



II Национальный
Конгресс по
Менопаузе

22 – 23 мая 2021
Москва

ТЕЗИСЫ

УДК 618.1-173(043.2)
ББК 57.125.9я43
Т29

В.Ф. Балан, А. А. Сметник

ISBN 978-5-9907975-8-1

ISBN 978-5-9907975-8-1



9 785990 797581

ОГЛАВЛЕНИЕ

- 4 Программное обеспечение диспансерного наблюдения женщин в перименопаузе
Шалонина Т. Г., Шалонин М. Д.
- 5 Влияние COVID-19 на ментальное здоровье женщин в период менопаузы
Зеленкова-Захарчук Т.А.
- 6 Встречаемость нарушений ритма сердца у пациенток с кардиологическими жалобами в структуре климактерического синдрома
Зазерская И.Е., Беляева Е.Н., Кузнецова Л.В., Кострома Я.В.
- 8 Маркеры эффективности лечения остеопенического синдрома у пациенток с хирургической менопаузой
Зайдиева Я.З., Кручинина Е.В., Новикова А.Ю., Е.Н. Карева Е.Н., Кочина Н.А., Сереброва С.Ю.
- 10 Социально-биологические и анамнестические факторы риска дистрофических заболеваний вульвы
Кравченко Е.Н., Цыганкова О.Ю., Цыганкова М.В.
- 12 Клинические и микробиологические факторы риска дистрофических заболеваний вульвы
Кравченко Е.Н., Цыганкова О.Ю., Цыганкова М.В.
- 14 Клиническая характеристика менопаузального периода у женщин, проживающих на территории Приамурья
Пестрикова Т.Ю., Швеева М.А.

ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Шалонина Т. Г. к.м.н., доцент кафедры Акушерства и гинекологии Южно-Уральского государственного медицинского университета, vitasun5.70@mail.ru, +7 (922) 235 06 96

Шалонин М. Д., ведущий специалист отдела судебной статистики и правовой информации, Челябинский областной суд

С ростом продолжительности жизни перед врачами различных специальностей возникает проблема обеспечения здорового и активного долголетия женщин. С этой целью в каждой специальности предпринимаются попытки стандартизировать оптимальную систему профилактики, диагностики и лечения того или иного заболевания. Однако, единые алгоритмы ведения одного пациента различными специалистами отсутствуют, что приводит к одностороннему обследованию и лечению, к дублированию ряда назначений. Очевидно, что требуется выработка совместных алгоритмов диагностики и лечения любых расстройств в период перименопаузы в соответствии со стандартами, принятыми по различным нозологиям в рамках заинтересованных врачебных специальностей.

В дополнение к традиционным лабораторно-инструментальным параметрам требуется активный опрос для оценки функций организма самой пациенткой на основании индивидуальной нормы. Кроме того, современные данные о генетической предрасположенности к патологии различных видов обмена и склонности к определенным заболеваниям обязывают врача учитывать и этот фактор. Врач-гинеколог обладает всеми возможностями проанализировать состояние пациентки в этот физиологически сложный период жизни и с помощью смежных специалистов грамотно сопровождать и поддерживать женщину продвинутого возраста.

Нами разработана специальная программа для обеспечения автоматического контроля полноты диспансерного наблюдения женщин в период перименопаузы.

Предложен алгоритм, который позволяет объединить комплексное обследование и наблюдение пациенток перименопаузального периода, угрожаемых по дебюту соматических заболеваний на базе имеющихся протоколов МЗ РФ (клинических рекомендаций). На его основе модернизируется авторское программное обеспечение (далее - ПО) "Fem".

Предлагаемое ПО легко адаптируется под имеющуюся материально-техническую базу большинства лечебных учреждений, совместимо с современными программами при необходимости их сетевого использования и импортозамещения.

Первым этапом обследования пациенток является тестирование и гинекологическое скрининговое обследование для определения, как индивидуальной нормы, так и соответствия критериям здоровья. При выявлении любого отклонения, программа предлагает варианты дополнительного обследования согласно протоколам лечения данных нозологий и приказу МЗ РФ № 572н.

