

УДК: 618.173+618.15-007.21-053.9:616.008.222

## Климактерический период в жизни женщины

Н.М. Романенко

### Climacteric in life of the woman

N.M. Romanenko

Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», г. Симферополь

**Ключевые слова:** климакс, симптомы, урогенитальные нарушения.

**К**лимакс является естественным и неизбежным событием, которое случается в жизни всех, без исключения, женщин и общим показателем которого является прекращение менструаций. Это биологический процесс перехода от репродуктивного периода к старости, который характеризуется постепенным угасанием функции яичников и снижением уровня эстрогенов [7]. Средний возраст наступления менопаузы для женщин Европейского региона – 50-51 год.

#### Согласно терминологии ВОЗ:

- менопауза — последняя спонтанная менструация, определяемая ретроспективно через 12 мес. стойкой аменореи,
- пременопауза — период до последней менструации,
- перименопауза — период, непосредственно предшествующий менопаузе (когда начинают проявляться ее клинические признаки), и первый год после менопаузы,
- постменопауза — период, начинающийся после последней менструации и продолжающийся до конца жизни женщины,
- ранняя менопауза – прекращение менструаций в 40-45 лет,
- преждевременная менопауза – прекращение мен-

струаций до 40 лет.

Почти у половины женщин отмечается тяжелое течение климакса, у каждой третьей его проявления носят умеренный характер. Более легкое и менее продолжительное течение климакса встречается, как правило, у практически здоровых женщин, в то время как у больных с хроническими психосоматическими заболеваниями – склонность к продолжительному течению.

В этот период более 80% женщин страдает от вегетативно-вазомоторных, урогенитальных, метаболических нарушений, приводящих к значительному снижению качества жизни [7, 9]. По характеру проявления и времени возникновения климактерические нарушения подразделяются на три группы:

#### Первая группа — «ранние» симптомы:

- вазомоторные (приливы жара, повышенная потливость, головная боль, гипотония или гипертония, озноб, учащенное сердцебиение);
- эмоционально-психические (сонливость, раздражительность, слабость, беспокойство, депрессия, забывчивость, невнимательность, снижение либи-

---

1295006, Россия, Симферополь, Крым, бульвар  
Ленина 5/7, e-mail [nmromanenko@mail.ru](mailto:nmromanenko@mail.ru),

до).

#### **Вторая группа — «средневременные»:**

- урогенитальные расстройства (УГР) как следствие генитоуретральной атрофии слизистых;
- изменение кожи и ее придатков.

#### **Третья группа — «поздние» обменные и дегенеративные нарушения:**

- остеопороз
- сердечно-сосудистые заболевания
- болезнь Альцгеймера,

повышение частоты которых после наступления менопаузы представляет наибольшую опасность для женщин. Летальность от «поздних» метаболических нарушений достигает 20%.

Климактерический период относится к пограничным состояниям клинической медицины, поэтому больные нуждаются в комплексном обследовании врачами целого ряда специальностей [1, 5]. Исходя из полисимптоматического, системного характера климактерических нарушений круг специалистов, призванных решать эту проблему не ограничивается врачами-гинекологами, а включает в себя также терапевтов, кардиологов, эндокринологов, ортопедов-травматологов, невропатологов и психиатров, дерматологов, семейных врачей. Вместе с тем, первое слово в диагнозе остается за гинекологом, так как появляющиеся симптомы связаны прежде всего с угасанием функции яичников. В пременопаузе снижается количество фолликулов, возрастает их резистентность к стимулирующему влиянию гормонов гипофиза, ановуляторные циклы становятся преобладающими над овуляторными. Происходит снижение секреции прогестерона, уменьшение синтеза эстрадиола, повышение уровней фолликулостимулирующего (ФСГ) и лютеинизирующего (ЛГ) гормонов. В перименопаузе возможно как наступление беременности, так и развитие типичных менопаузальных расстройств, наблюдается флюктуация гормонов яичников. Ранним маркером наступающей менопаузы является повышение уровня ФСГ. После завершения пременопаузы флюктуация гормонов яичников прекращается, уровень эстрадиола стабильно снижен. Снижение уровня эстрадиола и глобулина, связывающего половые стероиды, приводит к увеличению уровня свободного тестостерона. Возникает, так называемая, «относительная гиперандрогения», определяющая специфические признаки и симптомы климактерического периода – появление дамских «усиков», метаболические нарушения.

