**Риженко Ольга Сергійовна. Корекція урогенітальних розладів при клімактеричному синдромі : Дис... канд. наук: 14.01.01 - 2005.**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Риженко О.С. Корекція урогенітальних розладів при клімактеричному синдромі.**- Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України. - Київ, 2005.Наукова робота присвячена вивченню особливостей клімактеричного синдрому у жінок без і з урогенітальними розладами, а також розробці на основі отриманих даних методики їхньої профілактики. Вивчено порівняльні аспекти клінічного перебігу клімактеричних і урогенітальних порушень у жінок групи високого ризику. Вперше проведена оцінка ендокринологічного і психологічного статусу, уродинамічних і біохімічних особливостей у жінок з клімактеричними и урогенітальними порушеннями. Науково обгрунтована і розроблена методика корекції нейроендокринних і уродинамічних розладів на основі використання замісної гормональної і гомеопатичної терапії. Впровадження розробленої методики дозволило істотно знизити частоту і ступінь виразності клімактеричного синдрому і урогенітальних розладів у жінок групи високого ризику. |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертації наведено теоретичне обгрунтування і практичне втілення щодо зниження частоти урогенітальних розладів у жінок з КС на підставі вивчення основних уродинамічних, мікробіологічних, ендокринологічних і психологічних змін, а також удосконалення і впровадження комплексу лікувально-профілактичних заходів.1. Урогенітальні розлади у разі КС розвиваються на фоні високого рівня початкової генітальної патології (хронічний сальпінгоофорит – 36,0 %; цисто- і ректоцеле – 30,0 %; патологічні зміни шийки матки – 28,0 % і міома матки – 26,0 %), а також супутніх захворювань нирок (34,0 %).2. Під час поєднання клімактеричних і урогенітальних розладів переважають тяжкі форми нейроендокринної симптоматики (44,0 %) у порівнянні із середнім (28,0 %) і легким ступенем (26,0 %). Основні розбіжності були обумовлені такими симптомами: приливи жару, пітливість, порушення сну, депресивний настрій і слабість. Урогенітальні розлади частіше зустрічаються середнього ступеня (48,0 %) у порівнянні з легкими (28,0 %) і тяжкими (24,0 %) формами.3. Серед основних симптомів хронічного атрофічного цистоуретриту можна виділити перевагу поллакіурії (72,0 %); атрофічного вагініту (62,0 %) і цистальгії (52,0 %) у порівнянні з диспареунією (34,0 %) і ніктурією (32,0 %). Високою є частота стандартних тестів нетримання сечі: кількість епізодів нетримання сечі за тиждень; кількість прокладок за тиждень і кількісний годинний прокладочний тест.4. Результати комплексного уродинамічного дослідження у разі поєднання урогенітальних і клімактеричних порушень свідчать про достовірне збільшення фізіологічного об’єму сечового міхура (на 72,2±2,3 мл); максимальної об’ємної швидкості потоку сечі (на 9,3±0,8 мл/сек) і максимального об’єму сечового міхура (на 72,5±2,6 мл) при одночасному достовірному зниженні міхурового тиску (на 11,9±1,3 см/Н20); тиску детрузора (на 11,1±1,0 см/Н20); ІУО (на 0,05±0,01); МУТ (на 20,0±1,5 см/Н20) і функціональної довжини уретри (на 7,0±0,6 мм).5. Стан мікробіоценозу статевих шляхів у пацієнток з урогенітальними і клімактеричними порушеннями характери-зуються зниженням рівня нормоценозу (на 26,0 %) за рахунок збільшення частоти атрофічного кольпіту (на 8,0 %); бактеріального вагінозу (на 12,0 %) і неспецифічного вагініту (на 6,0 %).6. Зміни якості життя у пацієнток з урогенітальними і клімактеричними порушеннями полягають у високій частоті урогенітальних і сексуальних порушень (на 30,0±2,2 бала); вегето-судинних (на 7,9±0,7 бала); фізичних порушень (на 29,1±1,8 бала) і емоційно-психічних (на 14,0±1,1 бала). Сумарна частота балів в основних групах у порівнянні з контрольною вище на 115 %.7. Використання запропонованих лікувально-профілактичних заходів дозволяє через 12 місяців збільшити частоту легкого ступеня нейроендокринної симптоматики в 1,4 рази на фоні одночасного зниження рівня тяжких форм в 3,2 рази. Аналогічна закономірність має місце і з боку урогенітальних розладів протягом 12 місяців: легкий збільшився в 1,3 рази і тяжкий ступінь зменьшився в 3,5 рази. Ці зміни відбуваються за рахунок зниження основних параметрів нетримання сечі: частота епізодів поллакіурії; цистальгії; атрофічного вагініту і диспареунії. |

 |