

- tion of combining antibiotics and alpha-blockers. International Prostatitis Collaborative Network. 2nd Annual Meeting. Bethesda, MD, 1999. Abstract book p. 30.
20. J.J.M.C.H. de la Rossette, H.F.M. Karthaus, Ph.E.V.A. Kerrebroeck et al. Research in «prostatitis syndromes»: the use of alfusosin (a new alpha-1 receptor blocking agent) in patients mainly presented with micturition complains of an irritative nature and confirmed urodynamic abnormalities. Eur. Urol. 1992, vol. 22, p. 222-227.
21. D.E. Neal, T.D. Moon. Use of terazosin in prostatodynia and validation of a symptom score questionnaire. Urology 1994, vol. 43, p. 460-465.
22. S.G. Weiss, T.D. Moon. a-blocker therapy. In: Textbook of prostatitis. Ed. J.C. Nickel. ISIS Medical Media. Oxford, 1999, p. 319-327.
23. D.E. Neal. Treatment of acute prostatitis. In: Textbook of prostatitis. Ed. J.C. Nickel. ISIS Medical Media. Oxford, 1999, p. 279-284.
24. R.O. Roberts, M.M. Lieber, D.G. Bostwick, C.J. Jakobsen. A review of clinical and pathological prostatitis syndromes. Urology 1997, vol. 49, p. 809-821 National Kidney and Urologic Diseases Advisory Board. Long-range plan window on the 21st century.
25. Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services, 1990. M.B. Siroky, I. Goldstein, R.J. Kraine. Functional voiding disorders in men. J. Urol. 1980, vol. 124, p. 200-204.
26. R.E. Wheeler, R.G. Selah. The frequency of chronic prostatitis in 121 consecutive men with voiding symptoms. International Prostatitis Collaborative Network. 2nd Annual Meeting. Bethesda, MD, 1999. Abstract book p. 69.
27. G.A. Barbalias. Prostatodynia or painful male urethral syndrome? Urology 1990, vol. 36, p. 146-153. T.D. Moon. Management of nonbacterial prostatitis and prostatodynia. In: Prostatic Diseases. Ed. H.
28. Lopor, W.B. Saunders Company. Philadelphia, London, Toronto, Sydney, 2000, p. 571-576. S.A. Kaplan, E.F. Ikeguchi, R.P. Santarosa et al. Etiology of voiding dysfunction in men less than 50 years of age. Urology 1996, vol. 47, p. 836-839.
29. M.S. Litwin, M. McNaughton-Collins, F.J. Fowler, et al. The National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index: development and validation of a new outcome measure. J. Urol. 1999, vol. 162, p. 369-375.
30. J.C. Nickel. Prostatitis: management strategies. Urol. Clin. N. Am. 1999, vol. 26, p. 737-751.

РОЛЬ ЭСТРОГЕННОГО ДЕФИЦИТА В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ В РАЗВИТИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Дехтярь Ю. Н., Костев Ф.И.

Клиника урологии и нефрологии Одесского государственного медицинского университета

Summary

The role of estrogen lack in the management of lower urinary tract infection in the postmenopausal women. Cystitis caused by prolonged estrogen deprivation may be grossly underreported. The association between urinary disorders, urinary incontinence and urinary tract infections was assessed in an epidemiological study.

Цистит относится к наиболее часто встречающимся заболеваниям мочевых путей, интерес к которому особый в связи с его ролью в патогенезе несостоятельности уретерovesикальных соустьей, пузырно-мочеточникового рефлюкса и как следствие восходящего инфицирования почек (В. М. Державин и соавт., 1984 г.). Инфицирование мочевого пузыря следует рассматривать как предпосылку к воспалению. Последнее развивается на почве функциональных нарушений мочевого пузыря и несостоятельности защитных факторов слизистой оболочки (2, 3). С этих позиций особое внимание заслуживает хронического воспаления мочевого пузыря у женщин в постменопаузе. Атрофические изменения слизистой оболочки нижних мочевых путей вследствие возрастного снижения эстрогенов, также могут поддерживать воспаление и способствовать хронизации процесса (1). Целью нашего исследования было изучение влияния

эстрогенного дефицита на возникновение инфекционно – воспалительных заболеваний нижних мочевых путей у женщин в постменопаузальной периоде.