По мере выявления заболевания или индивидуальных возрастных особенностей возникает необходимость обследования у смежных специалистов, как для коррекции сопутствующей терапевтической патологии, так и для исключения противопоказаний к назначениям гинеколога. Прежде всего - к менопаузальной гормональной терапии.

После проведенного лечения с учетом заключений и назначений врачей-смежников, пациентка возвращается на прием к гинекологу, где согласно программе получает коррекцию назначений. Всплывающие активные окна содержат варианты конкретных лечебных назначений в соответствии с названным приказом, принципами доказательной медицины, отраженными в профильных протоколах и клинических рекомендациях.

Предложенное ПО "Fem" позволяет определить основные направления профилактики, диагностики и лечения за счет индивидуальной направленности на базе обязательных протокольных мероприятий.

ВЛИЯНИЕ COVID-19 НА МЕНТАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ

Зеленкова-Захарчук Т.А. к.м.н., психиатр-психотерапевт

ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, Москва, tazach@mail.ru, +7 (916) 607 73 81

Введение:

Пандемия COVID-19 как глобальный психосоциальный стресс оказывает дополнительное негативное влияние на ментальное здоровье женщин в период менопаузы. В литературе появляется достаточное количество публикаций, посвященных нейротоксичности новой инфекции, возрастанию тревожных, депрессивных расстройств, деменции, развивающихся вследствие перенесения SARS-CoV-2. В стресс-связанных событиях формируются такие новые нозологические дефиниции как эпоха пандемии, коронофобия, постковидный синдром, паранойя вакцинации.

В связи с чем, к изучению психосоматических соотношений в период менопаузы, включающих психопатологические проявления и нарушения функции репродуктивной системы, добавляется психопатология, обусловленная коронавирусной инфекцией.

Цель: клиническое изучение и систематизация психосоматических расстройств у женщин в период менопаузы, с учетом долгосрочного влияния новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Материалы и методы: пациентки с психосоматическими расстройствами в период менопаузы консультированы психиатром-психотерапевтом, специализирующимся в общесоматической сети. Все женщины находились на стационарном или амбулаторном лечении в ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» МЗ РФ.

Выявленные психосоматические расстройства в период менопаузы с учетом влияния новой коронавирусной инфекции COVID-19 предварительно распределены на три основные категории:

I. Психопатологические расстройства, спровоцированные угрозой заражения ковидом (тревно-фобические, обсессивно-компульсивные расстройства с явлениями коронофобии, фобии изоляции, паническими атаками при ношении средств защиты).

II. Психопатологические расстройства, реализующиеся в результате изменения привычного стереотипа жизни из-за пандемии (расстройства адаптации, ситуационно обусловленные депрессивные расстройства, тяжелые реакции утраты).

III. Психопатологические расстройства, развившиеся вследствие перенесения коронавирусной инфекции (постпсихотические депрессивные расстройства, тяжелые астенические расстройства с когнитивными нарушениями).

Изучение данной темы продолжается.

Результаты:

Представлены психосоматические расстройства в период менопаузы, с учетом влияния новой коронавирусной инфекции COVID-19, разработаны лечебные рекомендации.

Выводы:

1. Выявление психопатологических расстройств в период менопаузы во время пандемии и своевременное лечение значительно снижает уязвимость к коронавирусу и развитие тяжелого течения в случае заражения.

2. Необходимо диагностировать признаки психосоматических расстройств в период менопаузы с учетом влияния новой коронавирусной инфекции COVID-19 на начальных этапах их проявлений и подключать как можно раньше оказание психиатрической - психотерапевтической помощи.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОК С КАРДИОЛОГИЧЕСКИМИ ЖАЛОБАМИ В СТРУКТУРЕ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Зазерская И.Е., Беляева Е.Н., Кузнецова Л.В., Кострома Я.В.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Минздрава России

Санкт-Петербург, Россия

Корреспондент **Беляева Екатерина Николаевна** – научный сотрудник НИЛ репродукции и здоровья женщины ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

197341, г. Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д.2, тел. 8-921-376-52-56

E-mail: eksaveta@yandex.ru

Введение:

Структура климактерического синдрома представляет собой эндокринно-обменные, нейровегетативные и психоэмоциональные нарушения. Заболевания сердечно-сосудистой системы занимают одно из ведущих мест в климактерическом периоде.

