

## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ И ИХ ОЦЕНКА В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ КЛИМАКТЕРИЯ

Кафедра акушерства и гинекологии ТИППМК

Отделение гинекологии городской клинической больницы №2; г. Худжанд

*Ключевые слова: климактерические нарушения, постменопауза, урогенитальные расстройства, недержание мочи, цисталгия*

### Актуальность

В последние годы в симптоматологии климактерических нарушений стала лидировать проблема урогенитальных расстройств (УГР), что связано с их выраженным отрицательным влиянием на качество жизни женщины в постменопаузе [1, 6, 7]. Частота развития возрастных урогенитальных расстройств в европейских странах достигает 30% [2,4]. В перименопаузальном периоде урогенитальные нарушения встречаются у 10% женщин, тогда как в возрастной группе 55-60 лет - у 50%. К 75 годам уже 2/3 женщин испытывают урогенитальный дискомфорт, а после 75 лет трудно встретить женщину, у которой не наблюдалось отдельных симптомов урогенитальных расстройств [1, 3].

Проблема изучения и лечения симптома недержания мочи имеет полуторавековую историю, частота ее варьирует от 8% до 75% [2, 5]. Хотя данное заболевание широко распространено, многие аспекты данной проблемы до сих пор остаются проблемой дискуссий. По данным зарубежных авторов, распространенность НМ у женщин старшего возраста в США составляет 37%, в континентальной Европе - 26%, в Великобритании - 29%, и в Японии - 27% [1, 4]. По обобщенным данным многих авторов, в мире каждая четвертая женщина имеет недержание мочи, причем в возрасте старше 40 лет его частота увеличивается до более 40%. Недержание мочи является не только причиной значительной медицинской и психо-социальной заболеваемости, но и влечет за собой огромные экономические затраты [2, 7].

### Цель исследования

Изучить особенности клинических проявлений урогенитальных расстройств у женщин в различные периоды климактерия с использованием шкалы простатических симптомов для оценки тяжести субъективной симптоматики и

оценки качества жизни этой категории пациенток, для выбора рациональной тактики ведения.

### Материал и методы исследования

Для достижения поставленной цели проведено анонимное анкетирование 150 женщин пре-, мено- и постменопаузального возрастов (40-47 лет) по 2 вопросам. Критерием для отбора явились женщины с выявленными урогенитальными расстройствами. Первый вопросник по изучению урогенитальных расстройств представлял собой "Шкалу оценки расстройств мочеиспускания" в модификации IPSS (2001г), состоящей из 10 субъективных вопросов. Вторая анкета оценивала качество жизни пациенток в соответствии с состоянием мочеиспускания.

### Результаты и их обсуждение

Результаты анонимного анкетирования среди 150 женщин с урогенитальными расстройствами показали, что наиболее частыми проявлениями нарушений мочеиспускания в течение последнего месяца явились стрессовое (82,0%), ургентное (77,3%), императивное (67,3%) недержание мочи и частое мочеиспускание (65,3%).

Анализ данных показал, что более 50,0% женщин страдали никтурией, более 30,0% отметили напряжение во время начала мочеиспускания и слабую струю мочи, почти у каждой третьей была цисталгия (28,6%). Установлено, что каждую четвертую женщину беспокоило прерывистое мочеиспускание (25,3%). Из общего количества респондентов 137 ответили, что пользуются прокладками (прокладочный тест составлял 91,3%).

Проведенные исследования показали, что у женщин пременопаузального возраста частое мочеиспускание наблюдалось в 1,5 раза чаще, по сравнению с постменопаузой ( $72,0 \pm 6,3$  и  $48,0 \pm 7,1$  соответственно) цисталгия - в 2 раза ( $36,0 \pm 6,8$  и  $16,0 \pm 5,2$  соответственно),  $P < 0,005$ .

Установлено, что в постменопаузе симптомы напряжения в начале мочеиспускания наблюдаются в 4 раза чаще, по сравнению с периодом пременопаузы ( $70,0 \pm 6,5$  и  $18,0 \pm 5,4$  соответственно), слабой струи мочи - в 2,7 раза ( $50,0 \pm 7,1$  и  $18,0 \pm 5,4$  соответственно) и императивного недержания мочи - в 1,5 раза ( $80,0 \pm 5,6$  и  $52,0 \pm 7,1$  соответственно),  $P < 0,005$ .

