



## АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ – УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА

**Э.В. Мудраковская<sup>1</sup>**  
**С.Г. Горелик<sup>2</sup>, Н.А. Колпакова<sup>2</sup>**  
**Я.В. Журавлева<sup>2</sup>**

<sup>1)</sup> *Медицинский центр  
«Ваша клиника», г. Москва*

<sup>2)</sup> *Белгородский государственный  
национальный исследовательский  
университет*

*e-mail: gorelik@bsu.edu.ru*

Одной из основных урологических проблем женщин в постменопаузе, влияющей на качество жизни, является недержание мочи. В статье представлены данные отечественных и зарубежных авторов, касающиеся распространенности, этиологии, патогенеза и диагностики заболевания.

Ключевые слова: урогенитальные расстройства, недержание мочи, пожилой и старческий возраст.

Недержание мочи, как и любые другие формы нарушений мочеиспускания, резко снижает качество жизни, создает психологические проблемы, способствует разрушению семейных, рабочих связей и социальной изоляции, что приводит к существенному снижению качества жизни пожилых людей. Актуальность мер по совершенствованию своевременной высокотехнологичной диагностики в начале развития заболевания и гериатрической помощи гражданам пожилого возраста с урологической патологией определяется необходимостью предупреждения отрицательных социально-экономических последствий, связанных со значительной распространенностью расстройств мочеиспускания у этой категории граждан.

Недержание мочи представляет серьезную проблему во всем мире [1]. Заболевание возникает в любом возрасте, но чаще встречается у женщин старшего возраста, особенно находящихся в климактерическом периоде. Одним из первых в России проблему недержания мочи у женщин на высоком научном уровне изучал профессор Д.В. Кан [2], по данным которого 19% всех женщин, обращающихся к урологам, страдали инконтиненцией.

Потеря контроля мочеиспускания является тихой калечащей силой, которая нарушает качество жизни и может явиться для органов здравоохранения неприятным сюрпризом уже в недалеком будущем. Причины недержания мочи сложны и разнообразны – это воспалительные заболевания, нарушения иннервации и анатомии нижних мочевых путей, опухоли, травмы мочеполовых органов, возрастные инволюционные изменения и некоторые другие [3].

У мужчин истинное недержание мочи может быть осложнением операций на шейке мочевого пузыря, предстательной железе, семенном бугорке. А у женщин в климактерическом периоде истинное недержание мочи связано с нарушением тонуса детрузора и нарушением функции замыкательного аппарата мочевого пузыря вследствие развивающегося эстрогенного дефицита [3].

В последнее время отмечено изменение демографической ситуации в мире за счет увеличения в популяции числа женщин старшей возрастной группы, и соответственно, вступающих в период менопаузы [4].

Низкая обращаемость к врачу пациенток старшей возрастной группы не означает снижение значимости и выраженности проблемы урогенитальных расстройств с возрастом [5].

Даже в высокоразвитых странах Западной Европы и Северной Америки с другим менталитетом населения и высокой оснащенностью аппаратурой лечебных учреждений сохраняются трудности в ранней диагностике расстройств мочеиспускания и их особенностей. Так, проведенный в Германии целенаправленный анализ качества диагностики недержания мочи у 211648 женщин, опрошенных врачами общей практики,



гинекологами, урологами, показал, что более чем в половине случаев немецкая медицина допускает ошибки [5].

Важнейших причин этого две. Одна состоит в том, что сами женщины подобному состоянию не придают значения либо из-за ложного чувства «стыдливости» не обращаются к врачам. Частота обращения за медицинской помощью по поводу недержания мочи достаточно низкая. Женщины, страдающие нарушением контроля мочеиспускания, затрагивающего не только их личную, но и социальную жизнь, тем не менее, достаточно неохотно обращаются с данными жалобами к специалисту. По данным опроса 384 женщин, 46% отметили эпизоды подтекания мочи при напряжении и только 13% из них согласились бы проконсультироваться по этому поводу с врачом [5]. В работе Thomas и соавт. (1980) в Великобритании выявлено, что 74% женщин в возрасте 65 лет и старше, страдающих недержанием мочи, практически не обращаются за медицинской помощью, так как стесняются этой проблемы. Стеснительность и отношение женщин к проблеме как неотъемлемому признаку старения (6th Annual Meeting of NAMS, 1995) приводят к тому, что полученные цифры о распространенности заболевания не отражают истинного положения вещей. Официальной статистики распространенности этой патологии в России нет, однако проведенные профессором Д.Ю. Пушкарем [6] исследования показали, что жалобы на недержание мочи предъявили 38,6% российских женщин. Больше половины из них (57,3%) постоянно отмечали симптомы инконтиненции. Но только 4% из них обращаются за помощью к специалисту, остальные или считали подобное состояние вполне допустимым и нормальным, либо его игнорировали и скрывали [1].

