

За результатами обстеження двох груп вагітних: в умовах фізіологічного перебігу вагітності (n=16) і вагітних із хронічним пієлонефритом (n=12) у третьому триместрі, встановлено, що швидкість кліренсу антипірину при хронічному пієлонефриті зростає. Показано також, що динаміка антипірину в слині вагітних із хронічним пієлонефритом корелює з показниками функції нирок.

Ключові слова: антипірин, вагітні, функція нирок, хронічний пієлонефрит.

According to the inspection results of two groups of pregnant: in conditions of physiological course of pregnancy (n=16) and of pregnant with chronic pyelonephritis (n=12) in third trimester it is established that the speed of antipirine clearance in chronic pyelonephritis increases. It is shown that the antipirine dynamics in the saliva of pregnant with chronic pyelonephritis correlates with kidney function indexes.

Key words: antipirine, pregnant, kidney function, chronic pyelonephritis.

УДК 616.62-002:618.164-002:618.173

Ю. М. Дехтяр

ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕЗУ АТРОФІЧНОГО ЦИСТОУРЕТРИТУ ПРИ УРОГЕНІТАЛЬНИХ РОЗЛАДАХ У ПОСТМЕНОПАУЗИ

Одеський державний медичний університет

У період, що передує менопаузі, і після її настання в 42 % жінок виникають клімактеричні симптоми, причиною яких є зниження продукції естрогенів [1; 3]. У зв'язку з естрогенним дефіцитом у клімактерії в жінок з'являються не тільки вазомоторні порушення й емоційно-психологічний дискомфорт, характерні для перименопаузи, але й атрофічні зміни в урогенітальній системі: атрофічний вагініт, цистоуретрит, порушення контролю над сечовипусканням [1; 3]. Частота урогенітальних розладів (УГР) у жінок віком 50–55 років, за даними різних авторів, сягає 50 % [1; 3]. Варто відмітити, що це неповні дані, оскільки багато жінок замовчують проблеми, пов'язані з урогенітальною атрофією, вважаючи їх невід'ємною частиною старіння.

Стойкий рецидивний перебіг, різноманітність клінічних проявів, часте поєднання хронічного циститу в жінок у пост-

менопаузі з втратою контролю над сечовипусканням, інколи резистентність до традиційних методів лікування нерідко викликають певні труднощі при обстеженні та лікуванні цих хворих, потребують застосування арсеналу урологічних діагностичних методів [2]. Існує низка принципів особливостей етіології, патогенезу і перебігу циститу в жінок похилого віку, що пояснюється анатомо-функціональними особливостями сечостатевої системи, а також особливостями антибактеріальних захисних механізмів нижніх сечових шляхів у цій віковій групі хворих [1].

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей формування розладів акту сечовипускання і виникнення інфекційно-запальних захворювань нижніх сечових шляхів у жінок у постменопаузальному періоді.

Дослідження впливу естрогенного дефіциту на виникнення дисфункцій сечового міху-

ра в жінок у постменопаузальному періоді було проведено у двох групах на підставі клініко-анамнестичних даних порівняно з результатами додаткових методів дослідження (лабораторного, бактеріологічного, уродинамічного, інструментального, рентгенологічного, морфологічного). Першу групу становили жінки з клімактеричними розладами, що перебувають під наглядом у жіночих консультаціях (n=214), віком від 39 до 68 років (середній вік — 51,8±5,5), другу — підопічні геріатричного будинку-інтернату від 54 до 82 років (n=112), середній вік — 67,6±4,5. За клініко-анамнестичними даними, 62 (27 %) жінки в першій групі та 59 (53 %) у другій перманентно відчували різні дизуричні прояви УГР у клімактерії. Персистуючу сечову інфекцію при бактеріологічному дослідженні виявлено в 13 (6 %) і 24 (21 %) відповідно. За останні 24 міс гострий цистит перенесли 39 (15 і 24)

хворих. Мікрофлора переважно кокова, у більшості випадків — ентеробактерії (34 %). У хворих із розладами акту сечовипускання виявляли лейкоцитурію: постійно — у 39 (42 %), при загостренні — у 42 (45 %), лейкоцитурії не було в 12 (13 %) хворих.

Атрофічні зміни в структурах уrogenітального тракту є характерною ознакою менопаузи, тому в цей період інфекційні захворювання виникають частіше, ніж у репродуктивному віці. Для виявлення тяжкості атрофічних процесів у структурах уrogenітального тракту в жінок із розладами акту сечовипускання в постменопаузі використовували цитологічні методи дослідження вагінальних, уретральних мазків, осаду сечі: визначення показників зрілості епітелію, рН піхвового вмісту, вивчення вагінального мікроценозу.