Цель исследования — оценить особенности течения климактерического синдрома, проявляющегося кардиологическими жалобами.

Материал и методы:

Исследование проведено на базе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России. В группу исследования включены 28 женщин в возрасте от 44 до 56 лет ($M = 53,8 \pm 0,7$), предъявляющих жалобы климактерического характера, проявляющиеся преимущественно кардиологической симптоматикой. В исследование не включали женщин с наличием органических заболеваний сердца. Средний возраст наступления менопаузы — $50,3 \pm 0,7$ года, средняя продолжительность эстрогендефицитного состояния — $3,5 \pm 0,3$ года.

Методы исследования:

1. Менопаузальный индекс Купермана в модификации Е.В. Уваровой.
2. Холтеровское мониторирование ЭКГ на аппарате «ASTEL LTD Cardio DM - 3» в течение 72 часов
3. Эхокардиографическое исследование с целью исключения органической патологии сердца.

Результаты:

С целью оценки степени выраженности климактерического синдрома изучены жалобы участниц исследования, особое внимание уделялось жалобам кардиологического характера: сердцебиение, «перебои в работе сердца», повышение АД.

При легкой степени тяжести климактерического синдрома наиболее часто встречающимися кардиологическими жалобами являлись: повышение АД (18,3%) и сердцебиение (14,7%). Жалобы на «перебои в работе сердца» не встречались при данной степени климактерического синдрома. Также для легкой степени климактерического синдрома были характерны следующие проявления: приливы (20,4 %), головные боли (13,2%) и потливость (17,2%).

При средней степени тяжести климактерического синдрома кардиологические жалобы встречались чаще: сердцебиение (53,6%), повышение АД (47,5%), а также возникали жалобы на периодически возникающие «перебои в работе сердца» (39,5%). Другими проявлениями, характерными для средней степени тяжести климактерического синдрома были: приливы (72,6 %), потливость (60,3%), сухость кожных покровов и слизистых оболочек (56,6%), возбудимость (46,5%), непереносимость высоких температур (18,7%), нарушения сна (9,5%).

Почти для всех участниц исследования с тяжелой степенью климактерического синдрома были характерны жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы: сердцебиение (87,3%), повышение АД (78,6%), «перебои в работе сердца» (70,6%). Также были выражены при тяжелой степени климактерического синдрома приливы (95,4%), возбудимость (62,3%), потливость (79,5%), сухость кожных покровов и слизистых оболочек (65,4%), нарушения сна (20,5%), непереносимость высоких температур (40,2%), головные боли (24,3%).

Среди обследованных женщин встречались следующие нарушения ритма сердца: желудочковая экстрасистолия (53,8%), блокады ножек пучка Гиса (36,5%), суправентрикулярная экстрасистолия (23%), пароксизмы суправентрикулярной тахикардии (11,5%), синоатриальная блокада (11,5%), синусовая аритмия (11,5%), атриовентрикулярные блокады (9,6%), пароксизмы желудочковой тахикардии (5,7%).

Вывод:

В структуре всех жалоб, характерных для климактерического синдрома, на первый план выступают жалобы кардиологического характера: сердцебиение, повышение АД, «перебои в работе сердца». Среди обследованных женщин наиболее часто встречаются желудочковые нарушения ритма сердца (53,8%). Эпизоды нерегулярного сердцебиения могут длиться от нескольких секунд до нескольких минут.

МАРКЕРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОК С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ

Я.З. Зайдиева¹, д.м.н., проф., руководитель отделения охраны репродуктивного здоровья ГБУЗ МО МОНИИАГ;

Е.В. Кручинина¹, к.м.н. научный сотрудник отделения охраны репродуктивного здоровья ГБУЗ МО МОНИИАГ;

А.Ю. Новикова¹, младший научный сотрудник отделения охраны репродуктивного здоровья ГБУЗ МО МОНИИАГ;

Е.Н. Карева², д.м.н., проф. ЛФ ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»;

Н.А. Кочина³, старший научный сотрудник НИЛ молекулярной фармакологии ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова»;

С.Ю. Сереброва⁴, д.м.н., проф. ФГБУ НЦЭСМП.

¹ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии», Москва, Россия;

²ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия;

³ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия;

⁴ФГБУ «Национальный центр экспертизы средств медицинского применения» Минздрава России, Москва, Россия 7726101@rambler.ru, 89161695793.

Введение:

Пациентки с хирургической менопаузой – группа риска по развитию остеопенического синдрома (ОС). Менопаузальная гормональная терапия (МГТ) в комбинации с препаратами кальция и витамина D способствует приросту минеральной плотности костной ткани (МПКТ). Уровень экспрессии рецептора витамина D в моноклеарной фракции клеток (МНФК) крови можно рассматривать как маркер прогноза эффективности терапии ОС.

Цель:

Поиск молекулярного маркера для прогнозирования эффективности лечения ОС.

Материалы и методы:

В исследование включены 100 женщин 40-55 лет с длительностью хирургической менопаузы от 12 месяцев до 6 лет. Критерием включения пациенток в исследование было наличие синдрома постовариоэктомии и отсутствие противопоказаний к применению МГТ. Предметом исследования стали определение МПКТ методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии, ПЦР-диагностика уровня экспрессии генов витамина D, рецепторов эстрадиола и прогестерона, определение 25-ОН витамина D в крови.

Результаты:

Анализ эффективности 12-месячной терапии ОС оценивали по суррогатному маркеру – МПКТ. Прирост МПКТ до 3-4% в год – отсутствие отрицательной динамики, более 4% в год – положительная динамика. Значительный эффект комбинированной терапии (1 мг 17β-эстрадиол + 5 мг дидрогестерон в сочетании с холекальциферолом) по сравнению с МГТ (1 мг 17β-эстрадиол + 5 мг дидрогестерон) на МПКТ у пациенток с хирургической менопаузой с низким исходным уровнем МПКТ (на фоне гиповитаминоза D) связан с противовоспалительным, костнопротективным эффектом витамина D. До начала лечения в обеих группах пациенток, проведен сравнительный анализ уровня экспрессии молекул – мишеней терапии в МНФК. Эффективность МГТ и комбинированной терапии нарушений МПКТ положительно ассоциирована с уровнем экспрессии рецепторов витамина D в МНФК (до начала лечения). Следовательно, уровень матричной РНК витамина D – потенциальный маркер прогноза эффективности лечения ОС. Уровни экспрессии ядерного рецептора эстрадиола типа β и мембранного рецептора прогестерона в МНФК до начала лечения выявили тенденцию к повышению у женщин, отвечающих на терапию.

Заключение:

Уровень экспрессии ядерного рецептора витамина D в МНФК крови достоверно ниже в группе женщин с отсутствием/недостаточным эффектом на 12-месячную комбинированную терапию. Этот показатель можно рассматривать как маркер прогноза эффективности терапии ОС.

Ключевые слова: остеопенический синдром, экспрессия рецепторов, моноклеарная фракция клеток, менопаузальная гормональная терапия, препараты кальция и витамина D.

СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ И АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВУЛЬВЫ

Кравченко Е.Н., д.м.н., профессор,

Цыганкова О.Ю., к.м.н., доцент,

Цыганкова М.В., студентка V курса ФГБОУ ВО

Омский государственный медицинский университет МЗ России, kravchenko.en@mail.ru

Цель исследования: изучить социально-биологические и анамнестические факторы, способствующих формированию склерозирующего лишая вульвы (СЛВ).

