

# Менопауза: время зрелых возможностей и реализации осмысленных желаний

**Если жизнь человека условно разделить на этапы (молодость – до 20 лет, период создания семьи – до 30, время выполнения общественных обязательств – до 40, познание собственных заблуждений – до 50, последний творческий период – до 60, желанный период жизни – до 70, старость – после 70 лет), то в наши дни наступление менопаузы ассоциируется с максимальной возможностью реализовать свой потенциал.**



О.В. Ромашенко

По нашим данным, средний возраст украинок, вступающих в менопаузу, составляет 49 лет. Женщины в указанном возрастном периоде, особенно занимающие активную социальную позицию, сохранение ощущения молодости связывают с соматическим, гинекологическим и сексуальным благополучием, что созвучно происходящим в обществе изменениям. По их мнению, данный возрастной период характеризуется сочетанием зрелости возможностей и реализации осмысленных желаний [1]. Однако при этом он ассоциируется с целым рядом качественных преобразований, происходящих постоянно в организме и обусловленных изменением эндокринного равновесия, угасанием функции яичников, перестройкой взаимосвязей в нейроэндокринной системе [2]. На фоне дефицита половых гормонов, преимущественно эстрогенов, у каждой второй женщины старше 49 лет в большей или меньшей степени проявляются климактерические нарушения в виде вазомоторных, эмоционально-психических, обменных и, конечно же, урогенитальных расстройств (УГР).

УГР – это комплекс симптомов вторичных функциональных осложнений, связанных с развитием дистрофических и атрофических процессов в эстрогензависимых тканях, в том числе в нижней трети мочевого пузыря (нижней трети мочеоточников, мочевом пузыре, уретре, влагалище), а также в связочном аппарате малого таза и мышцах тазового дна, которые существенно влияют на состояние женщины в данном возрастном периоде и в значительной степени могут оказывать влияние на качество жизни [3]. Важно учитывать то обстоятельство, что механизм действия эстрогенов на вышеуказанные структуры носит системный характер и зависит от спектра проявляющихся факторов.

• Наличие адекватных уровней эстрогенов в организме женщины обеспечивает естественное и полноценное восстановление влагалищного эпителия, увеличение синтеза гликогена, восстановление и сохранение уровня лактобацилл во влагалищном биоценозе, а также поддержание кислотно-рН влагалищного содержимого.

• Под воздействием эстрогенов улучшаются кровоснабжение влагалищной стенки, восстановление трансудации и ее эластичности; увеличивается количество продуцируемой слизи, что обуславливает устранение сухости со стороны слизистых урогенитального тракта и возможного дискомфорта при половой близости.

• Под влиянием эстрогенов улучшаются кровоснабжение всех слоев уретры, качественное состояние коллагеновых структур, восстанавливается ее мышечный тонус, наблюдается пролиферация эпителия.

• Эстрогены повышают сократительную активность детрузора путем улучшения трофики и развития адренорецепторов.

• Эстрогены стимулируют секрецию иммуноглобулинов парауретральными железами, что является одним из мощных факторов локальной иммунной защиты и само по себе препятствует развитию восходящей инфекции мочевыводящих путей.

• Эстрогены улучшают кровоснабжение, трофику и сократительную активность мышц тазового дна, коллагеновых структур, входящих в состав связочного аппарата малого таза, что также способствует удержанию мочи, препятствует опущению стенок влагалища и развития цистоцеле [4].

Интересно отметить, что для обеспечения адекватного кровоснабжения органов и тканей гениталий важно сохранение адекватного функционирования эндотелия сосудов с непрерывным выделением оксида азота посредством эндотелиальной NO-синтазы. Проведенные нами исследования (в динамике изучались уровни концентрации нитрит-аниона NO<sup>2-</sup> в безбелковых экстрактах влагалищной слизи у 62 женщин в возрасте от 52 лет до 61 года с продолжительностью менопаузы от 3 до 9 лет) позволили убедиться, что с возрастом на фоне эстрогенового дефицита уменьшается продукция оксида азота, что коррелирует с длительностью менопаузы, степенью выраженности эстрогенового дефицита, частотой формирования урогенитальных расстройств и сексуальных дисфункций [5].

Естественное снижение эстрогенов с начала менопаузы сопровождается процессами старения урогенитального тракта, развивающегося в двух направлениях:

- формирование атрофического вагинита;
- развитие атрофического цистоуретрита с явлениями нарушения контроля мочеиспускания или без такового.