Відомо, що дані вагінальної цитології та показники рН вагінального вмісту залежать від тривалості постменопаузи [1]. Нами встановлено зв'язок між значеннями зрілості уретрального і сечоміхурового епітелію та тривалістю постменопаузи (табл. 1). Зі збільшенням тривалості постменопаузи зростають атрофічні зміни епітелію, про що свідчать результати цитологічних досліджень. Так, значення зрілості епітелію сечового міхура знижується із 75 балів у пременопаузі до 51 бала в постменопаузі тривалістю більше 5 років. Більш виражених змін зазнає уретральний епітелій — 60 і 32 бали відповідно.

Проведені дослідження виявили особливості інфекційно-запального процесу в сечовому міхурі залежно від тривалості менопаузи. Серед жінок, які страждали на розлади акту сечовипускання, з тривалістю постменопаузи до 5 років, у 16 (61,1 %) хворих, незважаючи на виражені клінічні симпто-

ми, були відсутні лабораторні (лейкоцитурії не було в 9 хворих, у решти виявляли лейкоцитурію до 15 в полі зору) і бактеріологічні дані, тимчасом як ендоскопічно виявлявся атрофічний цистоуретрит. У 9 (33 %) хворих мікробіологічною особливістю була відсутність масивної колонізації умовно-патогенними мікроорганізмами, спостерігалися низький ступінь бактеріурії однорідної мікрофлори, представленої грам-позитивними коками (мікробне число до 10^4) і помірна запальна реакція (до 15 лейкоцитів у полі зору). У 2 (6 %) жінок хронічний цистит характеризувався персистуючою симптоматикою, вираженою запальною реакцією, позитивними бактеріологічними даними, критичним або високим ступенем бактеріурії (мікробне число 10^5 і більше).

При тривалості постменопаузи 6–10 років у 20 (55 %) хворих на УГР у клімактерії переважали симптоми розладу сечовипускання: були відсутні лабораторне і бактеріологічне

підтвердження інфекційно-запального процесу (ступінь бактеріурії дорівнював 10^3 — у 4 випадках, 10^4 — у 2 випадках, у 14 хворих посів сечі був стерильним). У 12 (35 %) випадках — латентний цистит, у 6 (15 %) — власне хронічний цистит. При цьому склад мікрофлори зазнав певних змін: відмічалось переважання так званої «фекальної» мікрофлори і зростання титру умовно-патогенних мікроорганізмів.

При тривалості постменопаузи більше 10 років спостерігалось подальше підвищення частоти виявлення клінічно значущої бактеріурії (табл. 2) до 47 % (14 хворих): низький ступінь бактеріурії (мікробне число від $2 \cdot 10^4$ до $1 \cdot 10^5$) відзначений у 5 хворих, критичний або високий ступінь бактеріурії (мікробне число 10^5 і більше) — у 9 хворих. У 16 (53 %) хворих цієї групи, незважаючи на виражені клінічні прояви, бактеріологічні дані були відсутні, що не збігалось з клініко-лабораторними показниками при загостренні циститу.

Таблиця 1

Залежність зрілості епітелію сечового міхура й уретри від тривалості постменопаузи, n = 93

Тривалість постменопаузи, років	n	Зрілість уретрального епітелію, бали	Зрілість епітелію сечового міхура, бали
1–5	27	60±5	75±4
6–10	36	39±5	57±6
Більше 10	30	32±7	51±7

Примітка. $P < 0,001$ порівняно з групою, в якій тривалість постменопаузи — до 5 років.

Таблиця 2

Частота виявлення бактеріурії у хворих із атрофічним циститом залежно від тривалості постменопаузи, n = 93

Ступінь бактеріурії	Тривалість постменопаузи, роки		
	1–5	6–10	Більше 10
Відсутність бактеріурії	13 (48 %)	12 (33 %)	6 (20 %)
Низький	11 (40 %)	14 (38 %)	11 (36 %)
Критичний	2 (7,4 %)	5 (13,8 %)	7 (23 %)
Високий	1 (3,7 %)	5 (13,8 %)	6 (20 %)

Примітка. При виділенні у хворі асоціації бактерій враховувалось сумарне мікробне число.

Таким чином, мікробіологічною особливістю атрофічного цистоуретриту при УГР у постменопаузі, за нашими даними, незважаючи на виражені клінічні симптоми, є відсутність масивної колонізації умовно-патогенними мікроорганізмами, низький ступінь бактеріурії однорідної мікрофлори, відсутня або помірна запальна реакція (до 15 лейкоцитів у полі зору) в осаді сечі, при зростаючих зі збільшенням тривалості постменопаузи атрофічних змінах епітелію сечового міхура й уретри.