Материал и методы:

В исследование была включена 71 пациентка в возрасте 42-66 лет с диагнозами «склероатрофический лишай вульвы». Для изучения и оценки социально-биологических, медицинских и анамнестических факторов, способствующих развитию СЛВ, осложнений в результате длительного течения данной болезни, а также с целью определения подбора адекватного лечения было проведено исследование с помощью анкетирования.

Результаты:

Большинство обследованных женщин с СЛВ (47 больных – 66,2%) находились в возрасте 46-57 лет; 15 (21,1%) пациенток – в возрасте 42-45 лет; и еще 15 женщин (21,1%) были в возрасте старше 58 лет. Из числа обследованных больных 61 (85,9%) анкетирзуемых состояли в зарегистрированном браке, 6 (8,4%) были незамужними и в браке никогда не состояли, 4 (5,6%) на момент обследования находились в гражданском браке; 25 (35,2%) обследуемых имели высшее образование, 41 (64,8%) – среднее; 52 (73,2%) женщин были рабочими или служащими, 19 (26,8%) – домохозяйками. Состояние собственного здоровья расценивалось самими анкетирзуемыми как удовлетворительное у 8 (11,3%) обследованных, как хорошее у 21 (30,9%) как хорошее, неудовлетворительное – у 42 (59,2%). У 60 (84,5%) пациенток СЛВ сопровождался постоянным плохим настроением, что отрицательно влияло на трудовую и двигательную активность, при этом у 10 (14,1%) колебания настроения были периодическими, у 9 (12,7%) депрессивного настроения обнаружено не было. Заболевания эндокринной системы диагностированы у 31 (43,6%) пациенток: чаще всего наблюдался сахарный диабет – у 3 (4,6%), заболевания щитовидной железы, в частности, тиреотоксикоз наблюдался у 6 (8,4%) больных, гипотиреоз – у 5 (7,1%), реже всего диагностировался диффузный зоб – у 4 (5,6%). Метаболический синдром и ожирение выявлены в 20 (28,2%) наблюдениях. Сердечно-сосудистые заболевания (артериальная гипертензия, миокардиодистрофия, ишемическая болезнь сердца) были выявлены у 58 (81,7%) анкетирзуемых, болезни опорно-двигательного аппарата – у 19 (26,8%), болезни органов дыхания (бронхиальная астма, хронический бронхит) – у 6 (8,4%), заболевания центральной нервной системы – у 22 (30,9%), инфекции мочевыводящей системы – у 10 (14,1%). Психо-эмоциональным стрессам постоянно подвергались 38 женщин (53,5%), редко испытывали эмоционально-психическое напряжение 15 обследованных (21,1%), 6 (8,4%) крайне редко испытывали никаких стрессовых ситуаций. При изучении менструальной функции выявлено, что позднее менархе (позже 15 лет) диагностировано у 12 (16,9%) женщин, в 13-14 лет наступили менархе у 30 девушек (42,3%), в 11-12 лет – у 29 (40,8%). По паритету женщины распределились следующим образом: 63 (88,7%) анкетирзуемых имели в анамнезе одни или двое родов. 5 (7,0%) женщин были многорожавшими и имели в анамнезе трое и более родов. 2 (2,8%) женщины страдали бесплодием и не имели беременностей совсем.

28 (39,4%) обследуемых имели в анамнезе нормальный менструальный цикл, остальные (60,6%) имели нарушения менструального цикла. Ранняя менопауза (40-45 лет) наблюдалась у 19 (26,8%); своевременная менопауза (46-54 года) выявлена у 52 (73,2%) обследованных. Симптомы менопаузы в переходном периоде в виде приливов жара испытывали 19 (26,8%) женщин, депрессивное настроение – 22 (30,9%), возбудимость и расстройство сна

