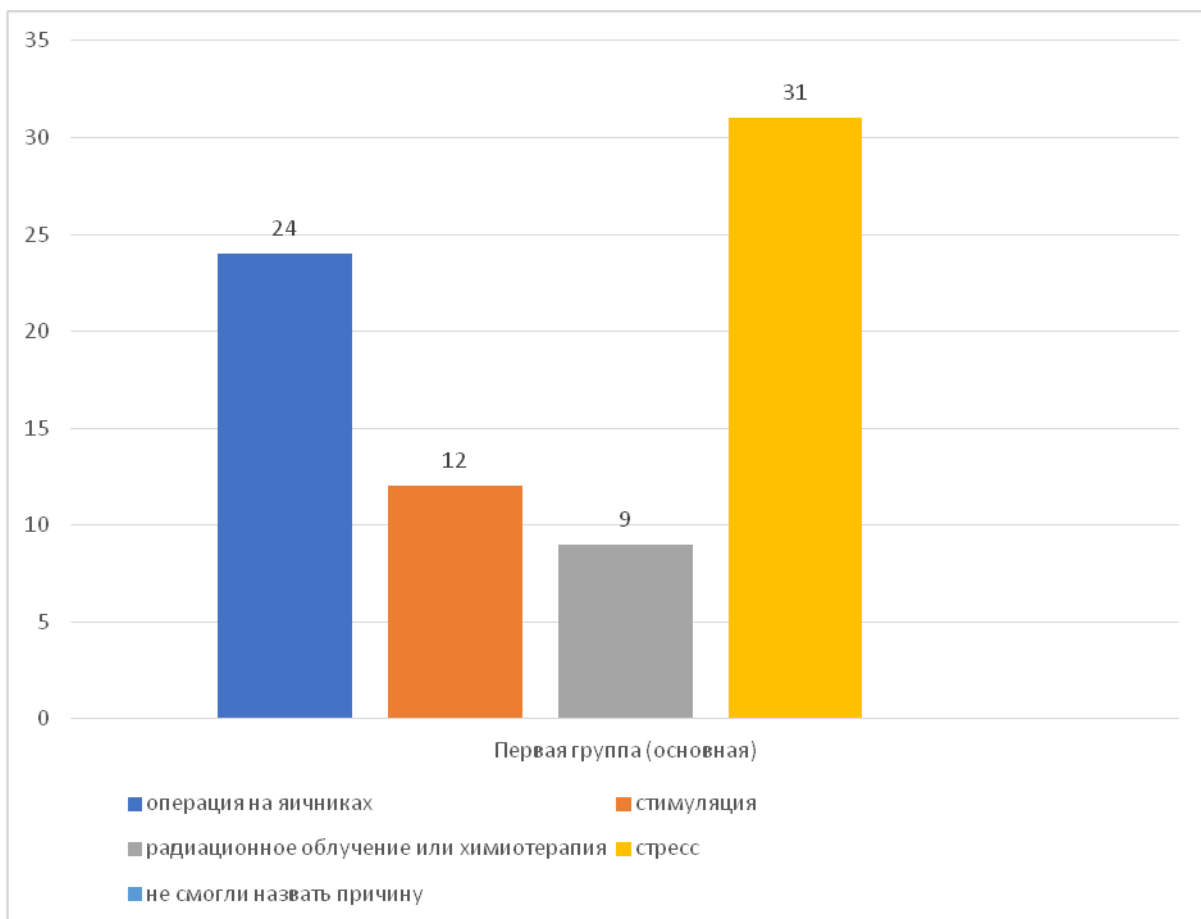


Рис. 1. Причины возникновения ПМ или РМ

Таблица 1. Встречаемость гинекологических заболеваний у исследуемых женщин n=80

Нозология	Контрольная группа (n=20)		Основная I-группа (n=30)		Основная II-группа (n=30)	
	авс	%	авс	%	авс	%
Хронический эндометрит	1	3,3	4	7	4	8,7
Истмико-цервикальная недостаточность	-	-	2	6,5	1	10,8
Фолликулярная киста	2	6,6	7	17,5	4	13
Эндометриодная киста	-	-	1	10	1	2,1
НМОЦ (нарушение менструального цикла)	-	-	7	17,5	1	2,1
ТОРЧ инфекция	2	20	15	37,5	11	24
Хронический цистит	2	3,3	9	22,5	4	4,3