З-поміж 93 хворих з порушеннями акту сечовипускання і тривалістю постменопаузи від 1 до 19 років у 63,9 % випадків нами виявлено атрофічний цистоуретрит, у 22,1 % — хронічний латентний цистит і в 14 % — власне хронічний цистит. При цьому лише в 12,7 % хворих виявлено критичний або високий ступінь бактеріурії. Отже, наявні атрофічні зміни сечового епітелію й епітелію піхви на фоні функціональних розладів акту сечовипускання, а також анатомічні особливості жіночої уретри, її незначна довжина і близьке розташування до джерел потенційно уропатогенної мікрофлори створюють сприятливі умови для розвитку вторинної інфекції сечових шляхів. Вважаємо, що мікробіологічна діагностика у хворих з порушеннями сечовипускання в постменопаузі є обов'язковою, оскільки в зв'язку з відсутністю інфекційного компонента в ге-

незі атрофічного цистоуретриту призначення антибіотиків при цій патології є необґрунтованим.

Нами проведено дослідження впливу естрогенного дефіциту на якість сечовипускання в трьох групах (табл. 3). Першу (контрольну) групу (n=30) становили соматично здорові жінки дітородного віку, другу (n=32) — жінки в постменопаузі, які не скаржилися на розлад акту сечовипускання, третю (n=64) — хворі з рецидивним і хронічним циститом у клімактерії. Середній вік пацієнток у третій групі становив 45–75 років ($59,2 \pm 7,5$), тривалість постменопаузи — 3–23 роки ($9,4 \pm 5,5$). Оцінка стану сечовипускання проводилася шляхом реєстрації ритму сечовипускань протягом 2–3 днів у звичних (домашніх) умовах. Для виключення впливу запального процесу на формування розладів акту сечовипускання дослідження в 3-й групі проводилося в період ремісії.

При порівнянні отриманих даних з контрольними у другій групі у 18 (56 %) жінок визначалися справжня полакіурія ($9,7 \pm 1,3$) і нічна полакіурія (1,6), зниження середнього ефективного об'єму сечового міхура на (36 ± 3) %, у 5 (15 %) жінок — нечасте сечовипускання (до 5 разів на добу) і збільшення середнього ефективного об'єму сечового міхура на (27 ± 5) %. У третій групі в 52 (81 %) хворих виявлено справжню полакіурію ($12 \pm 2,5$) і нічну полакіурію

($3,0 \pm 1,5$), зниження середнього ефективного об'єму сечового міхура на (48 ± 8) %, 27 (42 %) пацієнток відчували імперативні позиви до сечовипускання. При цьому в 39 (61 %) жінок були наявні окремі нормальні порції сечі. У 6 (9 %) хворих визначалося нечасте сечовипускання при збільшенні середнього ефективного об'єму сечового міхура на (74 ± 12) %.

Таким чином, уже при аналізі добового ритму сечовипускань можна відзначити, незважаючи на різноманітність клінічних проявів, у більшості хворих однотипні порушення резервуарної функції сечового міхура, частіше пов'язані з гіперактивністю. Ці дані підтверджують роль естрогенного дефіциту в генезі розладів акту сечовипускання в постменопаузальному періоді й дозволяють визначити сечову інфекцію як вторинний прояв атрофічних процесів у структурах урогенітального тракту. Виникнення симптомів розладів сечовипускання можна пояснити підвищеною чутливістю атрофічної слизової оболонки уретри і сечоміхурового трикутника до потрапляння навіть мінімальних порцій сечі. Наявність асептичного запалення в ділянці сечоміхурового трикутника і проксимальної уретри при повному порушенні бар'єрних механізмів може призвести згодом до розвитку інфекційного запалення.

Нами проведено порівняльний аналіз порушення сечовипускання в жінки у постменопаузі з неускладненими й ускладненими мікробно-запальним процесом дисфункціями сечового міхура. Це було зроблено з метою виявлення ролі запалення сечового міхура у формуванні порушень сечовипускання. Встановлено, що всі без винятку дисфункції сечового міхура виявляються як в ускладненому інфекційно-за-

Таблиця 3

Характеристика ритму й ефективності сечовипускання в основних і контрольній групах

Показники	1-ша група, n=30,	2-га група, n=32,	3-тя група, n=64,
Полакіурія	$5,2 \pm 1,1$	$8,1 \pm 1,3$	$10,2 \pm 1,9$
Нічна полакіурія	0,4	$1,6 \pm 0,4$	$2,7 \pm 0,7$
Середній ефективний об'єм сечового міхура, мл	$230,0 \pm 20,0$	$187,5 \pm 37,5$	$136,3 \pm 39,0$
Залишкова сеча, мл	5,0	$22,0 \pm 8,0$	$41,2 \pm 12,0$

пальним процесом, так і в неускладненому варіантах, симптоматика яких загалом однотипна. Деякі відмінності полягають у тому, що у разі приєднання запалення відбувається посилення полакіурії в середньому на 16 %, імовірно, у зв'язку з підвищенням рефлекторного збудження сечового міхура за рахунок подразнювальної дії факторів запалення. Зменшення в деяких випадках інтенсивності симптомів стресового нетримання сечі теж пов'язуємо з підвищенням рефлекторного збудження.