– 39 (54,9%). Жалобы на сухость, жжение, зуд в области гениталий предъявляли 21 (29,6%) женщин. Продолжительность заболевания более 15 лет была у 9 (12,7%), страдали СЛВ более 10 лет у 22 (30,9%), от 5 до 10 лет имели длительность болезни 31 (43,7%), не более 2 лет имели симптомы заболевания 9 (12,7%) женщин. При этом за медицинской помощью пациентки обращались не сразу от момента возникновения первых клинических проявлений: спустя 3 года и более лет обратились 35 (49,3%) обследуемых, в течение 12 месяцев и менее от начала заболевания – 24 (33,0%), сразу после появления симптомов 12 (16,9%). По поводу симптомов СЛВ назначали следующую медикаментозную терапию: местное лечение эстроген-содержащими препаратами – 52 (73,2%), местное лечение мазями в комбинации с глюкокортикостероидами получали 32 (45,1%) пациентки. При этом постоянно использовали местное лечение 29 (40,8% обследуемых), остальные получали лечение курсами по 34 месяца с перерывами по 1-2 месяца. Санитарно-гигиенические мероприятия наружных половых органов выполняли 1 раз в день 37 (52,1%) пациенток, 2 раза в день – 28 (39,4%), после каждого акта испражнения/мочеиспускания – 6 (8,5%). Некоторые женщины (51 – 71,8%) использовали ежедневные гигиенические прокладки с дезодорирующим эффектом.

Таким образом, результаты исследования позволили определить следующие факторы, способствующие формированию СЛВ у женщин: возраст переходного периода; ранняя менопауза; эндокринные болезни; психо-эмоциональные стрессы. При ведении пациенток с СЛВ данные факторы должны быть учтены, в дальнейшем проведены мероприятия по управляемым факторам риска (коррекция эндокринных заболеваний и психоэмоциональных расстройств).

КЛИНИЧЕСКИЕ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВУЛЬВЫ

Кравченко Е.Н., д.м.н., профессор,

Цыганкова О.Ю., к.м.н., доцент,

Цыганкова М.В., студентка V курса ФГБОУ ВО

Омский государственный медицинский университет МЗ России, kravchenko.en@mail.ru

Цель исследования: изучить клинические и микробиологические факторы, способствующие формированию склерозирующего лишая вульвы (СЛВ), а также результаты вульвоскопии и гистологического исследования биоптатов.

Материал и методы:

В исследование была включена 71 пациентка в возрасте 42-66 лет с диагнозами «склероатрофический лишай вульвы». Клиническое (гинекологическое) обследование включало осмотр наружных половых органов, вульвоскопию. Для верификации диагноза проводили гистологическое исследование биоптатов. Лабораторная диагностика включала микроскопию мазка по общепринятой методике, микробиологическое обследование с помощью посева на питательные среды, предусматривающие выделение *Ureaplasma urealyticum*, грибов рода *Candida albicans*, метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) наиболее распространённых возбудителей: *Mycoplasma genitalium*, *Chlamidia trachomatis*, *Gardnerella vaginalis*, HPV 16/18, 31/33.

Результаты:

Большая часть больных (61 – 85,9%) предъявляли жалобы на наличие белей или выделений из половых путей различной степени выраженности. Преобладающий характер выделений – жидкие, молочно-белого цвета, которые многими женщинами расценивались как физиологические бели. Чаще всего зуд беспокоил женщин в ночное время суток – 56 (78,9%) пациенток, постоянно в течение суток – 15 (21,1%).

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) имели в анамнезе 27 (38,0%) женщин, вагинальные инфекции – 47 больных (66,2%). Тщательное обследование с определением возбудителей заболевания было проведено в 42 (59,2%) наблюдениях: у 32 больных в анамнезе диагностировались инфекции, передаваемые половым путем (герпесвирусная инфекция, трихомонадный вагинит, гонорейный цервицит/уретрит). У других женщин в анамнезе выявляли вульвовагинальный кандидоз, аэробный вагинит, вызванный условно-патогенной микрофлорой, бактериальный вагиноз с преобладанием анаэробной инфекции. Половые партнёры обследованных женщин крайне редко привлекались к параллельному обследованию, в то же время 31 (43,7%) из них имели эпизоды острых или хронических инфекций мочеполовых путей (уретрит, баланопостит, простатит, везикулит).