Вторая причина заключается в том, что и врачи, особенно первичного – догоспитального этапа, недостаточно осведомлены о современных подходах к диагностике разных форм недержания мочи и, соответственно, не способны обеспечить квалифицированное лечение этой патологии. Это свидетельствует о низком уровне знаний врачей о проблемах климактерия и крайне сниженном внимании медицины к гериатрическим пациентам. Следует отметить, что дисфункции нижних мочевыводящих путей, одним из наиболее частых проявлений которых является бесконтрольное мочеиспускание, связаны с совершенно разными патологическими процессами, подходы к лечению которых существенно различаются. Для установления истинного характера и типа недержания мочи и, следовательно, выбора оптимального вида лечения необходимы подготовленный персонал и специальные методы исследования, которыми пока не располагает поликлиническое звено лечебных учреждений. Следует отметить, что даже из того небольшого числа женщин, которые на приеме у врача целенаправленно обращали его внимание на наличие симптомов недержания мочи, только 2% получают квалифицированную медицинскую помощь [1]. Столь неудовлетворительные результаты лечения больных с расстройствами мочеиспускания обусловлены несколькими причинами. Во-первых: пациентки с этой патологией, прежде всего, обращаются в поликлинику к врачам общей практики, участковому терапевту, гинекологу, неврологу и лишь затем – к урологу. Нередко у врачей догоспитального этапа, сталкивающихся с этими больными, нет необходимых знаний и навыков по современной диагностике и лечению урологических заболеваний. Другой важной причиной некачественной помощи больным с расстройствами мочеиспускания является то, что недержание мочи является частым симптомом совершенно разных заболеваний, имеющих отличную друг от друга этиологию, патогенез и, соответственно, требующих дифференцированного лечения. Однако, как показывает статистика, в подавляющем большинстве случаев подобные расстройства необоснованно трактуются как проявления цистита и ведут к неправильному лечению [1].

Основная урологическая проблема пожилых женщин – это недержание мочи. Данное заболевание не ведет к летальному исходу или серьезным нарушениям общего состояния, но приводит пациенток к социальной изолированности и существенно снижает качество жизни. В большей или меньшей степени инконтиненцией страдают до 70% пожилых женщин, и болезнь постепенно прогрессирует. Среди пожилых женщин, страдающих недержанием мочи, у 30-40 % диагностируется стрессовая инконтинен-

ция, у 15-20% – ургентная, у 45% – смешанное недержание мочи и у 2-15 % – другие виды недержания [7].

Через феномен менопаузы ежегодно проходят 25 миллионов женщин, а к 2030 г. эта цифра увеличится до 1,2 миллиарда. Считается, что треть женщин в возрасте 55-60 лет отмечает симптомы урогенитальной атрофии, а к 75 годам – уже 2/3 женщин испытывают урогенитальный дискомфорт. Кроме того, если симптомы урогенитальной атрофии в пременопаузе являются обычно легкими, то с увеличением длительности постменопаузы растет не только их частота, но и тяжесть. Однажды появившись, как правило, урогенитальные расстройства присутствуют до конца жизни [3].

Менопауза, не являясь собственно заболеванием, приводит к нарушению эндокринного равновесия в организме женщины. На фоне дефицита половых гормонов, преимущественно эстрогенов, у каждой второй пациентки возникают климактерические нарушения в виде вазомоторных, эмоционально-психических, различных урогенитальных расстройств (УГР) и обменных нарушений. УГР – это симптомокомплекс вторичных осложнений, связанных с развитием атрофических и дистрофических процессов в эстрогензависимых тканях и структурах нижней трети мочевого тракта (мочевом пузыре, уретре, влагалище), а также в связочном аппарате малого таза и мышцах тазового дна. В основном, УГР развиваются через 5 лет и более после наступления менопаузы. Если в перименопаузальном периоде УГР встречаются у 10% женщин, то уже в возрастной группе 55-60 лет – у 50%, к 75 годам трудно встретить женщину, у которой не наблюдалось бы отдельных симптомов УГР. Отмеченное увеличение частоты УГР среди женщин данной возрастной группы негативно сказывается на состоянии бытового и социального комфорта [4, 3]. На фоне развития расстройств в мочеполювой сфере у женщин нередко развиваются явления так называемого психосоциального дискомфорта, характеризующегося сочетанием ряда внешних (социальных) и внутренних (психологических) факторов [8].