Такая общность в возрастной уязвимости двух систем (половой и мочевой) обусловлена тем, что влагалище, уретра, мочевой пузырь и нижняя треть мочеоточников имеют единое эмбриональное происхождение и развиваются из урогенитального синуса. Это объясняет наличие рецепторов эстрогенов, прогестеронов и андрогенов как в слизистой оболочке, сосудистых сплетениях влагалища, так и в тканях мочевого пузыря, уретры, а также в мышцах и связочном аппарате малого таза.

Потому на фоне общих инволютивных возрастных процессов в организме женщины проявляются изменения микробиоценоза влагалища при одновременном ослаблении механизмов локальной иммунной защиты, что упрощает возможность его инфицирования. К тому же по мере нарастания прогрессирующих атрофических изменений во влагалище, уретре в отсутствие адекватных профилактических и лечебных действий прогрессируют снижение объема кровотока и кровоснабжения, фрагментация эластических и гиалиновых коллагеновых волокон; отмечаются уменьшение содержания гликогена в клетках эпителия влагалища, значительное уменьшение количества молочной кислоты, неблагоприятное повышение рН содержимого влагалища до 6,5–8,0. При этом в зависимости от степени эстрогенового дефицита и возрастных метаболических нарушений элиминируется основной компонент влагалищного биоценоза – лактобациллы. Происходит колонизация вагинального биоценоза как экзогенными, так и эндогенными микроорганизмами с последующим возрастанием риска развития восходящей инфекции [6].

**В практическом здравоохранении как в урологической, нефрологической, так и в гинекологической практике важно выделять особенность качественных изменений со стороны урогенитального тракта у женщин в данном возрастном периоде на фоне эстрогенового дефицита. Активная позиция доктора в отношении проведения массированного противовоспалительного лечения с включением антибактериальных препаратов не оправдана и по принципу порочного круга приводит лишь к усугублению клинических проявлений УГР с наложением дополнительных негативных моментов (формированием дисбактериоза как локального, так и системного; алергизации; повышением резистентности возбудителей и увеличением частоты рецидивов воспалительных процессов).**

Следует добавить, что у каждой третьей здоровой женщины данной возрастной группы из урогенитального тракта выделяют кишечную палочку с низким микробным числом. К тому же обнаружение отдельных видов микроорганизмов, в том числе колиформной грамотрицательной микрофлоры, микоплазм, уреоплазм, не позволяет давать негативную оценку состоянию вагинального микробиоценоза. Следовательно, – и на этом важно акцентировать внимание – необходимо учитывать развитие иных, чем у женщин в репродуктивном возрасте, механизмов возникновения вторичной инфекции при формировании атрофических процессов в структурах урогенитального тракта. Поэтому понимание прямой зависимости характера выраженности клинических проявлений УГР от степени эстрогенового дефицита и метаболических нарушений у женщин с момента достижения менопаузы является принципиальным как в их восприятии, так и в устранении.

Наиболее часто встречаемыми в клинической практике проявлениями атрофических изменений со стороны гениталий являются сухость, зуд, жжение во влагалище, порой усиливающиеся при мочеиспускании; дискомфорт и болезненные ощущения при половой близости, возможность контактных кровянистых выделений. Важно целостное восприятие происходящих изменений со стороны урогенитального тракта, поскольку вульва, влагалище, шейка матки – единая функционально и анатомически взаимосвязанная система; потому поражение одного звена всегда сопровождается нарушением функции и изменением другого органа. Иными словами, если у пациентки развивается атрофический вагинит, то, как правило, со временем присоединяются атрофические экзо- и эндоцервицит, урологические нарушения [7].

При проявлении атрофического цистоуретрита необходимо выделять сенсорные и раздражительные симптомы, а именно: цисталгию (учащенное мочеиспускание, сопровождающееся чувством жжения, болями, резами в области уретры, мочевого пузыря); поллакиурию (учащенные позывы к мочеиспусканию с выделением небольшого

количества мочи); никтурию (учащенные позывы к мочеиспусканию в ночное время); стрессорное недержание мочи (при физической нагрузке, кашле, резких движениях) и формирование недержания мочи [8].