Анализ был проведен в двух группах на основании клинико-анамнестических данных в сопоставлении с результатами дополнительных методов исследования (лабораторного, бактериологического, уродинамического, инструментального, рентгенологического, морфологического). Первую группу составили женщины с климактерическими расстройствами, находящиеся под наблюдением в женских консультациях (n=214), в возрасте от 39 до 68 лет (средний возраст 51,8±5,5 года), вторую – подопечные гериатрического дома – интерната (n = 112), средний возраст 67,6±4,5 года (от 54 до 82 лет). По клинико-анамнестическим данным 62 (27%) женщины в первой группе и 59 (53%) во второй перманентно испытывали различные дизурические проявления УГР в климаксе. За последние 24 месяца острый цистит перенесли 39 (15 и 24) больных, хронический цистит выявлен у 93 (37 и 56). Персистирующая мочевая инфекция при бактериологическом исследовании выявлена у 13 (6%) и у 24 (21%) соответственно. Микрофлора преимущественно кокковая, в преобладающем большинстве случаев – энтеробактерии (56%). Среди 93 больных хроническим циститом мы наблюдали стабильно-латентный цистит - у 9 больных (отсутствовали жалобы, лабораторные и бактериологические данные, в то время как эндоскопически выявлялся цистит той или иной распространенности), латентный хронический цистит с редкими обострениями — у 22 больных (активизация воспаления по типу острого, не чаще 1 раза за год), латентный хронический цистит с частыми обострениями — 25 больных (частота обострения — 2 раза и более за год) и у 37 собственно хронический цистит (персистирующая симптоматика, положительные лабораторные и эндоскопические данные при отсутствии необратимого нарушения резервуарной функции мочевого пузыря). Начало хронического цистита в перименопаузе отметили 9 (11%) пациенток, 56 (68%) – в физиологической менопаузе и 18 (21%) – в постоперационной менопаузе.

Из дизурических симптомов наиболее часто отмечалось: учащенное мочеиспускание; ночные мочеиспускания, нарушающие режим сна; императивные позывы; недержание мочи; произвольные ночные мочеиспускания во время сна; чувство неполного опорожнения мочевого пузыря; затрудненное мочеиспускание (таблица № 1).

Алгический синдром отмечен у 29 (32%) больных хроническим циститом, при этом у 9 (10%) являлся единственной жалобой - проявлялся учащенным, болезненным мочеиспусканием, чувством жжения, часто с ощущением боли над лонном и в парауретральной зоне, режями в уретре.

Степень выраженности поллакиурии варьировала существенно, от минимальной, когда диагностировалась только по результатам регистрации ритма мочеиспусканий, до предельно максимальной. В последнем случае позывы носили императивный характер с небольшими интервалами, число мочеиспусканий исчислялось десятками.

Таблица № 1

Частота дизурических симптомов и инконтиненции у женщин с климактерическим синдромом (1 группа) и в популяции пожилых женщин (2 группа)

Симптомы	1 группа (n=214)	2 группа (n=112)
Учащенное мочеиспускание	24%	46%
Учащенное мочеиспускание в ночное время	29%	53%
Императивные позывы	9%	27%
Недержание мочи	10%	33%
Недержание мочи во время ночного сна	0,9%	5%
Затрудненное мочеиспускание	7%	12%
Бактериурия	8%	21%

Одним из первых и ведущих симптомов была ночная поллакиурия, что обусловлено, как сниженным эффективным объемом мочевого пузыря, вследствие атрофических изменений уретерия, так и увеличением «ночного» диуреза (по нашим наблюдениям, при климактерическом синдроме, до 70% суточного количества мочи выделяется ночью, что оказывает существенное влияние на клинику расстройств мочеиспускания).