После наступления менопаузы, особенно в пожилом возрасте, происходят атрофические изменения в уретре и периуретральных тканях. Это относится к слизистой оболочке уретры и окружающим ее соединительно-тканной и мышечной оболочкам, которые определяют эластические и сжимающие свойства уретры. Атрофия ведет к нарушению «скрепления» стенок уретры, что может способствовать появлению недержания мочи при напряжении и развитию инфекции мочевыводящих путей. Помимо нарушения «закрытия» уретры, полагают, что атрофия слизистой приводит к местному ухудшению клеточной и гуморальной защиты против инфекции. Эстрогены приводят к улучшению «смыкания уретры» за счет нормализации эпителиального, сосудистого и мышечного компонентов. Улучшение смыкания слизистой затрудняет восходящую пентрацию бактерий в мочевой пузырь [3].

К внешним факторам психосоциального дискомфорта относятся изменение привычного жизненного уклада и увеличение проблем в общении с близкими, проблемы в общении с близким человеком, сужение круга общения, вынужденная смена места работы и т.д. Все эти проблемы напрямую связаны с возникновением и развитием нарушений в мочеполювой сфере. К внутренним факторам относятся: развивающееся чувство неполноценности, чрезмерная «заикленность» на проблемах в урогенитальной сфере [9].

Ряд авторов упоминает в качестве факторов психосоциального дискомфорта, сопутствующего урогенитальным расстройствам климактерия, материальные факторы [9].

Не секрет, что в пожилом возрасте доходы уменьшаются. Сокращение дохода с одновременным ростом затрат на средства личной гигиены, на лечение обострений инфекций, сопутствующих урогенитальным расстройствам, и другие затраты закономерно отражаются на общем психологическом состоянии женщины. Нередко сочетание данных факторов психосоциального дискомфорта, всегда сопутствующих урогенитальным расстройствам, приводит к развитию различных форм депрессии [9].

Недержание мочи при напряжении и недержание мочи не только определяют степень тяжести УГР, но и снижают качество жизни – при средней степени тяжести УГР на 26,0%, при тяжелой степени УГР – на 70,5% [9].



Превалирование недержания мочи увеличивается с возрастом, это связано с прогрессированием урогенитальной атрофии в связи с необратимыми возрастными метаболическими изменениями, обусловленными нарастающим дефицитом эстрогенов. У большинства женщин недержание мочи начинается одновременно с последним менструальным периодом.

На фоне общих инволютивных процессов в организме женщины прослеживается изменение микробиоценоза влагалища и ослабление механизмов локальной защиты, что облегчает его инфицирование. По мере нарастания прогрессирующих атрофических изменений во влагалище наблюдается снижение его объемного кровотока и кровоснабжения, фрагментации эластических и гиалиноза коллагеновых волокон, уменьшение содержания гликогена в клетках эпителия влагалища, значительное уменьшение количества молочной кислоты, повышение рН влагалища до 6,5-8,0. В зависимости от степени эстрогенного дефицита и возрастных метаболических нарушений элиминируется основной компонент влагалищного биотопа – лактобациллы. Происходит колонизация вагинального биотопа как экзогенными, так и эндогенными микроорганизмами с последующим риском развития восходящей инфекции. По мнению Е.Ф. Кира, преобладающей патологией у женщин в постменопаузе является бактериальный вагиноз, который проявляется активно на фоне эстрогенного дефицита [10]. Следует отметить, что кишечную палочку выделяют у 10-30% здоровых женщин данной возрастной группы. Обнаружение отдельных видов микроорганизмов, в том числе колиформной, грамотрицательной микрофлоры, еще не позволяет дать оценку состояния вагинального микробиоценоза. Следовательно, необходимо учитывать развитие иных, чем в репродуктивном возрасте, механизмов возникновения вторичной инфекции при формировании атрофических процессов в структурах урогенитального тракта [9].