Ведущая роль врача гинеколога обусловлена необходимостью выбора метода лечебного воздействия, назначение препарата для заместительной гормональной терапии (ЗГТ) [1, 3, 7] и дозового режима в соответствии с возрастной инволюцией организма женщины. При наличии противопоказаний к ЗГТ могут быть использованы негормональные препараты [6] – Абъюфен, Лайфемин, Климадинон, Ременс, Климактоплан, Климаксан.

Особое место среди климактерических нарушений занимают урогенитальные расстройства (УГР), в основе развития которых лежит значимое снижение уровня эстрогенов в крови [6]. Высокая чувствительность различных структур нижних отделов мочеполовой системы к эстрогенам обусловлена их эмбриональной общностью – влагалище, уретра, мочевого пузыря и нижняя треть мочеточников развиваются из урогенитального синуса. Эстрогенный дефицит может служить причиной атонии влагалищной стенки, дистрофии соединительной ткани урогенитального тракта и развития пролапса гениталий.

#### *Клинические проявления УГР:*

1. Преимущественное развитие атрофического вагинита (рис. 1). Симптомы атрофического вагинита:

- сухость, зуд, жжение во влагалище;
- сексуальные нарушения — диспареуния (болезненность при половом акте),
- уменьшение влагалищной чувствительности, снижение либидо и трудности в достижении оргазма;
- рецидивирующие выделения из влагалища;
- контактные кровянистые выделения;
- опущение передней и задней стенок влагалища.

2. Расстройство мочеиспускания (преобладающее развитие атрофического цистоуретрита) (рис. 2).

- поллакиурия – учащение мочеиспусканий малыми порциями без увеличения суточного объема мочи;
- никтурия – перемещение основного диуреза на ночное время;
- странгурия – затруднение мочеиспускания, сочетающееся с его учащением и болезненностью;
- недержание мочи – ургентное, стрессовое, смешанное.

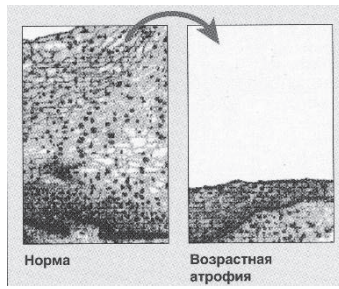
#### *Обследование при УГР:*

- клиническое обследование (измерение АД, общий анализ крови, общий анализ мочи, тест толерантности к глюкозе);
- гинекологический осмотр (осмотр в зеркалах, кольпоскопия, УЗИ органов малого таза, онкоцитологическое исследование, осмотр молочных желез);
- гормональное исследование;
- урологический осмотр.

Патогенетическое лечение УГР базируется на назначении ЗГТ в виде системной, местной и комбинированной терапии. Главный компонент ЗГТ – эстрогены. Критерии подбора ЗГТ: возраст пациентки, длительность менопаузы, перенесенные операции (гистерэктомия, овариоэктомия), наличие сопутствующих заболеваний.

#### *Варианты системной ЗГТ:*

- ✓ применение эстроген-гестагенных препаратов (Климонорм, Фемостон, Анжелик)
- ✓ монотерапия натуральными эстрогенами (Про-



**Рис. 1. Атрофический вагинит**

гинова, Дивигель).

Показания к применению местной терапии: при наличии абсолютных противопоказаний к назначению системной ЗГТ; при наличии вагинальной атрофии; при нежелании пациентки принимать системную ЗГТ; при первичном обращении пациентки к гинекологу по поводу УГР в возрасте старше 65 лет.