Симптомы недержания мочи, проявляющиеся единичными эпизодами или носящие регулярный характер отмечали 21 женщина в первой группе и 37 во второй. Из числа страдающих недержанием мочи у 19 (34%) диагностировано ургентное недержание, у 25 (44%) стрессовое и у 14 (22%) комбинированная форма (ургентное в сочетании со стрессовым). При этом анатомические изменения (пролапс тазовых органов) одинаково часто обнаруживались, как у удерживающих, так и не удерживающих мочу женщин. Более того, женщины с цистоцеле 3–4 степени испытывали затрудненное мочеиспускание, что отражалось на показателях урофлоуметрии.

Важное значение в развитии мочевого инфекции, в современной литературе придается функциональным нарушениям мочевого пузыря (2, 3). Одновременное развитие атрофических процессов, связанных с прогрессирующим эстрогенным дефицитом в мышцах, слизистой оболочке, сосудистых сплетениях влагалища, мочевого пузыря и уретры, а также мышцах и связочном аппарате малого таза обуславливает частое сочетание симптомов цистоуретрита и женской инконтиненции. Возникновение симптомов расстройств мочеиспускания объясняют повышенной чувствительностью атрофичной слизистой оболочки уретры и мочепузырного треугольника к попаданию даже минимальных порций мочи (3).

Исследование влияния эстрогенного дефицита на качество мочеиспускания проводили в трех группах (таблица №2). Первую (контрольную) группу (n=30) составили соматически здоровые женщины детородного возраста, вторую (n=32)- женщины в постменопаузе, не предъявлявшие жалобы на расстройство акта мочеиспускания, третью (n - 64) - больные рецидивирующим и хроническим циститом в климактерии. Средний возраст пациенток в третьей группе составил $59,2 \pm 7,5$ года (45 - 75 лет), длительность постменопаузы — $9,4 \pm 5,5$ года (3 - 23 лет). Оценка состояния мочеиспускания проводилась путем регистрации ритма мочеиспусканий в течение 2—3 дней в привычных (домашних) условиях. Для исключения влияния воспалительного процесса на формирование расстройств акта мочеиспускания в 3 группе, исследование проводилось в период ремиссии.

Таблица № 4

Характеристика ритма и эффективности мочеиспускания в основных и контрольной группах

Показатели	1 группа (n=30)	2 группа (n=32)	3 группа (n=64)
Поллакиурия	$5,2 \pm 1,1$	$8,1 \pm 1,3$	$10,2 \pm 1,9$
Ночная поллакиурия	0,4	$1,6 \pm 0,4$	$2,7 \pm 0,7$
Средний эффективный V мочевого пузыря, мл	$230,0 \pm 20,0$	$187,5 \pm 37,5$	$136,3 \pm 39,0$
Остаточная моча, мл	5,0	$22,0 \pm 8,0$	$41,2 \pm 12,0$

При сравнении полученных данных с контрольными, во второй группе у 18 (56%) женщин определялась истинная поллакиурия ($9,7 \pm 1,3$) и никтурия (1,6), снижение среднего эффективного объема мочевого пузыря на $36\% \pm 3\%$, у 5 (15%) женщин - редкое мочеиспускание (до 5 раз в сутки) и увеличение среднего эффективного объема мочевого пузыря на $27\% \pm 5\%$. В третьей группе у 52 (81%) больных выявлена истинная поллакиурия ($12 \pm 2,5$) и никтурия ($3 \pm 1,5$), снижение среднего эффективного объема мочевого пузыря на $48\% \pm 8\%$, 27 (42%) пациенток испытывали императивные позывы к мочеиспусканию. У 6 (9%) больных определялось редкое мочеиспускание при увеличении среднего эффективного объема мочевого пузыря на $74\% \pm 12\%$. Таким образом, полученные данные подтверждают роль эстрогенного дефицита в генезе расстройств акта мочеиспускания в постменопаузальном периоде, и позволяют определить мочевую инфекцию как вторичное проявление атрофических процессов в структурах урогенитального тракта.

Симптомы атрофического цистоуретрита с нарушением контроля над мочеиспусканием и без него резко снижают качество жизни (1). Проведенный нами анализ влияния симптомов хронического цистоуретрита при УГР в климактерии на качество повседневной жизни (оценивали интенсивность каждого из симптомов по шкале D.H.Barlow и соавт. (4), в которой 1 баллу соответствуют минимальные проявления симптомов, а 5 баллам — максимальные проявления, отрицательно влияющие на повседневную жизнь) позволяют расположить симптомы УГР в климактерии, по мере наибольшего влияния на качество жизни, в следующем порядке: ургентная инконтиненция, императивные позывы к мочеиспусканию, стрессовая инконтиненция, ночная поллакиурия.

