

С.В. АПРЕСЯН^{1,2}, д.м.н., В.И. ДИМИТРОВА¹, к.м.н., О.А. СЛЮСАРЕВА^{1,2}, к.м.н.

¹ Городская клиническая больница им. Ф.И. Иноземцева Департамента здравоохранения г. Москвы

² Российский университет дружбы народов, Москва

ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ЭСТРОГЕНЗАВИСИМЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ ЖЕНЩИН С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ, СТРЕССОВЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

В представленном исследовании проведена оценка эффективности применения препарата Овестин® (микронизированный эстриол 0,5 мг, суппозитории вагинальные) в предоперационной подготовке женщин в постменопаузе с пролапсом гениталий и стрессовым недержанием мочи.

Исследование доказывает необходимость локального использования препарата Овестин® в предоперационной подготовке женщин в постменопаузе с разной степенью пролапса гениталий и стрессовым недержанием мочи, а также раннее начало использования данного препарата у женщин в период перименопаузы с целью профилактики эстрогензависимых осложнений и снижения прогрессирования заболеваний при наличии минимальных клинических проявлений.

Ключевые слова:

пролапс гениталий

стрессовое недержание мочи

эстрогензависимые осложнения

эстриол

ВВЕДЕНИЕ

Изучению роли прогрессирующего дефицита половых стероидов в инициации репродуктивного старения посвящено большое количество научных исследований. Проблема генитоуринарного менопаузального синдрома (ГУМС) занимает лидирующие позиции в структуре болезней эстрогенного дефицита. Диспареуния, сухость и зуд во влагалище, рецидивирующие кольпиты и циститы, императивные нарушения мочеиспускания – далеко не полный перечень расстройств, возникающих в климактерии [1–3], которые снижают качество жизни женщин. ГУМС сегодня уделяется пристальное внимание, что обусловлено крайне выраженным отрицательным ее влиянием на качество жизни в климактерии, а также ожидаемым удвоением в ближайшие годы популяции женщин, страдающих ими [4–5].

Популяционные исследования свидетельствуют о неуклонном увеличении средней продолжительности жизни. По прогнозам ВОЗ, к 2030 г. возможно четырехкратное увеличение численности женщин старше 80 лет. По данным ряда авторов, частота ГУМС в популяции колеблется от 3% в перименопаузе и до 60% в постменопаузе длительностью более 5 лет [6, 7].

В структуре гинекологических заболеваний пролапс гениталий составляет от 28 до 39%, причем 15% нуждается

ся в хирургической коррекции. Пик заболеваемости приходится на женщин в возрасте старше 50 лет, имеющих клиническую картину несостоятельности мышц тазового дна [8–10]. Чаще всего пролапс гениталий сочетается с симптомами дисфункции нижних половых путей: недержанием мочи, urgenностью и затрудненным мочеиспусканием. Пролапсу гениталий сопутствует широкий спектр нарушений смежных органов, у 70% недержание мочи, у 36% нарушение дефекации, у 53% диспареуния [11–13]. Пролапс гениталий – сложный динамический процесс, который всегда имеет прогрессирующее течение, сопровождаясь развитием структурно-функциональных нарушений в организме, часто дегенеративного характера. Постепенное нарастание местных и общих симптомов сменяет продолжительный бессимптомный период. Многочисленные исследования, проведенные за последние годы, не выделили какую-либо единственную причину, ведущую к развитию пролапса, а лишь подтвердили многофакторность развития [8–10, 13, 14]. Несмотря на широкое распространение пролапса тазовых органов, патофизиология и естественный процесс развития данного заболевания недостаточно изучены. Огромные эпидемиологические исследования показали, что роды, особенно вагинальные, и старение, связанное с гипострогией, являются главными факторами развития пролапса гениталий. Пролапс гениталий – во многом эстрогензависимое заболевание [13]. Рецепторы эстрогенов обнаружены в слизистой оболочке и мышечных слоях стенки влагалища, эпителиальной, мышечной, соединительной тканях и сосудистых структурах уретры, в детрузоре, в мышцах тазового дна, в круглой связке матки в соединительнотканых структурах малого таза [2].