Эффективным, патогенетически обоснованным



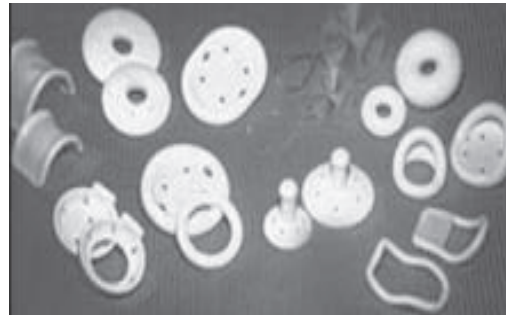
**Рис. 2. Атрофический цистоуретрит**

для местной терапии является препарат Овестин. В состав Овестина входит эстриол, который эффективно восстанавливает pH (3,5-4,5) и микрофлору влагалища, не вызывает пролиферацию эндометрия, восстанавливает нормальную структуру слизистой влагалища и мочевого пузыря и препятствует развитию инфекции и воспаления. Учитывая отсутствие побочных действий от применения Овестина, препарат назначают в поддерживающем режиме на срок более 3-6 мес.

С эстрогензависимой урогенитальной атрофией в перименопаузе и постменопаузе связана проблема недержания мочи (инконтиненция) – это непроизвольное выделение мочи, не поддающееся волевому контролю. В клинической практике встречаются три формы недержания мочи:

- ургентное (императивное) недержание мочи
- стрессовое недержание мочи
- смешанное недержание мочи (ургентное + стрессовое).

Ургентное недержание мочи – симптомокомплекс, характеризующийся наличием учащенного мочеиспускания, императивными позывами с неудержанием мочи или без него. Неудержание мочи не является обязательным условием для постановки этого диагноза, так как у 67% пациенток отмечаются только сенсорные симптомы: частые дневные (поллакиурия) и ночные (никтурия) мочеиспускания, императивные позывы – этот вариант



**Рис. 3. Пессарии Ходжа, Гельхорна и другие модификации**

симптомокомплекса получил название сухого гиперактивного мочевого пузыря (ГАМП). В случае присоединения неудержания мочи принято говорить о влажном или мокром ГАМП (33%). Для лечения ГАМП рекомендуют фармацевтические препараты, снижающие его сократительную активность и увеличивающие функциональную емкость мочевого пузыря – М-холиноблокаторы: Дриптан, Спазмолит, Детрузитол, Уротол.

Стрессовое недержание мочи (СНМ) – непроизвольные потери мочи, связанные с превышением внутрипузырного давления над максимальным уретральным в отсутствие сокращений детрузора. Возникает при кашле, смехе, чиханье, подъеме тяжестей, беге, перемене положения тела из горизонтального в вертикальное. Клиническое течение СНМ причиняет значительные страдания женщинам: приблизительно у половины пациенток – депрессия; женщины ограничивают свою физическую активность из-за неприятного запаха разлагающейся мочи; снижается качество жизни. Большинство женщин считают, что СНМ является естественным признаком старения и не существует эффективных и безопасных методов лечения.

Лечение СНМ включает медикаментозную терапию (препараты ЗГТ) и немедикаментозные методы лечения:

- упражнения для укрепления мышц тазового дна по А. Кегелю и Д. Н. Атабекову
- вагинальные пессарии (рис. 3) – специально разработанные «протезы» для лечения пролапса гениталий и связанных с ним УГР
- минимально инвазивная лазерная процедура (IncontiLase) [8] (рис. 4).