Оценка степени тяжести выявленных нарушений мочеиспускания оценивалась по пятибалльной системе: 0 баллов - ни разу, 1 балл - меньше одного раза из 5, 2 балла - меньше половины из всех случаев, 3 балла - около половины всех случаев, 4 балла - больше половины, 5 баллов - почти всегда.

Исследованиями установлено, что стрессовое недержание мочи (эпизоды недержания мочи при физическом напряжении, беге, кашле, чихании, смехе) в 54,6% случаев имели тяжелое течение: каждая третья женщина (34,1%) отмечала почти всегда (5 баллов), каждая четвертая (20,6%) - в половине случаев (4 балла).

Результаты исследований показали, что ургентное недержание мочи (проблемы при попытке задержать начало мочеиспускания) было оценено как тяжелое течение в 46,6% случаев, императивное (эпизоды недержания мочи при возникновении позыва к мочеиспусканию) - в 42,9%: каждая четвертая (25,0%) отмечала эти нарушения почти всегда (5 баллов), каждая пятая (21,6%) - в половине случаев (4 балла), у остальных 53,4% эти нарушения проявлялись в слабой и умеренной степени (1-3 балла).

Частое мочеиспускание (мочеиспускание в течение 2 часов) тяжелое течение отмечено у каждой четвертой женщины (25,8%) и оценено как 4-5 баллов.

Как видно из представленных данных, из 85 женщин, страдающих никтурией (количество мочеиспусканий в течение ночи), 15,3% были оценены как 4-5 баллов, то есть у 84,7% эти нарушения протекали в слабой и умеренной степенях. Напряжение во время начала мочеиспускания (потребность напрягаться, чтобы начать мочеиспускание) было оценено на 4-5 баллов в 19,3%, в остальных 80,7% - на 1-3 балла. Такое проявление мочеиспускания, как слабая струя мочи (частота слабой струи мочи), из 45 женщин изучаемой группы каждая пятая (20,0%) была оценена как тяжелая степень (4-5 баллов), остальные 80,0% - как слабая и умеренная (1-3 балла).

Цисталгия (болезненное мочеиспускание) соответственно была оценена как 4-5 баллов в 23,8% случаев, прерывистое мочеиспускание - в 15,8%.

Оценка прокладочного теста (использование прокладок во избежание промокания белья в связи с недержанием мочи) проводилась также по пятибалльной системе: 0 баллов - не использовали, 1-2 балла - не более одной прокладки в день, 3-5 баллов - более двух прокладок в день. Из 137 женщин, использовавших прокладки, прокладочный тест был оценен у 63,5% как 3-5 баллов, то есть они использовали более двух прокладок в день.

Общий оценочный показатель среди женщин с нарушениями мочеиспускания составлял  $20,5 \pm 1,2$ .

Использованная нами шкала оценки расстройств мочеиспускания включала также оценку качества жизни женщин в соответствии с мочеиспусканием. Оценка проводилась также по пятибалльной системе: 0 баллов - прекрасно, 1 балл - хорошее, 2 балла - удовлетворительное, 3 балла - неопределенное, 4 балла - неудовлетворительное и 5 баллов - тяжелое.

На вопрос: "Если бы Вам пришлось провести остаток своей жизни с нынешним мочеиспусканием, как бы вы оценили свое самочувствие?" были получены следующие ответы: хорошо - указали 7 женщин (4,6%), удовлетворительно - 42 (28,0%), неопределенно - 27 (18,0%), неудовлетворительно - 44 (29,3%) и тяжело - 30 (20,0%). То есть, 67,4% женщин имеют низкое качество жизни, связанное с нарушениями мочеиспускания.

Общий оценочный балл качества жизни у женщин с нарушениями мочеиспускания составил  $3,3 \pm 1,2$ .

