

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой: ДМН, Профессор Цхай В.Б.

Реферат

на тему: «Генито-уринальный менопаузальный синдром»

Выполнила: Клинический ординатор
кафедры перинатологии,
акушерства и гинекологии

Михайлова Н.С.

Проверил: Ассистент Коновалов В.Н.

г. Красноярск 2022г.

Рецензия на реферат

По теме: Генито-уринальный менопаузальный синдром.

Ординатором 2 -го года обучения

Кафедра: перинатологии акушерства и гинекологии.

ФИО: Михайлова Надежда Сергеевна

Реферат выполнен на 13 страницах, в структуре реферата имеется: титульный лист, оглавление, содержательная часть, используемая литература.

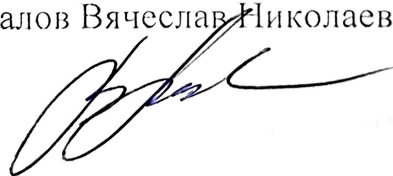
Актуальность темы не вызывает сомнений, одной из актуальных проблем в гинекологии, резко снижающей качество жизни у женщин в климактерии, является генито-уринальный синдром. В отличие от вазомоторных симптомов, которые проходят со временем, данные симптомы, как правило, возникают в перименопаузе и прогрессируют в постменопаузальном периоде, приводя к функциональным и анатомическим изменениям. Лечение данной категории пациенток представляет собой сложную, длительную и трудоемкую задачу.

Содержание реферата в полной мере отражает значимость и актуальность темы.

При написании реферата использовались современные источники литературы не старше пяти лет.

Реферат принят и оценен на 5/отлично

Руководитель клинической ординатуры: Коновалов Вячеслав Николаевич



Оглавление

Введение:.....	2
Генитоуринарный менопаузальный синдром (ГУМС)	2
Этиология и патогенез:.....	3
Клиническая картина:	4
Диагностика:	6
Лечение:.....	7
Профилактика	11
Список литературы:	12

Введение:

Период менопаузы характеризуется постепенным снижением, а затем и «выключением» функции яичников. Развившееся в результате этого состояние гипергонадотропного гипогонадизма характеризуется изменением функции лимбической системы, нарушением секреции нейрогормонов, развитием инволютивных и атрофических процессов в репродуктивных и нерепродуктивных органах-мишенях. Несмотря на универсальность эндокринных сдвигов в ходе репродуктивного старения, у разных женщин отдельные стадии этого процесса могут отличаться по своей продолжительности и сопровождаться различными специфическими симптомами.

Большинство симптомов менопаузы непосредственно связаны с дефицитом эстрогенов, как основных гормонов, вырабатываемых в фолликулах яичников.

Все структуры мочеполового тракта являются эстроген-зависимыми, поэтому в ответ на снижение уровня половых стероидов в слизистой влагалища, вульвы, мочевого тракта, соединительной ткани и мышцах малого таза развиваются ишемия и атрофические изменения. Вследствие этого развиваются симптомы сухости, зуда, дискомфорта и иногда болезненных ощущений во влагалище, происходит резкое защелачивание влагалищной среды, могут возникать дисбиотические процессы в мочеполовом тракте и различные нарушения мочеиспускания, формирующие ГУМС

Генитоуринарный менопаузальный синдром (ГУМС) — симптомокомплекс, ассоциированный со снижением эстрогенов и других половых стероидов, включающий в себя изменения, возникающие в наружных половых органах, промежности, влагалище, уретре и мочевом пузыре.

Этиология и патогенез:

Есть 4 основных слоя клеток: базальный, парабазальный (активно делится), промежуточный (содержит гликоген) и поверхностный (слизистый).

Эстрогеновые рецепторы в основном располагаются в базальном и парабазальном слоях, так что при дефиците половых стероидов клетки этих слоев практически не делятся. Митотическая активность базального и парабазального слоев эпителия влагалищной стенки блокируется при дефиците половых стероидов. Следствием прекращения пролиферативных процессов во влагалищном эпителии является истончение гликогена, который является питательной средой для лактобактерий, изменение микрофлоры и усиленный рост патогенных бактерий; прекращение деления клеток парабазального слоя приводит к истончению слизистой оболочки, что вызывает специфические симптомы атрофии.

Перекись-продуцирующие лактобациллы, преобладающие в микробиоценозе влагалища у женщин репродуктивного возраста, играют ключевую роль в предотвращении появления заболеваний урогенитального тракта. Вследствие расщепления гликогена, который образуется в эпителии влагалища при условии наличия достаточного количества эстрогенов, образуется молочная кислота, обеспечивающая кислую среду влагалища (рН от 3,8 до 4,4). Подобный защитный механизм приводит к подавлению роста патогенных и условно-патогенных бактерий. В период постменопаузы слизистая оболочка влагалища утрачивает эти защитные свойства, истончается, легко травмируется и в последующем инфицируется не только патогенными, но и условно-патогенными микроорганизмами.