Хирургическое лечение СНМ показано при выраженных анатомических дефектах тазового дна и поддерживающих структур, сопутствующем пролапсе тазовых органов и несостоятельности мышц тазового дна и неэффективности консервативного лечения [2, 4]. «Золотым стандартом» в лечении данной патологии являются slingовые операции – TVT, TVT-Obturator. Слинг обеспечивает оптимальную уретральную поддержку, которая противодействует трансмиссии интраабдоминального давления на шейку мочевого пузыря и проксимальную уретру. Этот механизм идеально способствует смыканию уретры и

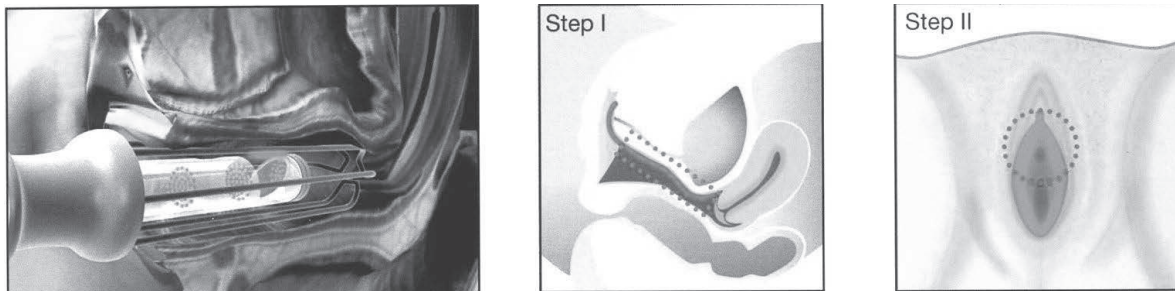


Рис. 4. Лазерная процедура для лечения стрессового недержания мочи

стабилизации пузырной шейки при физической нагрузке. Существует также малоинвазивный метод хирургического лечения СНМ – введение объемобразующего препарата с целью сужения уретры – гидрогель Булкамид (нерассасывающийся, биологически совместим с тканями организма, не вызывает аллергических реакций, не мигрирует).

## Заключение

Климактерический период – это сложный и часто длительный период в жизни женщины, который может быть отягощен развитием широкого спектра нарушений. Своевременное обращение к специалистам позволит избежать возможных серьезных осложнений, улучшить качество жизни.

## Литература

1. Анжелик: инновация в терапии пациенток с менопаузальными расстройствами // Аптека. – 2005. – № 510 (39).

2. Атлас анатомии таза и гинекологической хирургии / М. С. Багши, М. М. Каррам; [пер. с англ.]. – Лондон: Elsevier Ltd., 2009. – 1184 с.
3. Лукьянчук В. А. О гормонах без предрассудков / В. А. Лукьянчук // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2009. – № 1-2 (19). – С. 38–40.
4. Переверзев О. С. Клиническая урогинекология / Переверзев О. С. – Харьков: Факт, 2000. – 360 с.
5. Стандартизация диагностических подходов к ведению женщин с различными типами недержания мочи / И. А. Аполихина, И. С. Пбанаева, А. П. Железнякова, А. С. Саидова // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 1. – С. 67–71.
6. Татарчук Т. Ф. Негормональная терапия перименопаузальных расстройств / Т. Ф. Татарчук, О. О. Сфименко // Репродуктивное здоровье женщины. – 2008. – № 2 (36). – С. 127–130.
7. Юренева С. В. Заместительная гормонотерапия: дискредитация и реабилитация: (обзор литературы) / С. В. Юренева, В. Н. Коновалова, В. П. Сметник // Проблемы репродукции. – 2009. – № 2. – С. 73–77.
8. Fistonc I. Минимально инвазивная лазерная процедура для лечения стрессового недержания мочи на ранних стадиях (SUI) / I. Fistonc, S. Fındri-Gustek, N. Fistonc / J. LAHA. – 2012. – N 1. – P. 67–74.
9. Hacker N. F. Essentials of Obstetrics and Gynecology / N. F. Hacker, I. G. Moore. – Philadelphia, 1998. – P. 455–476.