Стимуляция овуляции у женщин с первичным и вторичным бесплодием было в 37,4% и 29,3% случаях ($p < 0,01$). В контрольной группе вышеуказанных патологий не выявлено. Роды в общей сложности были 64 случая. Из них первые роды более 30 лет не было констатировано. Самопроизвольный выкидыш был выявлен только в двух основных группах в 72% случаях в сравнении с данными во II группе 28% случаев, $p < 0,05$. В контрольной группе самопроизвольный выкидыш был только 4% или у 1 пациентки. Артифициальные аборт были в контрольной группе в 16%, в первой группе в 76% и в третьей группе 54% случаев. Число абортов на одну женщину, то в I и II группах было почти в 2 раза меньше, чем в группе контроля ($p < 0,01$). Как видно из вышеуказанных данных самый большой показатель осложнений репродуктивной системы наблюдалось в первой основной группе.

В первой группе бесплодие длительностью от 4-8 лет, выявлено у 24% женщин I группы и у 21% женщин II группы, тогда как более 8 лет - у 16% женщин I группы и у 6% II группы. При изучении истории болезни данных пациенток оказалось, что, индукция овуляция применялась у пациенток только первой группы. Длительность стимуляции овуляции составила $\pm 3,2$ месяца, при этом применялся препарат кломифен цитрат в дозе 110 мг в сутки в данной группе. Гонадотропины были применены при стимуляции овуляции для проведения ЭКО, в среднем в $\pm 2,6$ циклах. Эффективность ЭКО наблюдалась только, у 76% женщин, у остальных 24% пациенток I группы биохимические и ультразвуковые маркеры беременности не выявлены.

При сравнении двух основных групп по отношению к контрольной нужно выделить то, что, гинекологических патологий было установлено больше в первой группе чем во второй. Что касается перенесенных гинекологических заболеваний, то их перечень отражен в таблице 1.

Как видно из таблицы 1 хронический эндометрит встречался в обеих группах почти с

одинаковой частотой. Истмико-цервикальная недостаточность в основной группе встречалось на 1,7% больше чем в сравнительной, а фолликулярная киста на 4,5 %, эндометриодная киста на 7,9%, нарушение менструального цикла на 15,4 % , ТОРЧ инфекция на 13,5% и хронический цистит на 18,2%.

Нами также выяснялась частота и степень пролапса гениталий у женщин. Установлено, что пролапс гениталий был у всех женщин в I группе. Пролапс I степени был установлен в первой группе в 39,4%, во второй в 21,3% случаев, в контрольной 17,0%. Второй степени в 20,6%, 19,7% и 8% соответственно. Третьей степени в 5,9%, 3,1% и в первой группе не наблюдалось вообще ($p < 0,05$).

Мы изучили характер нарушений мочеиспускания у женщин этой возрастной группы. Различные виды недержания мочи были выявлены у всех женщин I группы. Однако у 54% и 46% женщин I группы наблюдались легкие и тяжелые формы этого заболевания соответственно ($p < 0,05$). Продолжительность недержания мочи варьировала от 1 до 10 лет. У значительного числа женщин основной группы недержание мочи было более двух лет, только у женщин I группы - более пяти лет. Учитывая тип недержания мочи, ни одно из наблюдений не указывало на изолированный гиперактивный мочевого пузыря (ГАМП). Однако смешанное недержание мочи присутствовало у 8% в первой группе, что также следует отметить. Стрессовое недержание мочи было выявлено у большинства женщин. Однако наличие гиперактивного мочевого пузыря может также рассматриваться как следствие гипоестрогенизма.

Вывод. Исходя из вышеуказанных результатов исследования можно отметить, что, на появление ПМ и РМ следствием которого является недержание мочи влияет не только эстроген дефицитное состояние, но и перенесенная соматическая патология и гинекологические заболевания.