Физические признаки атрофии слизистой оболочки вульвы и влагалища включают истончение эпителия, уменьшение складчатости влагалища, побледнение, наличие петехиальных кровоизлияний, признаков воспаления. Происходят потеря упругости тканей, подкожной жировой клетчатки и выпадение лобковых волос, снижается секреторная активность бартолиновых желез.

Ввиду единого эмбрионального происхождения структур мочевой и половой систем, а также наличия рецепторов к половым стероидам во всех структурах урогенитального тракта патологические изменения в пери- и постменопаузе развиваются в уретре, мочевом пузыре, мышцах и связках малого таза, что выражается в возникновении недержания мочи в покое

и при напряжении, частых, болезненных мочеиспусканий и рецидивирующих инфекций мочевыводящих путей.

Клиническая картина:

У 15% женщин в перименопаузе и до 70% женщин в постменопаузе отмечаются характерные симптомы: сухость влагалища (27—55%), жжение и зуд (18%), диспареуния (33—41%), а также повышается частота инфекционных заболеваний органов малого таза 6—8%.

Так же к симптомам ГУМС относятся: кровоточивость вагинальной слизистой оболочки, посткоитальные кровянистые выделения, снижение либидо, расстройства мочеиспускания, недержание мочи, гиперреактивный мочевого пузырь.

Эти изменения вызывают не только дискомфорт, но и негативно влияют на качество жизни, сексуальную активность, самовосприятие и повседневную жизнедеятельность.

Урогенитальные инфекции чаще встречаются у женщин старше 65 лет.

10-15% женщин страдают от повторных эпизодов рецидивирующей мочевой инфекции нижних отделов мочевых путей (вагинита, вульвита, цервицита, уретрита, цистита и др.).

Гипоэстрогения становится также причиной недержания мочи в постменопаузе (расстройством мочеиспускания страдают до 40% женщин 35-75 лет, и лишь 4% из них обращаются за медицинской помощью).

Симптомы:

Вульва:

— повышенная чувствительность к химическим и физическим раздражителям, механическим повреждениям и инфекциям;

— зуд;

— отек и болезненные ощущение (вульводиния).

Влагалище:

— сухость и недостаточное увлажнение;

— диспареуния (боль и/или дискомфорт при половом акте);

- ощущение жжения и зуда;
- замедленное заживление механических повреждений и послеоперационных ран;
- рецидивирующие вагинальные выделения;
- кровоточивость вагинальной слизистой оболочки;
- посткоитальные кровяные выделения;
- снижение либидо, оргазма.

Мочевой пузырь и уретра:

- поллакиурия (частые мочеиспускания — более 8 раз в день);
- ноктурия (любое пробуждение ночью для мочеиспускания без преобладания ночного диуреза над дневным); никтурия — преобладание ночного диуреза над дневным;
- цисталгия (частые болезненные мочеиспускания без объективных признаков поражения мочевого пузыря);
- стрессовое (при напряжении) недержание мочи — непроизвольная утечка мочи при чихании, кашле, смехе, сморкании, поднятии тяжести или физической нагрузке;
- ургентное недержание мочи — непроизвольная потеря мочи, возникающая сразу после внезапного резкого позыва к мочеиспусканию;
- смешанная форма недержания мочи — непроизвольные потери мочи при сильном позыве в сочетании с недержанием мочи при физической нагрузке;
- рецидивирующие инфекции мочевых путей;
- гиперактивный мочевой пузырь — это синдром, который характеризуется частыми неотложными позывами к мочеиспусканию в отсутствие инфекции или другого заболевания мочеполовой сферы с ургентным недержанием мочи или без него.

Диагностика:

1) Жалобы и анамнез

При опросе пациентки обращать внимание на наличие следующих жалоб и признаков для диагностики:

-зуд, жжение, сухость во влагалище, диспареуния, дизурия;

2) Физикальное обследование:

Всем пациенткам проведение визуального осмотра наружных половых органов и бимануального влагалищного исследования для диагностики патологии вульвы, влагалища, шейки матки и органов малого таза.

Для пациенток характерны признаки атрофии слизистой оболочки вульвы и влагалища, истончение эпителия, уменьшение складчатости влагалища, побледнение, наличие петехиальных кровоизлияний, признаков воспаления.