## Климактерический период в жизни женщины

Н.М. Романенко

Статья посвящена проблеме климакса у женщин. Дана характеристика климактерических нарушений, обусловленных эстрогенной недостаточностью. Подчеркнуто, что полисимптомный характер этих нарушений требует мультидисциплинарного подхода к решению данной проблемы. Выделена роль врача гинеколога в наблюдении и лечении пациенток. Даны рекомендации по профилактике и лечению климактерических нарушений.

Ключевые слова: климакс, симптомы, урогенитальные нарушения.

## Climacteric in life of the woman

N.M. Romanenko

The menopause is natural and imminent event, which happens in life of all women without an exception and which general index is the ischomenia. It is biological process of transferring from the reproductive period in life of the woman to an old age, which characterized by gradual extinction of ovaries function and level of estrogens. Middle age of menopause coming for women of the European region – is 50-51 year. According to World Health Organization terminology: Menopause — last spontaneous menses defined retrospectively in 12 months of proof amenorrhoea; premenopause — the period to the last menses; perimenopause — the period directly previous to menopause (when its



clinical signs start to be displayed), and the first year after menopause; postmenopause — the period beginning after the last menses and proceeding till the end of life of the woman; early menopause – the ischomenia of menses in 40-45 years;

Premature menopause – the ischomenia of menses till 40 years. Almost at half of women serious flow of menopause marked, at every third its implications have moderate character. More slight and less long flow of menopause meets, as a rule, at almost healthy women, while in patients with chronic psychosomatic diseases – inclination to long flow. In this period more than 80% of women suffer from vegeto-vazomotor, urogenital, metabolic disturbances leading to appreciable decrease of quality of life. On character of implication and occurrence time climacteric disturbances subdivided into three groups:

The first group — “early” symptoms:

- vasomotor (the hot flushes, the increased sweating, headache, hypotension or hypertension, fever, tachycardia);
- emotionally-mental (sleepiness, irritability, weakness, anxiety, depression, forgetfulness, inattention, libido decrease).

The second group — “middle-temporary” symptoms:

- urogenital disorders (UGD) as consequence of genitor-urethral atrophy of the mucous;
- change of skin and its appendages.

The third group — “late” metabolic and degenerative disturbances:

- osteoporosis, cardiovascular diseases, Alzheimer’s disease, which increase of frequency after menopause offensive introduces the greatest hazard to women. Lethality from “late” metabolic disturbances reaches 20%.

The menopause concerns to borderline state of clinical medicine, therefore patients need complex examination by doctors of variety specialities. Proceeding from polysymptomatic, systemic character of climacteric disturbances the circle of the experts, called to solve this problem does not confine by doctors-gynecologists, and includes also therapists, cardiologists, endocrinologists, orthopedists-traumatologists, neuropathologists and psychiatrists, dermatologists, family doctors. At the same time, the first word in the diagnosis remains for the gynecologist as occurring symptoms are bound first of all with extinction of ovaries function. In premenopause the quantity of follicles reduces, their resistance to stimulating influence of hormones of pituitary body increases, anovular cycles become predominating over ovular. There is decrease of progesterone secretion, reduction of synthesis of estradiol, increase of levels follicle-stimulating (FSH) and luteinizing (LH) hormones. In perimenopause it is possible both pregnancy coming, and development of typical menopause disorders, fluctuation of ovaries hormones is observed. An early marker of coming menopause is increase of level FS.H. After completion of premenopause fluctuation of ovaries hormones stopped, estradiol level is stable reduced. Reduction of estradiol and globulin level binding sexual steroids, leads to augmentation of level of free testosterone. Arises, so-called, «relative hyperandrogyny», defining specific signs and climacteric symptoms – appearance of women’s “short moustaches”, metabolic disturbances.

The leading part of the doctor-gynecologist is caused by necessity of choice of a method of medical influence, appointment of a drug for replaceable hormonal therapy (RHT) and a dose regimen according to an age involution of woman’s organism. In the presence of contraindications to RHT unihormonal drugs – Abufene, Lifemine, Klimadinon, Remens, Klimaktoplan, Klimaksan can be used.