

ORIENTAL JOURNAL OF MEDICINE AND NATURAL SCIENCES

Open Access, Peer Reviewed Journal

Scientific Journal



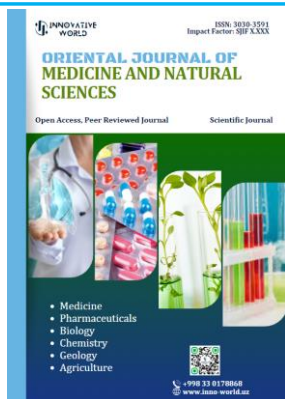
- Medicine
- Pharmaceuticals
- Biology
- Chemistry
- Geology
- Agriculture



+998 33 0178868



www.innoworld.net



УДК: 618.173:615.035.1

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

Саломова Шахинабону Олим кизи¹Туксанова Дилбар Исматовна²РИО ва БСИАТМДМ Бухарский филиал¹Бухарский Государственный медицинский
институт², Бухара, Узбекистан.

Резюме. Актуальность. Уровагинальные расстройства являются частыми признаками при преждевременной (ПМ) и ранней менопаузе (РМ). Данная патология считается следствием гипоэстрогении, 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 недержание мочи.

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

Введение. Проблема недержание 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].

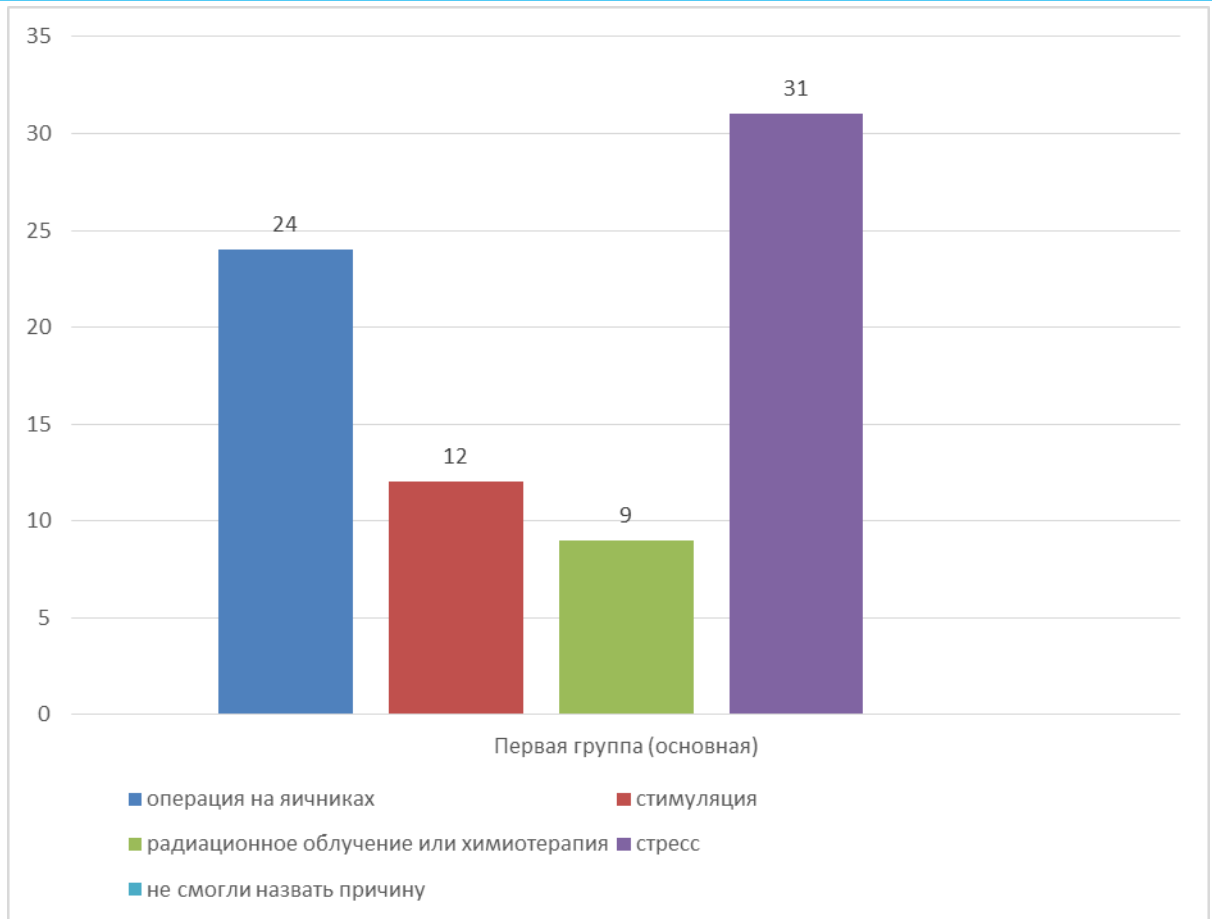
Цель исследования – Выявить основные причины и возможные осложнения уровагинальных расстройств у женщин с ранней и преждевременной менопаузой.

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 была 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 внимание, 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.

Рисунок 1. Причины возникновения ПМ или РМ.



Известно, что для тщательного анализа важны анамнестические особенности 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 ($p > 0,05$). В возрасте более 30 лет при первых родах было установлено, 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. 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 абортс 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 $\pm 2,6$ цикла. 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.

1-таблица.

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

Как видно из таблицы 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 % , TORЧ 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 1 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 пузырь (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 гипоэстрогенизма.

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.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ 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. Игнатъева 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) //Таврический 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.