Литература:

1. Абсатарова Ю. С., Андреева Е. Н. Преждевременная недостаточность яичников: современные аспекты ведения пациенток //Сборник тезисов III Всероссийской конференции с международным участием "Репродуктивное здоровье женщин и мужчин". – 2018. – С. 5-5.
2. Адамян Л. В. и др. Новые возможности хирургии в восстановлении утраченных функций яичников при преждевременной недостаточности яичников у женщин репродуктивного возраста //Доктор. ру. – 2019. – Т. 11. – №. 166. – С. 44-9.
3. Блинов Д. В. и др. Ранняя менопауза и преждевременная недостаточность яичников: проблемы и перспективы //Акушерство, гинекология и репродукция. – 2020. – Т. 14. – №. 3. – С. 328-345.
4. Игнатьева Р. Е. и др. Эндотелиальная дисфункция в системе микроциркуляции у пациенток с преждевременной недостаточностью яичников //Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2017. – Т. 16. – №. 1.
5. Зарипова Д.Я., Негматуллаева М.Н., Туксанова Д.И. Роль Алеандроновой кислоты (Осталон) в лечении перименопаузального остеопороза. Доктор ахборотномаси 2019; 4(3) Стр- 23-27.
6. Позднякова А. А., Марченко Л. А., Рунихина Н. К. Сердечно-сосудистый риск и возможности его коррекции у женщин с преждевременной недостаточностью яичников //Акушерство, гинекология и репродукция. – 2018. – Т. 12. – №. 4.
7. Петров Ю. А., Блесманович А. Е., Алехина А. Г. Преждевременная овариальная недостаточность (обзор литературы) //Гаврический медико-биологический вестник. – 2018. – Т. 21. – №. 2-2.
8. Салимова М. Д., Надеяева Я. Г., Данусевич И. Н. Современные представления о клинико-диагностических критериях преждевременной недостаточности яичников (обзор литературы) //Acta Biomedica Scientifica (East Siberian Biomedical Journal). – 2021. – Т. 5. – №. 6. – С. 42-50.
9. Eleazu I. C., Jones-O'Connor M., Honigberg M. C. The Impact of Premature Menopause on Future Risk of Cardiovascular Disease //Current Treatment Options in Cardiovascular Medicine. – 2020. – Т. 22. – №. 12. – С. 1-11.
10. Honigberg M. C. et al. Association of premature natural and surgical menopause with incident cardiovascular disease //Jama. – 2019. – Т. 322. – №. 24. – С. 2411-2421.
11. Nurkhanova N.O. Assessment of the risk of endometrial hyperplasia in the perimenopausal period. / International Journal of Advanced Research in Engineering and Applied Sciences, 2022. Vol. 11. No. 6. P. 8-15. <https://garph.co.uk/IJAREAS/June2022/2.pdf>
12. Xu X., Jones M., Mishra G. D. Age at natural menopause and development of chronic conditions and multimorbidity: results from an Australian prospective cohort //Human Reproduction. – 2020. – Т. 35. – №. 1. – С. 203-211.
13. Zhou X., Tang G. Premature menopause and risk for cardiovascular disease //Jama. – 2020. – Т. 323. – №. 16. – С. 1616-1617.

ПРИЧИНЫ И СЛЕДСТВИЯ УРОВАГИНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН С РАННЕЙ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ МЕНОПАУЗОЙ

Набиева Д.Ю., Каюмова Д.Т.

Резюме. Актуальность. Уровагинальные расстройства являются частыми признаками при преждевременной (ПМ) и ранней менопаузе (РМ). Данная патология считается следствием гипэстрогении, которая во многих случаях ухудшает качество жизни женщин в данном периоде. Цель исследования. Выявить основные причины и возможные осложнения уровагинальных расстройств у женщин с ранней и преждевременной менопаузой. Материалы и методы исследования. Материалами для данного исследования послужили 80 женщин в возрасте от 40 до 45 лет с РМ и ПМ. Группу контроля составили здоровые женщины в данном возрасте без вышеуказанных расстройств. Результаты исследования. В результате исследования было выявлено что, на возникновении ПМ или РМ воздействовало во многих случаях перенесенные гинекологические заболевания, присутствующая соматическая патология. Выводы. Своевременная проведенная коррекция может предотвратить ухудшение состояния больного, положительно повлиять на поддержание мочи.

Ключевые слова: ранняя менопауза, преждевременная менопауза, патогенез, уровагинальные расстройства.