Потому понимание прямой зависимости характера выраженности УГР от степени эстрогенного дефицита и метаболических нарушений у женщин в период постменопаузы является принципиальным в обосновании адекватной терапии.

На основании данных литературы и результатов собственных исследований В.Е. Балан [11] был обобщен механизм действия эстрогенов на структуры урогенитального тракта, проявляющиеся следующим образом:

1. Введение эстрогенов вызывает пролиферацию влагалищного эпителия, увеличение синтеза гликогена, восстановление популяции лактобацилл во влагалищном биотопе, а также восстановление кислого рН влагалищного содержимого.
2. Под влиянием эстрогенов улучшается кровоснабжение влагалищной стенки, восстановление трансудации и ее эластичности, что обуславливает исчезновение сухости, диспареунии и способствует достижению сексуального комфорта.
3. Под влиянием эстрогенов улучшается кровоснабжение всех слоев уретры, восстанавливается ее мышечный тонус, качество коллагеновых структур, наблюдается пролиферация эпителия, увеличивается количество слизи.
4. Эстрогены повышают сократительную активность детрузора путем улучшения трофики и развития адренорецепторов.
5. Эстрогены улучшают кровоснабжение, трофику и сократительную активность мышц тазового дна, коллагеновых структур, входящих в состав связочного аппарата малого таза, что также способствует удержанию мочи и препятствует опущению стенок влагалища, развитию цистоцеле.
6. Эстрогены стимулируют секрецию иммуноглобулинов парауретральными железами, что является одним из факторов локального иммунитета, препятствующих развитию восходящей инфекции мочевыводящих путей [11].

Снижение уровня эстрогенов вызывает нарушение пролиферативных процессов влагалищного эпителия, снижение митотической активности клеток, в первую очередь базального и парабазального слоев, изменение чувствительности рецепторного аппарата [12].

Следует отметить, что влагалище, уретра, мочевого пузыря и нижняя треть мочеоточников имеют единое эмбриональное происхождение и развиваются из урогени-



тального синуса. Это объясняет наличие рецепторов к эстрогенам, прогестерону и андрогенам как в слизистой оболочке, сосудистых сплетениях влагалища, так и в тканях мочевого пузыря, уретры, а также в мышцах и связочном аппарате малого таза [11].

Процессы «старения» урогенитального тракта развиваются в двух направлениях:

– развитие атрофического вагинита;

– развитие атрофического цистоуретрита с явлениями нарушения контроля мочеиспускания или без такового.

Симптомами со стороны нижних отделов мочевого тракта, или мочевыми симптомами, являются учащенное мочеиспускание днем (поллакиурия), ночью (никтурия), безотлагательные позывы к мочеиспусканию, рецидивирующая инфекция мочевых путей, недержание мочи при напряжении, недержание мочи при позыве. Могут иметь место любые комбинации симптомов [11].

Наиболее частыми клиническими симптомами атрофического вагинита являются сухость, зуд, жжение во влагалище, диспареуния, рецидивирующие вагинальные выделения, контактные кровянистые выделения. Следует помнить, что вульва, влагалище и шейка матки – единая функционально и анатомически взаимосвязанная система, которая функционирует по законам молекулярно-клеточного обновления, поэтому поражение одного звена всегда сопровождается нарушением функции и изменением другого органа, то есть, если существует атрофический вагинит, как правило он сочетается с атрофическими экзо- и эндоцервицитами, урологическими нарушениями [11].

При осмотре женщин в постменопаузе может выявляться характерная картина «молчаливой атрофии»: истончение эпителия, кровоточивость субэпителиальных сосудов стромы, особенно при контакте. Эти симптомы характерны для начальной стадии развития урогенитальных расстройств. Женщина при этом либо не чувствует неприятных ощущений в мочеполовой сфере, либо не считает нужным рассказать о них доктору [12].