### Выводы

Таким образом, особенностями клинических проявлений нарушения мочеиспускания являются тяжелое их течение во всех возрастных периодах климактерия: стрессового - в 54,6%, ургентного - в 46,6%, императивного - в 42,9%. Анонимное анкетирование женщин климактерического возраста с использованием шкалы оценки расстройств мочеиспускания позволяет оценить тяжесть субъективной симптоматики, качество жизни данной категории пациенток и проводить контроль за эффективностью лечебных мероприятий.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Фролова О.Г., Аскольская С.И. Использование критерия качества жизни для оценки эффективности медицинской помощи населению // Вестник акушера гинеколога. М., 2000. №3. С.122-124.
2. Аль-Шукри С.Х., Кузьмин И.В. Гиперактивность детрузора и ургентное недержание С.-Пб., 2001. 43 с.

3. Аполихина И.А. Клиническая эпидемиология, дифференциальная диагностика и консервативное лечение недержания мочи у женщин: Автореф. дисс... док. мед. наук. М., 2006. 46 с.
4. Балан В.Е., Тихомирова Е.В. Подготовка к оперативному лечению стрессового недержания мочи // Акушерство и гинекология. М. 2004. №3. С.52-55.
5. Нечипоренко Н.А., Кожина М.В., Спасс В.В. Урогинекология. Минск, 2005. 193 с.
6. Кулаков В.И., Аполихина И.А. Недержание мочи у женщин: новые возможности в диагностике и лечении (обзор литературы) // Гинекология. 2002. №3. С.103-107.
7. Casligia E., Ginnocchio G., Ticbonof V. et al. Blood pressure and metabolic profile af-ter surgical menopause: comparison with fertile and naturally-menopausal womeny // J. Hum Hypertens. 2000. №14., Vol.12. P.799-805.

*Мирзабекова Б.Т., Мухамадиева С.М., Султанова М.*

**Нишонаҳои ассоси вайроншавии пешобкуни ва баҳодиҳии он дар давраҳои гуногуни климактерӣ**

**Калимаҳои калидӣ:** вайроншавии давраи климактерӣ; баъди менопауза, ҳолатҳои урогениталӣ

Аз ин ҷо бо ҳулоса омадан мумкин аст, ки хусусияти ассоси вайроншавии пешобкуни ин аст, ки дар ҳамаи сини соли климактерӣ вазнин мегузаранд: нодошти стрессии пешоб (54,6%), нодошти ургентӣ - 46,6% ва нодошти императивии пешоб (42,9%) ташкил мекунад. Саривақт муайян намудани осебҳои урогениталӣ ва табобати он барои сихат ва беҳтар гардонии сифати ҳаёташон мусоидат мекунад.

*Mirzabekova B.T., Mukhamadieva S.M., Sultanova M.*

**Key words:** menopausal disorders, postmenopause, urogenital disorders, urinary incontinence, tsistalgiya

**Clinical manifestations of urinary disorders and their evaluation in different stages of menopause**

The features of the clinical manifestations of urination disorders are their difficulty in all age periods of menopause: stress - in 54.6%, urge - in 46.6%, the imperative - to 42.9%. Anonymous survey of women at menopausal age with the use of rating scales let us to evaluate voiding disorders severity of subjective symptoms, quality of life of this category of patients and conduct performance monitoring of therapeutic measures. An integrated approach with involvement of related professionals will quickly identify reproductive tract disorders and improve this category of patients.

*Мирзоева З.А., Ходжиева Д.С., Абдулхаева Ш.Р., Кабиров К.М.*

## **СКРИНИНГ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ПОСРЕДСТВОМ МАЗКА ПО ПАПАНИКОЛАУ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА**

Кафедра семейной медицины ТИППМК

*Ключевые слова:* скрининг рака шейки матки, мазок по Папаниколау, семейный врач.

### **Актуальность**

Рак шейки матки занимает среди злокачественных новообразований женских половых органов третье место по заболеваемости и смертности, но чаще встречаются предраковые заболевания. В США ежегодно выявляются 1,2 млн случаев дисплазии шейки матки и 55 000 случаев рака *in situ*. По частоте злокачественных заболеваний инвазивный рак шейки матки до сих пор находится на втором месте в мире и является убийцей

номер один в развивающихся странах. Ежегодно в мире регистрируется свыше 600 000 новых случаев. Для целенаправленной профилактики необходимо определить факторы риска, влияющие на развитие рака шейки матки. Необходимым условием для развития рака шейки матки считается половая жизнь. Наиболее важными факторами риска по исследованиям за последние десятилетия во всем мире отмечаются раннее начало половой жизни, большое число половых партне-