Эстрогенный дефицит сопровождается снижением кровообращения в органах малого таза, что приводит к

ишемии тканей мочеполовой системы. Уменьшается диаметр артерий влагалища, снижается количество мелких сосудов и истончаются их стенки, что ведет к уменьшению трансудации. Сходные изменения наблюдаются в венах и венозных сплетениях влагалища, располагающихся субэпителиально. Активным дилататором, влияющим на состояние сосудистых сплетений, считается вазоактивный интерстициальный полипептид, синтез которого во влагалищной стенке является также эстрогензависимым [15]. Очень важным фактором является зависимость состояния коллагена, кровоснабжения и трофики мышц-детрузоров, мышц тазового дна в определенной степени от уровня эстрогенов [14, 16, 17]. В основе пролапса гениталий лежат изменения в соединительнотканых и мышечных компонентах тазового дна. При наступлении менопаузы у женщин в связи с гипоестрогенией физиологически происходит замедление скорости обновления коллагена и структурные изменения – образование большого количества сшивок между его волокнами.

В настоящее время самым эффективным способом лечения пролапса гениталий остается хирургический. Принципами хирургической коррекции пролапса гениталий является: восстановление нормальной топографии органов малого таза, коррекция функциональных расстройств, применение комбинированных технологий с низким риском развития рецидива заболевания и хорошими функциональными результатами, использование современных синтетических материалов с учетом несостоятельности собственной соединительной ткани [18]. Трудности хирургического лечения пролапса гениталий связаны с возрастом пациентов и отягощенным соматическим анамнезом. При этом около 30% женщин нуждаются в повторном оперативном лечении в связи с развитием рецидива [8, 11, 14, 17–20]. В настоящее время оперативная гинекология располагает множеством хирургических операций для реконструкции тазового дна при генитальном пролапсе (около 400). Большое количество является следствием высокой частоты рецидивов пролапса гениталий и отсутствия универсального высокоэффективного метода восстановления тазового дна и промежности. В последнее время отмечается рост оперативных вмешательств, выполненных вагинальным доступом, что отражает общемировую тенденцию.

В структуре гинекологических заболеваний пролапс гениталий составляет от 28 до 39%, причем 15% нуждается в хирургической коррекции. Пик заболеваемости приходится на женщин в возрасте старше 50 лет, имеющих клиническую картину несостоятельности мышц тазового дна

Изучение проблемы пролапса гениталий позволит осуществить дифференцированный подбор тактики лечения и повысить эффективность лечения с учетом патогенетических и этиологических аспектов развития данной патологии.

Адекватная предоперационная диагностика и подготовка позволяет снизить количество патогенетически неоправданных операций, в т. ч. с использованием синтетических материалов, на 40%. Патогенетически обоснованная гормональная терапия препаратами половых гормонов является на сегодня одним из основных методов лечения женщин в климактерическом периоде, поскольку позволяет в некоторой мере компенсировать нарушенный возрастом гормональный гомеостаз и, таким образом, нормализовать в соответствии с возрастом функции органов-мишеней половых стероидов [7, 15, 21], что и является основной целью предоперационной подготовки.

Огромные эпидемиологические исследования показали, что роды, особенно вагинальные, и старение, связанное с гипоестрогенией, являются главными факторами развития пролапса гениталий

При изолированных урогенитальных нарушениях, в т. ч. при инфекциях мочевыводящих путей (ИМП), а также при наличии противопоказаний к системной заместительной гормонотерапии или нежелании пациентки ее применять препаратами первой линии для профилактики и терапии постменопаузальных расстройств становятся препараты для локального применения, содержащие эстриол (Овестин®), который в силу своего механизма связывания с рецепторами обладает тропностью к тканям мочеполовой тракта и не оказывает системного действия. Этими факторами обусловлена безопасность применения крема и свечей Овестин®. Однако лишь длительное применение эстриола позволяет улучшить кровоснабжение, мышечный тонус, биохимические процессы, что в конечном итоге эффективно предупреждает рецидивы ИМП. Это предполагает пожизненное применение местных форм эстриола, что возможно благодаря его безопасности [15].