К проявлениям атрофического цистоуретрита относятся «сенсорные» или раздражительные симптомы:

– цисталгия – учащенное, болезненное мочеиспускание в течение дня, сопровождающееся чувством жжения, болями и режками в области мочевого пузыря и уретры;

– поллакиурия – учащение позывов к мочеиспусканию (более четырех-пяти эпизодов в день) с выделением при каждом мочеиспускании небольшого количества мочи;

– никтурия – учащение позывов к мочеиспусканию в ночное время (более одного эпизода мочеиспускания за ночь);

– стрессорное недержание мочи (при физической нагрузке, кашле, чихании, смехе, резких движениях, поднятии тяжестей);

– недержание мочи (моча вытекает без напряжения в связи с повелительными позывами) [11].

Таким образом, урогенитальные расстройства в постменопаузе являются достаточно распространенной нозологией, преимущественно развивающейся в течение 5 лет после наступления менопаузы и связанной с атрофическими процессами, развивающимися в мочеполовом тракте в связи с прогрессирующим эстрогенным дефицитом. Урогенитальным расстройствам в той или иной мере сопутствуют явления психосоциального дискомфорта со значительным снижением показателя качества жизни. Однако не каждая женщина считает нужным заявить о проблеме лечащему врачу.

Безусловно, достижения фармакологии, внедрение малоинвазивных хирургических методов с использованием современной медицинской техники позволяют при своевременном применении эффективно решать урологические проблемы пожилых людей. Сочетание современного, максимально эффективного и щадящего лечения, проводимого в полном взаимопонимании урологами, гинекологами и гериатрами, позволит полностью решить или существенно облегчить проблему патологии мочеиспускания, а следовательно, значительно улучшить качество жизни пожилых людей.



### Литература

1. Лопаткин, Н.А. Императивное недержание мочи // Материалы пленума правления российского общества урологов / Н.А. Лопаткин. – Ярославль, 2001. – С. 5-18.
2. Кан, Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии / Д.В. Кан. – М., 1986.
3. Аляев, Ю.Г. Расстройства мочеиспускания / Ю.Г. Аляев. – М. : Литера, 2006.
4. Кулаков, В.И. Руководство по климактерию / В.И. Кулаков. – М., 2001. – 685 с.
5. Knutson T. The Use of Biodegradable PGA Stents to Judge the Risk of Post-TURP Incontinence in Patients with Combined Bladder Outlet Obstruction and Overactive Bladder // Journal EAU. – 2002.
6. Пушкарь, Д.Ю. Гиперактивный мочевой пузырь у женщин / Д.Ю. Пушкарь. – М. : МЕДпресс-информ, 2003. – 160 с.
7. Гомберг, В.Г. Особенности лечения недержания мочи у пожилых женщин / В.Г. Гомберг // Урология сегодня. – №3. – 2010.
8. Гальцев, Е.В. Психосоциальный дискомфорт у женщин с эстроген-обусловленными урогенитальными расстройствами / Е.В. Гальцев // ОРЖИН. – 2007. – №2.
9. Сметник, В.П. Неоперативная гинекология / В.П. Сметник. – М. : Мед. информ. агентство, 2003. – 558 с.
10. Кира, Е.Ф. Бактериальный вагиноз / Е.Ф. Кира. – СПб. : ООО «Нева-Люкс», 2001. – 363 с.
11. Балан, В.Е. Принципы заместительной гормонотерапии урогенитальных расстройств / В.Е. Балан // Consilium medicum. – 2003. – №5(7). – С. 413-417.
12. Ледина, А.В. Атрофические вагиниты у женщин в постменопаузе (в помощь практическому врачу) / А.В. Ледина // Гинекология. – 2006. – Экстравып. – С. 11-13.

## ACTUAL PROBLEM OF WOMEN IN A POSTMENOPAUSE – UROGENITAL DISORDERS

**E.V. Mudrakovskaya<sup>1</sup>**

**S.G. Gorelik<sup>2</sup>, N.A. Kolpakova<sup>2</sup>**

**Ja.V. Zhuravleva<sup>2</sup>**

<sup>1)</sup> *Medical center «Your Clinic»,  
Moscow*

<sup>2)</sup> *Belgorod National  
Research University*

*e-mail: gorelik@bsu.edu.ru*

One of the major urological problems in postmenopausal women, affecting the quality of life, is urinary incontinence. The article presents data of domestic and foreign authors on the incidence, etiology, pathogenesis and diagnosis of disease.

Key words: reproductive tract disorders, urinary incontinence, elderly and senile age.