Несомненно, все вышеперечисленные клинические проявления УГР, в большей или меньшей степени выраженные почти у всех женщин спустя 3–5 лет от начала менопаузы, отрицательно сказываются на их активной жизненной позиции и являются одной из причин комплексов, связываемых с наступлением этого возрастного периода [9]. Поэтому с наступлением элагантного возраста профилактика возникновения таких нарушений и их своевременное устранение прежде всего имеют целью достижение и сохранение комфорта и гармоничной реализации возможностей.

По результатам наших исследований, оптимальным препаратом первого выбора в гинекологической и урологической практике для женщин с изолированными урогенитальными расстройствами и сексуальными дисфункциями может быть Овестин, обладающий избирательным действием на ткани мочевого тракта и характеризующийся высоким профилем безопасности. Овестин – гормональный препарат, содержащий эстроген короткого действия эстриол. Его формы для местного применения представлены вагинальными суппозиториями и вагинальным кремом [10]. Преимущественное использование данного препарата обусловлено тем, что эстриол является короткодействующим гормоном: он не задерживается в ядерных структурах эпителиоцитов и не вызывает пролиферативных изменений в эндометрии.

Проведенные нами исследования позволили убедиться, что уже через 5–7 дней с начала использования вагинальных суппозитивов Овестина, содержащих 0,5 мг эстриола (2 недели по 1 суппозиторию ежедневно, в дальнейшем – 1–2 раза в неделю), клинические проявления УГР уменьшались (особенно значимо в случае большей выраженности); через 10–14 дней восстанавливалась митотическая активность клеток базального и парабазального слоев эпителия слизистых урогенитального тракта, активировались эфферентные компоненты Т-клеточного звена местного иммунитета; повышался уровень sIgA, улучшался кровоток данной зоны, а также лубрикация на фоне повышения уровней метаболитов оксида азота. При этом – что следует подчеркнуть особо – достигалось состояние психоэмоционального комфорта.

**Несомненно, возрастная переоценка ценностей является неотъемлемой частью комплекса психологических и физиологических изменений, характерных для каждого человека, достигшего определенного возрастного этапа. Учитывая, что третья часть жизни женщины проходит в период менопаузы, следует свести до минимума негативные проявления в различных системах организма, которые могут сказываться на жизненной активности, гармоничной реализации творческого потенциала и элагантности. Этому способствуют, с одной стороны, адекватное восприятие возрастных проблем, а с другой – их своевременное предупреждение и устранение.**

## Литература

1. Ромашенко О.В., Мельников С.Н. Урогенитальные расстройства климактерического периода. Часть 1: этиология, патогенез, диагностика. – ОРЖИН, № 3, 2008. С. 4–6.
2. Nappi R., Polatti F. The use of estrogen therapy in women's sexual functioning // The Journal of Sexual Medicine. Vol. 6, № 3, 2009. P. 603–616.
3. Аляев Ю.Г., Балан В.Е., Григорян В.А., Гаджиева З.К. Особенности расстройств мочеиспускания у женщин в климактерии. – Смоленск: Маджента, 2007. – 192 с.
4. Балан В.Е. Урогенитальные расстройства в климактерии // Акушерство и гинекология. 1998, № 6. С. 12–15.
5. Romashchenko O., Soloviev A., Melnykov S., Bilogolovskaya V., Kyslova V. The role of metabolism of nitric oxide in the formation of female sexual dysfunction in menopause. // The Journal of Sexual Medicine. – Vol. 6, № 7, 2010. P. 455.
6. Ледина А.В. Атрофические вагиниты у женщин в постменопаузе (в помощь практическому врачу) // Гинекология, 2006, экстравыпуск. – С. 11–13.
7. Мальцева Л.И., Гафарова Е.А., Гилязова Э.Э. Особенности заболеваний шейки матки, влагалища и вульвы у женщин в постменопаузе и возможности терапии // ОРЖИН, № 4, 2008. – С. 12–15.
8. Балан В.Е. Принципы заместительной гормонотерапии урогенитальных расстройств // Consilium medicum, 2003, № 5 (7). – С. 413–417.
9. Гальцев Е.В., Казанашев В.В. Психосоциальный дискомфорт у женщин с эстрогенообусловленными урогенитальными расстройствами. – ОРЖИН, 2007; № 2. – С. 4–9.
10. Инструкция до застосування препарату Овестин®.

SP - PROMO - OVE - 54-03/11