Проведённые лабораторные исследования микрофлоры влагалищного отделяемого при СЛВ выявили наличие *Ureaplasma urealyticum* у 35 (49,3%) пациенток, вируса простого герпеса (ВПГ) 2-го типа у 30 (42,2%), *Gardnerella vaginalis* более 10⁵ – у 27 (38,0%), *Chlamydia trachomatis* – у 22 (30,9%), *Mycoplasma genitalium* – у 21 (30,9%), цитомегаловируса (ЦМВ) – у 19 (26,8%), HPV 16/18 – у 17 (23,9%), HPV 31/33 – у 16 (22,5%), грибов рода *Candida* более 10⁴ – 27 (38,0%), *St. aureus* более 10³-10⁴ – у 22 (30,9%), *St. saprophyticus* более 10⁴-10⁵ – у 19 (26,8%), *St. haemolyticus* более 10⁴-10⁵ – у 17 (23,9%), *St. epidermidis* более 10⁴-10⁵ – у 15 (21,1%), *Enterobacter* более 10³-10⁴ – у 9 (12,6%), *Enterobacterium* spp. более 10³-10⁴ – у 8 (11,2%), *St. Viridans* более 10³-10⁴ – у 7 (9,8%), *Escherichia coli* более 10³-10⁴ – у 6 (8,4%). При проведении вульвоскопии были выявлены следующие изменения: кожа, как правило, в области лихена была тонкой, пергаментобразной, гладкой, блестящей, хрупкой, легко травмируемой. Складки кожи были уплотнены, клитор, как правило, закрывался плотными рубцами, вход во влагалище выглядел суженным, на коже определялись расчесы, трещины, царапины. Лихенизация в виде утолщения ткани и увеличение выпуклости кожных признаков

с определением чешуек выявлены у 25 (35,2%). Лихенификация была ярко-красного цвета у 19 (26,8%), темно-красного у 15 обследованных (21,1%), белого цвета на поверхности слегка отличающаяся от окружающей кожи у 8 (11,3%). Экскориация в виде трещин и разрывов поверхностных слоев в результате расчесывания при зуде у 26 (36,6%).

При гистологическом исследовании биоптатов были обнаружены следующие изменения: сглаженный сосочковый слой в 65 (91,5%) наблюдений, отечные поверхностные слои кожи – в 43 (60,6%), гиалинизация в глубоких слоях кожи – в 28 (39,4%) , хроническое воспаление – в 31 (47,9%), отсутствие подкожно-жировой клетчатки – в 26 (36,6%).

Таким образом, результаты проведенного исследования показали, что дополнительными факторами, способствующими формированию склерозирующего лишая вульвы являются наличие вирусных инфекций (ВПГ, ЦМВ), вагинальных инфекций, воспалительных заболеваний органов малого таза в анамнезе; присутствие грибов рода *Candida*, бактерий *Ureaplasma urealyticum*, ВПЧ 16/18, ВПЧ 31/33 и некоторых других инфекций. При проведении вульвоскопии выявлялись изменения: тонкая, пергаментобразная, гладкая, блестящая кожа, хрупкая, легко травмируемая. Также выявлялась лихенизация в виде утолщения ткани и увеличение выпуклости кожных признаков с определением чешуек. Представляется целесообразным оценить полноту факторов и причин, изучить их по степени значимости и учитывать при определении тактики ведения женщин с СЛВ. Процесс, длящийся свыше 10 лет, может повлечь за собой необратимые изменения вплоть до перехода в вульварную интраэпителиальную неоплазию (VIN) различной степени выраженности, что необходимо учитывать при ведении больных с СЛВ.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ ПРИАМУРЬЯ

Пестрикова Т.Ю., д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии Федерального государственного образовательного учреждения высшего образования «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Хабаровск;

Швеева М.А., аспирант кафедры акушерства и гинекологии Федерального государственного образовательного учреждения высшего образования «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Хабаровск

e-mail: typ50@rambler.ru

+7 (914) 771 93 83

Одной из актуальных проблем в гинекологии, резко снижающей качество жизни у женщин в климатерии, является синдром вульвовагинальной атрофии. В отличие от вазомоторных симптомов, которые проходят со временем, симптомы вульвовагинальной атрофии, как правило, возникают в перименопаузе и прогрессируют в постменопаузальном периоде, приводя к функциональным и анатомическим изменениям (Sinha A and Ewies AAA., 2013; Ермакова Е.И., Балан В.Е., Тихомирова Е.В., Лазарева И.Н., Лапина А.В., Панина Е.М., 2017).