Фармакоэкономические преимущества терапии местными формами препарата Овестин® очевидны: затраты на предупреждение развития симптомов ниже, чем на их лечение (3 упаковок крема Овестин® хватает на 1 год терапии в поддерживающей дозировке), применение простое, пациентка меньше страдает и применяет меньше лекарственных препаратов. С точки зрения антибактериальной терапии ИМП имеются преимущества и в том, что при уменьшении применения антибиотиков снижается риск селекции мультирезистентных микроорганизмов. В условиях стационара снижение количества ИМП уменьшает количество потенциальных источников инфекции, благодаря чему снижается нагрузка на медицинский персонал [15].

Цель исследования: оценка эффективности применения препарата Овестин® в предоперационной подготовке женщин в постменопаузе с пролапсом гениталий и стрессовым недержанием мочи.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 70 женщин в постменопаузе – 50–65

лет с различной степенью пролапса гениталий и стрессовым недержанием мочи. Женщины были разделены на 3 группы: 1-я (контрольная) – 15 женщин, не получавших в предоперационном периоде эстриол; 2-я – 25 женщин с сочетанной патологией – пролапсом гениталий и стрессовым недержанием мочи, в предоперационном периоде получавшие лечение препаратом Овестин® (микронизированный эстриол 0,5 мг); 3-я – 30 женщин с изолированным пролапсом гениталий, получавшие лечение препаратом Овестин® (микронизированный эстриол 0,5 мг). В комплекс обследования, помимо гинекологического осмотра с оценкой состояния наружных и внутренних половых органов, входило трансперитонеальное УЗИ и комплексное уродинамическое исследование, маммография. Всем пациенткам основной группы (55 женщин) была назначена терапия препаратом Овестин® (микронизированный эстриол 0,5 мг, суппозитории вагинальные 0,5 мг; регистрационный номер П N013327/01 от 06.11.2007; производитель «Аспен Хэлс» (Нидерланды), Kloosterstraat 6, 5349 AB Oss, 5349 AB Oss, Клоостерштраат 6) ежедневно в течение 2 нед., после чего им были произведены оперативные вмешательства в зависимости от степени выраженности пролапса гениталий и наличия стрессового недержания мочи. Пациентам группы сравнения предоперационная терапия эстриолом не производилась.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В последнее время большое количество исследований посвящено сочетанному использованию сетчатых имплантов и передней кольпорафии для лечения цистоцеле и стрессового недержания мочи. Исследования показали, что лучший результат достигается при сочетанном использовании сетчатых имплантов и пластики влагалища, чем при изолированном. 25 пациенткам с пролапсом гениталий и стрессовым недержанием мочи была проведена сочетанная операция по установке сетчатого импланта и пластика стенок влагалища.

Фармакоэкономические преимущества терапии местными формами препарата Овестин® очевидны: затраты на предупреждение развития симптомов ниже, чем на их лечение, применение простое, пациентка меньше страдает и применяет меньше лекарственных препаратов

Использование синтетических имплантов требует дифференцированного подхода с учетом возраста, наличия факторов риска развития рецидивов пролапса гениталий, длительности течения и степени тяжести данного заболевания, а также наличия сопутствующей патологии органов малого таза. Использование синтетических материалов возможно после тщательного предоперационного обследования женщин для подтверждения необходимости использования данного метода, что было проведено в нашем исследовании. Синтетический

имплант устанавливался пациенткам только при наличии уродинамических нарушений и на основании рекомендаций уролога. Ограниченное использование сетчатых имплантов продиктовано высоким риском развития mesh-ассоциированных осложнений, а именно эрозий и неполного заживления слизистой влагалища, что обусловлено гипоестрогенией.