3) Лабораторные и инструментальные исследования

Инструментально-лабораторная диагностика включает:

- определение вагинального pH (более 5,0);
- определение индекса созревания (ИС) вагинального эпителия (появление базальных, парабазальных клеток): (Норма — 65% и более поверхностных клеток).
- мазок по Папаниколау (РАР-тест);
- микробиологическое исследование вагинального содержимого: снижение титра или элиминация лактобацилл, умеренное повышение титра УПМ;
- микробиоценоз влагалища при исследовании методом полимеразной цепной реакции в реальном времени (ПЦР-РВ) — преобладание УПМ, преимущественно анаэробной микрофлоры, снижение количества лактобактерий;
- кольпоскопия: истончение слизистой оболочки влагалища с неравномерной слабой окраской раствором Люголя, обширная капиллярная сеть в подслизистом слое;
- УЗИ органов малого таза;

При наличии нарушений мочеиспускания необходимо проводить оценку:

- дневников мочеиспускания (частоту дневных и ночных мочеиспусканий, потерь мочи при напряжении и/или при неотложных позывах на мочеиспускание);
- функциональных проб (Вальсальвы и кашлевой);
- результатов комплексного уродинамического исследования (физиологического и максимального объема мочевого пузыря, максимальной скорости потока мочи, максимального уретрального сопротивления, индекса уретрального сопротивления, наличия или отсутствия внезапных подъемов уретрального и/или детрузорного давления, наличия остаточной мочи).

Лечение:

Целью терапии становятся восполнение дефицита эстрогенов, нормализация уровня рН, стимуляция синтеза коллагена, восполнение дефицита лактофлоры, улучшение кровоснабжения и увлажнения СО, стимуляция роста мышечной массы, профилактика пролапса и недержания мочи. С позиции доказательной медицины обоснована локальная эстрогенотерапия. Важно, что системная МГТ не купирует симптомы недержания мочи, тогда как препараты антимускаринового действия в комбинации с локальными эстрогенами являются первой линией фармакотерапии у женщин в постменопаузе с симптомами гиперактивного мочевого пузыря.

В настоящее время для коррекции и лечения урогенитальных расстройств используют препараты, содержащие эстриол – натуральный эстроген, синтезируемый в организме человека, обладающий избирательным воздействием на состояние мочепоолового тракта при гормонозависимых патологиях. При применении эстриола перорально его максимум в плазме крови регистрируется через 1–2 часа, затем он быстро элиминируется. Предпочтение локальной эстрогенной терапии обусловлено особенностями эстриола. Подтверждено, что ткани, чувствительные к эстриолу, в основном представлены в нижних отделах урогенитального тракта. Лечение препаратами эстриола способствует восстановлению физиологии урогенитального тракта: влагилицного эпителия, элементов соединительной ткани коллагена и эластина. При лечении изолированных симптомов атрофического цисто-уретрита препаратами выбора являются средства, не обладающие системным эстрогенным действием. Установлено, что для пролиферации эндометрия необходима длительная связь его рецепторов с

эстрогеном, порядка 8–10 часов, а эстриол взаимодействует с чувствительными к нему структурами не более чем 2–4 часа, абсорбция его практически моментальна. Такого минимального воздействия недостаточно для стимуляции развития эндометрия, но вполне достаточно для эффективного воздействия в отношении симптомов урогенитальной атрофии

В качестве средств первой линии для решения проблем, связанных с атрофическими изменениями слизистой оболочки влагалища и облегчения вышеуказанных симптомов, также рекомендуют препараты, содержащие натуральные эстрогены. Данные медикаменты по-прежнему остаются в числе немногих оригинальных средств в линейке менопаузальной терапии, выпускаются во многих лекарственных формах: в виде таблеток – Прогинова, Овестин, свечей – Овипол Клио, Эстрокад, Овестин, и крема – Овестин. В силу своих составляющих характеристик используются мультимодально: как системно, так и местно.

Эстриолсодержащие препараты обладают множеством положительных эффектов: избирательно действуют на урогенитальный тракт, восстанавливают нормальную микрофлору и физиологию pH влагалищного содержимого, улучшают пролиферацию слизистой оболочки наружных половых органов, уменьшают вероятность возникновения инфекций мочеполовой системы, предотвращают явления мочевого инконтиненции.

Однако есть категории пациенток, которым назначение локальной гормональной терапии противопоказано. И в первую очередь к ним относятся женщины с эстроген-зависимыми онкологическими заболеваниями органов репродуктивной системы в анамнезе.