Таким чином, було підтверджено високу частоту розладів сечовипускання в жінок у постменопаузі, що дорівнює 27 % серед хворих із клімактеричним синдромом і 62 % у закритій популяції жінок похилого віку.

Встановлено зв'язок між значеннями зрілості уретрального і сечоміхурового епітелію і тривалістю постменопаузи. Проведеними дослідженнями виявлено особливості інфекційно-запального процесу в сечовому міхурі залежно від тривалості менопаузи. У 93 хворих із порушенням акту сечовипускання і тривалістю постменопаузи від 1 до 19 років у 63,9 % випадків виявлено атрофічний цистоуретрит, у 22,1 % — хронічний латентний цистит і в 14 % — власне хронічний цистит.

Незважаючи на всі наявні умови для розвитку вторинної інфекції в жінок з урогенітальними розладами в постменопаузі, а саме: атрофічні зміни сечового епітелію й епітелію піхви на фоні функціональних роз-

ладів акту сечовипускання, а також анатомічні особливості жіночої уретри, лише в 12,7 % хворих виявлено критичний або високий ступінь бактеріурії. Подальший розвиток повинні одержати дослідження якісно інших, ніж у репродуктивному віці, механізмів захисту урогенітального тракту від розвитку вторинної інфекції.

ЛІТЕРАТУРА

1. Балан В. Е., Елисеєва Н. А. Гормональная терапия климактерических расстройств. — М., 1994. — С. 17-19.
2. Возианов А. Ф., Люлько А. В. Атлас-руководство по урологии: В 3-х томах. — 2-е изд. — Днепропетровск: РВА Дніпро-VAL, 2001. — Т. 1. — 692 с.
3. Koninckx P. R., Lauweryns J. A., Cornillie F. J. A New Approach in the Treatment of Climacteric Disorders. — Berlin; N. Y., 1992. — P. 37-53.

УДК 616.62-002:618.164-002:618.173

Ю. М. Дехтяр

ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕЗУ АТРОФІЧНОГО ЦИСТОУРЕТРИТУ ПРИ УРОГЕНІТАЛЬНИХ РОЗЛАДАХ У ПОСТМЕНОПАУЗИ

Проведені дослідження виявили особливості інфекційно-запального процесу у сечовому міхурі залежно від тривалості менопаузи. Із 93 хворих із порушенням акту сечовипускання і тривалістю постменопаузи від 1 до 19 років у 63,9 % виявлено атрофічний цистоуретрит, у 22,1 % — хронічний латентний цистит, у 14 % — власне хронічний цистит. При цьому лише в 12,7 % випадків виявлено критичний чи високий ступінь бактеріурії. Встановлено зв'язок між значеннями зрілості уретрального і сечоміхурового епітелію та тривалістю постменопаузи.

Ключові слова: постменопауза, урогенітальні розлади, атрофічний цистит.

UDC 616.62-002:618.164-002:618.173

Yu. M. Dekhtyar

FEATURES OF ATROPHIC CYSTOURETHRITIS PATHOGENESIS OF UROGENITAL DISORDERS DURING POSTMENOPAUSE

The carried out researches revealed features of pyo-inflammatory process in a bladder depending on duration of menopause. In 93 patients with infringement of urination and duration of postmenopause at the age from 1 to 19 in 14 % of patients the chronic cystitis was revealed: in 63.9 % — atrophic cystourethrics, in 22.1 % — chronic latent cystitis. Thus only in 12.7 % of patients the critical or high degree of bacteriuria was revealed. Connection between maturity values of urethral and bladder epithelium and duration of postmenopause is established.

Key words: postmenopause, urogenital disorders, atrophic cystitis.

УДК 618.14-007.66:612.64

С. В. Дерішов

БІОФІЗИЧНИЙ ПРОФІЛЬ ПЛОДА У ЖІНОК ІЗ ПРИРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ РОЗВИТКУ МАТКИ

Одеський державний медичний університет

Однією з основних систем, відповідальних за формування умов, необхідних для нормального розвитку плода, є фетоплацентарна система. Ускладнення вагітності, захворювання матері часто призводять до різноманітних змін у плаценті,

істотно порушуючи її функцію, що негативно впливає на стан плода, спричинює розвиток гіпоксії та затримку його росту [1]. У зв'язку з цим діагностику неспроможності фетоплацентарної системи зараховують до актуальних про-

блем акушерства [2]. Перебування регуляції кровообігу в організмі жінки під час вагітності передусім стосується судинної системи матки, метаболічних змін — максимальна інтенсифікація гемоциркуляторних процесів [3].