Цель: изучить особенности течения менопаузального периода и тактику ведения, в зависимости от возраста наступления менопаузы у женщин Приамурья.

Задачи:

1. Проанализировать частоту и наличие жалоб у пациенток в постменопаузе, в зависимости от возраста.
2. Оценить схемы коррекции менопаузальных расстройств.

Материалы и методы обследования:

Был проведен анализ особенности течения менопаузального периода у 408 пациенток, которые обратились в женскую консультацию с жалобами (повышенная потливость, приливы жара, плохой сон и т.д.), для решения вопроса о возможности устранения этих симптомов.

В процессе наблюдения им было проведено рутинное обследование, включающее следующие сертифицированные методы: оценка клинических проявлений; изучение анамнеза (соматического, гинекологического); проведение антропометрических измерений (масса тела, индекс массы тела - ИМТ, окружность талии); мониторинг артериального давления (АД), в соответствии с рекомендациями ВОЗ (1999); проведение ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза (толщина эндометрия – М-эхо); выполнение маммографии; определение биохимического профиля (липопротеиды низкой плотности – ЛПНП, триглицериды, глюкоза); определение гормонального профиля; проведение коагулопатических исследований (активированное частичное тромбопластиновое время – АЧТВ, международное нормализационное отношение - МНО, фибриноген, антитромбин III - АТ III); тестирование с использованием менопаузального индекса Куппермана.

Кроме этого, пациенткам была проведена рН-метрии и оценка индекса вагинального здоровья. Для выявления проблем со стороны мочевого пузыря выполняется общий анализ или посев мочи, функциональные пробы (для диагностики стрессового недержания мочи, на кресле проводят пробу с настуживанием и кашлевой тест) и прокладочный тест для выявления недержания мочи.

Все женщины были разделены на 3 группы в соответствии с возрастом наступления менопаузы. В 1-ю группу вошла 101 пациентка, в возрасте 45-50 лет, во 2-ю группу были включены 254 пациентки в возрасте 51-55 лет, 3-ю группу составили 50 пациенток в возрасте 56-60 лет.

Результаты исследования:

Несмотря на то, что ведущими симптомами при обращении пациенток к гинекологу были нейровегетативные (89,5%) и психоэмоциональные нарушения (86,3%), при проведении обследования у них в 100,0% случаев имели место генитоуренальные проявления. Степень выраженности генитоуренальных проявлений зависела от возрастной категории пациенток.

Так, у пациенток 1-й группы ведущими симптомами были сухость слизистых оболочек интимных органов, жжение, зуд, неприятные ощущения, дискомфорт во влагалище, болезненность и дискомфорт во время полового акта. Во 2-й группе, помимо вышеперечисленных симптомов добавились частые воспалительные процессы мочеполовой системы, изменения характера влагалищных выделений (более обильные, с неприятным запахом), непроизвольное выделение (недержание) мочи, частое мочеиспускание. У пациенток 3-й группы отмечено сочетание вышеуказанных симптомов с опущением тазовых органов.

В качестве лечения менопаузальных симптомов менопаузальную гормональную терапию (МГТ) получали всего 172 пациентки (42,1%), что объясняется гормонофобией как самих пациенток, так и игнорирование врачами гинекологами наличия генитоуренальных расстройств, которые отходят на второй план после нейровегетативных и психоэмоциональных нарушений.

Лечение нейровегетативных и психоэмоциональных расстройств проводится в 57,9% случаев с помощью негормональной терапии (транквилизаторы, анксиолитики и т.д.), что не отвечает требованиям патогенеза развития урогенитальных расстройств в менопаузе.