Комбинированная гормональная терапия назначается при выраженной атрофии, на фоне проводимой системной заместительной гормональной терапии, рекомендуется в первые месяцы применения системного заместительного гормонального лечения.

При средней тяжести проявлений урогенитальных расстройств рекомендуется ежедневный приём препарата эстрогена локально, в составе менопаузальной гормональной терапии в течение 2–3 недель, с переходом на поддерживающую терапию 2 раза в неделю.

В случае тяжёлой степени симптомов генитоуринарного синдрома к менопаузальной гормональной терапии после консультирования урологом добавляют медикаменты, увеличивающие тонус мышечной стенки мочевого

пузыря: Уротол, Дриптан. При этом оправданно сочетание местной и системной менопаузальной гормональной терапии до 6 месяцев, с решением вопроса о типе пролонгируемой терапии.

Гормональные препараты при локальной терапии генитоуринального менопаузального синдрома, зарегистрированные в России:

Название препараты	Состав	Форма выпуска
Овестин	Эстриол 1,0 мг в 1 г	Крем вагинальный
Овестин	Эстриол 0,5 мг	Свечи
Триожиналь	Лиофилизированная культура лактобактерий – 341 мг; эстриол – 0,2 мг, прогестерон – 2,0 мг	Капсулы
Гонофлор Э	Эстриол 0,03 мг, ацидофильные бактерии	Таблетки вагинальные
Овипол-клио	Эстриол 0,5 мг	Свечи

Негормональная терапия

Название препарата	Состав	Форма выпуска
Муважель	Гиалуроновая кислота 0,1%, экстракты мальвы и ромашки, растительные фосфолипиды сои и красного клевера	Гель (4/8 одноразовых дозаторов по 5 мл)
Монтавит-гель	Водоразтворимый гель на основе гидроксиэтилцеллюлозы	Гель (туба 20/50 г)
Визигил	Водная основа, витамин Е, алоэ, экстракт ромашки	Гель
Лактагель	Кислота молочная, гликоген, пропиленгликоль, гидроксипропилметилцеллюлоза, натрия лактат, вода, рН 3,8	Гель (7 тюбиков по 5 мл)

Лечение нарушений мочеиспускания

Консервативное лечение стрессового недержания мочи показано при легкой степени заболевания (тренировка мышц тазового дна).

При среднетяжелой и тяжелой формах – оперативное лечение (периуретральное введение объемообразующих веществ, слинговые операции).

Лечение гиперактивного мочевого пузыря

Медикаментозное лечение является основополагающей в лечении императивных нарушений мочеиспускания. Препаратами первой линии являются антагонисты мускариновых рецепторов: толтеродин, оксибутинина хлорид, тропсия хлорид, солифенацин.

Перечисленные препараты снижают тонус гладкой мускулатуры мочевого пузыря (детрузора) как за счет антихолинергического эффекта, так и в следствие прямого миотропного антиспастического влияния.

Профилактика

Профилактика генитоуринального синдрома включает следующее:

- Сохранение регулярной половой жизни в пре- и постменопаузе. Это связано с тем, что половой акт улучшает микроциркуляцию крови во влагалище, семенная жидкость содержит половые стероиды, простагландины и незаменимые жирные кислоты, оказывающие благоприятное влияние на слизистую оболочку влагалища;
- Соблюдение определенных принципов личной гигиены: применение бесщелочных моющих средств и гелей, содержащих лактобациллы;
- Тренировка мышц тазового дна, использование аппаратов биологической обратной связи и электростимуляции мышц тазового дна;
- Отказ от курения;
- Снижение массы тела.

Список литературы:

- 1) Лалаян Р.С., Петров Ю.А. Гениоуринальный синдром и его медикаментозная коррекция – 2017.
- 2) Учебник «Гинекология. Национальное руководство» под ред. Г.М. Савельева, Г.Т. Сухих, В.Н. Серов, В.Е. Радзинский, И.Б. Манухин: – «ГЭОТАР-Медиа», 2020.
- 3) Журнал «Акушерство и гинекология», том 8, №2, 2020 г., Ермакова Е.И. «Ведение пациенток с генитоуринарным менопаузальным синдромом и эстроген-зависимыми онкозаболеваниями репродуктивной системы в анамнезе».
- 4) Журнал «Гинекология», том 20, №5, 2018 г., Прилепская В.Н. статья «Генитоуринальный менопаузальный синдром - междисциплинарная проблема».
- 5) Журнал «Медицинский альманах» №3 2020 г., Г.О. Гречканев, Т.М. Мотовилова, К.М. Клементе, Н.Н., статья «Патогенез и патогенетическое лечение менопаузального генитоуринарного синдрома (обзор литературы)».