Исследования показали, что лучший результат достигается при сочетанном использовании сетчатых имплантов и пластики влагалища, чем при изолированном. 25 пациенткам с пролапсом гениталий и стрессовым недержанием мочи была проведена сочетанная операция по установке сетчатого импланта и пластика стенок влагалища

45 женщинам 1-й и 3-й групп с пролапсами гениталий была проведена хирургическая коррекция пролапса гениталий в зависимости от степени выраженности пролапса.

Частота послеоперационных осложнений у женщин 1-й группы составила 0,08%, данные осложнения характеризовались неполным заживлением слизистой влагалища. У данных пациенток в раннем послеоперационном периоде сохранялась сухость влагалища, дискомфорт в области влагалища, в позднем послеоперационном периоде – дискомфорт во время полового акта, более длительный восстановительный период. Выписка данных пациенток из стационара происходила на 5–7-е сут. после оперативного вмешательства.

У пациенток 2-й и 3-й групп, получавших в предоперационном периоде лечение эстриолом таких осложнений, как эрозии и неполное заживление слизистой влагалища, не отмечалось. Было диагностировано одно осложнение – гематома после операционного шва. Женщины данных групп были выписаны из стационара на 3–4-е сут., восстановление половой функции у них произошло через 1 мес., исчезли неприятные ощущения во влагалище, дискомфорт во время полового акта, дизурические расстройства.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование доказывает необходимость применения препарата Овестин® в предоперационной подготовке женщин в постменопаузе с разной степенью пролапса гениталий и стрессовым недержанием мочи, а также раннее начало использования данного препарата у женщин в период перименопаузы с целью профилактики эстрогензависимых осложнений и снижения прогрессирования заболеваний при наличии минимальных клинических проявлений с целью повышения активности, работоспособности, нормализации общего самочувствия, что во многом улучшает качество жизни женщин (в т. ч. и интимной), делая ее полноценной. Эффективность хирургической коррекции пролап-

са гениталий зависит не только от выбранного метода оперативного вмешательства, но и от предоперационной подготовки и послеоперационного лечения. Адекватная пред- и послеоперационная патогенетическая терапия позволит снизить риск возникновения рецидивов заболевания и повторных хирургических вмешательств.