Таким образом, проведенные нами исследования подтвердили высокую частоту УГР в постме-

нопаузе (1). Наблюдаемые при хроническом цистите у женщин в постменопаузе расстройства акта мочеиспускания связаны с атрофическими процессами в структурах уrogenитального тракта и позволяют определить мочевою инфекцию как вторичное проявление эстрогенного дефицита.

Литература

1. Балан В.Е., Елисеева Н.А. Гормональная терапия климактерических расстройств. М., 1994.- С. 17-19.
2. Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии-2-е изд.-М.: Медицина.
3. Лопаткин Н.А. Руководство по урологии.-М.: Медицина 1998
3. Barlow D.H., Samsioe G., Geelen M.S. // Maturitas.-1997.-Vol.27.-P. 772-780.
4. Koninckx P.R., Lauweryns J.A., Cornillie F.J. // A New approach in the Treatment of climacteric disorders. - Berlin; New York, 1992.- P.37-53.
5. Raz S. M. D. Female urology. - 1996. - P. 185-187.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЭКСО (ФИТОЭСТРОГЕН) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЦИСТОУРЕТРИТА ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ РАСТРОЙСТВАХ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Дехтярь Ю. Н., Костев Ф.И.

Клиника урологии и нефрологии

Одесского государственного медицинского университета

Summary

Application of a preparation EKSO (phyto-oestrogen) for treatment chronic cystitis (C C) at urogenital disorders in postmenopausal patient. Comparing the objective data (the daytime frequency, the nocturia, the mean voided volume) with the doctor's and patient's subjective of the quality of treatment, we revealed a distinct positive effect of using EKSO for treatment chronic cystitis at urogenital disorders in postmenopause.

Атрофический цистоуретрит - одно из наиболее распространенных заболеваний женщин пожилого возраста. По эпидемиологическим данным частота урогенитальных расстройств (УГР) у женщин в возрасте 50—55 лет достигает 50% (1). Урогенитальные нарушения по характеру проявления и времени возникновения принято относить к средневременным климактерическим расстройствам (1, 4). По данным ряда исследователей, большинство женщин старше 50 лет имеют те или иные симптомы, обусловленные атрофическим цистоуретритом. Частота их увеличивается с возрастом и после 75 лет превышает 80% что связано с прогрессированием возрастных атрофических изменений в связи с эстрогенным дефицитом в климактерии (1).

Таким образом, диагностика и лечение урогенитальных расстройств у женщин в постменопаузе относятся к актуальным проблемам современной медицины, что обусловлено, прежде всего высокой частотой урогенитальных расстройств (до 73%) (1, 4, 5). В настоящее время для лечения урогенитальных нарушений достаточно широко используется заместительная гормональная терапия, которая имеет ряд нежелательных побочных эффектов. Кроме того, сохраняется отрицательное отношение к заместительной гормональной терапии у подавляющего большинства врачей и больных (1). Также существует группа больных, которым, в силу различных причин, противопоказано ЗГТ, в ряде случаев влекущая за собой опасные для жизни осложнения. Что делает актуальным поиск других эффективных лекарственных средств.

Использование фитоэстрогенных препаратов в качестве самостоятельных средств лечения и в комплексе с заместительной гормональной терапией открывает новые перспективы в лечении урогенитальных проявлений климактерического синдрома. Так известно о положительном влиянии флавоноидов на эпителий стенки влагалища и мочевых путей.

Цель исследования

Состояла в изучении эффективности нового отечественного фитоэстрогенного препарата ЭКСО при атрофическом цистоуретрите. Препарат разработан НПА «Одесская биотехнология» и представляет собою комплекс биологически активных веществ из бобов сои. В его составе витамины, макро - и микроэлементы, водорастворимые белки, аминокислоты, ингибитор трипсина, изофлавоны (генистеин и даидзеин). С последними и связывают эстрогенные,