ЛИТЕРАТУРА

1. Балан В.Е., Гаджиева З.К. Нарушения мочеиспускания в климактерии и принципы их лечения. *РМЖ*, 2000, 8(7): 284-7.
2. Балан В.Е., Тихомирова Е.В., Ермакова Е.И., Гаджиева З.К., Великая С.В. Урогенитальные расстройства в климактерии: Императивные нарушения мочеиспускания в климактерии. *Consilium medicu*, 2004, 6(9).
3. Лебеденко Е.Ю. Клинико-бактериологические параллели урогенитальных расстройств в постменопаузе: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Ростов н/Д, 2015. 9 с.
4. Кулаков В.И., Манухин И.Б., Савельева Г.М. Гинекология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 1072.
5. Зайдиева Я.З. Гормональная терапия в климактерии: рекомендации для клинической практики. *Гинекология*, 2011, 13(3): 8-12.
6. Гальцев Е.В., Казенашев В.В. Психосоциальный дискомфорт у женщин с эстрогенобусловленными урогенитальными расстройствами. *Акушерство, гинекология и репродукция*, 2007, 2: 4-9.
7. Тихомирова Е.В. Перименопауза и урогенитальные расстройства. *Consilium medicum*, 2006, 8(6): 66-71.
8. Shalaev ON, Salimova LYa, Plaksina ND et al Vaginal surgery: natural access, opportunities. *Bulletin of Peoples' Friendship University. Series «Medicine. Obstetrics and Gynecology»*, 2010, 6: 174-179.
9. Ishchenko AI, Aleksandrov LS, Chushkov YuV et al Pelvic prolapse: pthomorphological aspects women. *Russian Bulletin of obstetricia -gynecologist*, 2012. 12, 2: 51-57.
10. Khanzadyan ML, Konnon R, Demura TA. Immuno histochemical analyses of collagen 1 and 3 and elastine in uteri ligaments in female genital prolapse. *Bulletin of Peoples' Friendship University. Series «Medicine. Obstetrics and Gynecology»*, 2013, 5: 156-163.
11. Totchiev GF, Toktar LR, Tigieva AV et al Vaginal biotope in women of reproductive age with pelvic floor dysfunction. *Bulletin of Peoples' Friendship University. Series «Medicine. Obstetrics and Gynecology»*, 2013, 5: 146-150.
12. Sukhikh GT, Danilov AYU, Botasheva DA. Role of immunohistochemical and genetic factors in specifying the etiology and patogenesis of genital prolapse in women. *Russian Bulletin of obstetrician-gynecologist*, 2012, 12, 2: 47-50.
13. Maiyskova IYu, Dimitrova VI. Vaginal access to modern operative gynecology. *Statuspraesens*, 2013, 3(14): 22-27.
14. Серов В.Н. Терапия урогенитальных расстройств, обусловленных дефицитом эстрогенов. *Акушерство, гинекология и репродукция*, 2010, 4(1): 21-35.
15. Salimova LYa, Shalaev ON, Parsadanyan SA. Diagnostic significance of additional instrumental methods of examination of patients with pelvic organ prolapse. *Bulletin of Peoples' Friendship University. Series «Medicine. Obstetrics and Gynecology»*, 2013, 5: 164-169.
16. Walters MD. Surgical treatment of vaginal apex prolapse. *Obstet. Gynecol.*, 2013, 121, 2: 354-374.
17. Barlow DH, Cardozo LD, Francis RM, Griffin M, Hart DM, Stephens E, Sturdee DW. Urogenital ageing and its effect on sexual health in older British women. *BJOG: Br. J. Obstet. Gynaecol.*, 1997, 104: 87-91.
18. Radzinskiy VE. perineologiya: monograph. Second Edition corrected and supplemented. M.: PFUR, 2010. P. 372.
19. Bejenar VF. Methods of surgical treatment of rectocele in women with deletion. and the roll of internal genital organs. *Journal obstetrics and womens disease*, 2009, LVIII, 2: 16-21.
20. Konnon R, Semyatov SD, Khanzadyan ML et al Quality of life of postmenopausal women with pelvic dysfunctions. *Bulletin of Peoples' Friendship University. Series «Medicine. Obstetrics and Gynecology»*, 2013, 5: 151-155.
21. Totchiev GF, Toktar LR, Semyatov SD. Compliance and importance in pelvic organ prolapsed. *Bulletin of Peoples' Friendship University. Series «Medicine. Obstetrics and Gynecology»*, 2013, 5: 191-200.

Овестин®

счастье зрелой жизни!

Эстриол



Овестин помогает устранить симптомы, вызванные недостатком эстрогенов в период менопаузы:



Сухость



Жжение



Недержание

крем и свечи



ОТПУСКАЕТСЯ БЕЗ РЕЦЕПТА

1 Инструкция по медицинскому применению Овестин свечи и крем
Свидетельство о регистрации:
П N013327/01 П N013327/02 ООО «Аспен Хэлс» 22.07.2014
01-2015-OVE-01-2017-RUS-058-SS



ООО «Аспен Хэлс», 123317, г. Москва,
Пресненская наб. 6, стр.2,
Бизнес-Центр «Империя Тауэр», 31 этаж

Реклама

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