



УДК 616.43:618.1

ГОРМОНАЛЬНА КОРЕКЦІЯ АТРОФІЧНИХ ЗМІН У ЖІНОК З УРОГЕНІТАЛЬНИМ ПРОЛАПСОМ

ВСТУП

Пролапс тазових органів – складний динамічний процес, який завжди має прогресуючий перебіг, супроводжуючись розвитком структурно-функціональних порушень в організмі, часто дегенеративного (деструктивного) характеру. Тривалий безсимптомний період захворювання змінюється поступовим збільшенням місцевих і загальних симптомів.

Актуальність проблеми генітального пролапса зумовлена значною поширеністю, ранньою маніфестацією, високою частотою рецидивів і тенденцією до омолодження. У сучасній літературі містяться досить суперечливі відомості щодо частоти розвитку пролапса тазових органів – від 31 до 76% [1].

АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРНИХ ДАНИХ ТА ПОСТАНОВКА ЗАДАЧІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Жінки з генітальним пролапсом зазвичай скаржаться на біль у попереку, тазовій ділянці, іноді відзначають незручність при ходьбі, кровотечу та постійне відчуття тяжкості, а також дискомфорт у промежині при тривалому сидінні. У 25,0–47,3% випадків пролапс поєднується з мимовільним сечовипусканням при незначних навантаженнях фізичного або емоційного характеру [2].

Основою пролапса є порушення трирівневої природної системи, що забезпечує фіксацію органів малого таза за допомогою зв'язок до тазо-

вих кісток. Таким чином, фіксується пряма кишка, сечовий міхур, уретра, піхва та матка. Опущення цих органів викликається порушенням перших двох рівнів системи фізіологічної фіксації.

Варто зазначити, що у зв'язку з рецидивом пролапса повторно оперують від 5,7 до 30% пацієнок [3]. Його рецидиви найчастіше виникають протягом перших трьох років після втручання і залежать не тільки від техніки проведеної операції, а й від наявності та ступеня дисплазії сполучної тканини у оперованих хворих.

Атрофічні зміни слизової піхви, зміни тону су сечового міхура та уретри, деградацію колагену I та III типів у жінок в менопаузальному періоді пов'язують з дефіцитом естрогенів та прогестерону, тому оцінка гормонального гомеостазу у таких пацієнок залишається актуальною проблемою, що потребує лікування як хворих без показань до оперативного втручання, так і після коригуючих операцій [4, 5].

Мета дослідження полягала у визначенні гормонального гомеостазу у жінок з урогенітальним пролапсом після хірургічного видалення матки з метою гормональної корекції атрофічних змін організму.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У дослідження увійшла 51 жінка віком 20–45 років із випадінням матки. Пацієнткам було проведено черезпіхвову екстирпацію матки з кольпоперінеорафією. Їх розподілили на три



А.П. ГРИГОРЕНКО

д. мед. н., завідувач кафедри акушерства та гінекології ФПО Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

Адреса:

Міський перинатальний центр
вул. Хотовицького, 6
м. Хмельницький
29001

e-mail: anpetrovich2015@gmail.com

групи за віковою ознакою. Першу групу становили пацієнтки ($n = 7$) віком 20–45 років, другу ($n = 10$) – 46–50 років, третю ($n = 34$) – 51–88 років. Контрольна група складалася з 10 учасниць без пролапса матки.

Окрім визначення гормонального гомеостазу гіпофіза, яєчника, щитоподібної залози та наднирників, гістологічно та гістохімічно досліджували видалену передню стінку піхви для ідентифікації колагенових волокон. У жінок зі збереженим менструальним циклом (МЦ) досліджували рівень гормонів у ранній фолікуліновій фазі – на 5–7-й день МЦ.

У кожній групі для гістологічного дослідження брали шматок передньої стінки піхви. Парафінові зрізи матеріалів забарвлювали гематоксиліном і еозином. Для ідентифікації колагенових волокон і м'язових структур використовували комбіноване забарвлення за ван Гізоном. Для виявлення ознак дезорганізації сполучної тканини у вигляді метахроматичного ефекту забарвлення зрізів проводили толуїдиновим синім. Концентрацію естрадіолу в плазмі крові визначали за допомогою тест-системи Immunotech радіоімунним методом.

Статистичну обробку отриманих даних здійснювали із застосуванням критерію Ст'юдента–Фішера.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У ході дослідження у жінок із пролапсом матки репродуктивного віку (перша група) у стінці піхви спостерігалися явища гіперплазії, лімфоїдної інфільтрації під епітелієм, дистрофія та метаплазія епітелію. Мали місце набряк і розволокнення адвентиції піхви, гідропічна дистрофія епітелію, субепітеліальний набряк. Результати аналізу показників білкових та стероїдних статевих гормонів у пацієнток репродуктивного віку представлено в таблицях 1–3.

У жінок передменопаузального віку (табл. 2) було виявлено характерне для менопаузи підвищення концентрації гонадотропних гормонів. Так, рівень ЛГ був підвищений у 3,7 разу, ФСГ – у 1,6, співвідношення ЛГ/ФСГ – у 2,34. Разом із тим, спостерігалось зниження пролактину в 1,5 разу, естрадіолу – в 1,1, тестостерону – в 2,9. Концентрація прогестерону перебувала на рівні контрольної групи.

У пацієнток менопаузального віку (табл. 3) спостерігалось посилення інволютивних процесів. Так, рівень ЛГ підвищився у 6,6 разу, ФСГ – в 2,2 разу, співвідношення ЛГ/ФСГ зросло втричі. Рівень пролактину знизився у 1,3 разу, естрадіолу – втричі, прогестерону – в 2,55 разу, тестостерону – в 3,4.

ТАБЛИЦЯ 1. ПОКАЗНИКИ ГОРМОНІВ У ЖІНОК ПЕРШОЇ ГРУПИ З ПРОЛАПСОМ МАТКИ ($M \pm m$)

Гормон	Одиниця виміру	Перша група ($n = 7$)	Контрольна група ($n = 10$)	p
Лютеїнізуючий гормон (ЛГ)	МО/л	$2,54 \pm 0,11$	$9,68 \pm 1,06$	$< 0,05$
Фолікулостимулюючий гормон (ФСГ)	МО/л	$5,22 \pm 0,70$	$8,7 \pm 1,09$	$< 0,05$
ЛГ/ФСГ	Співвідношення	$0,49 \pm 0,11$	$1,11 \pm 0,15$	$< 0,05$
Пролактин	мМО/л	$134,84 \pm 9,09$	$232,70 \pm 26,06$	$< 0,05$
Естрадіол	пмоль/л	$437,32 \pm 15,41$	$447,86 \pm 24,70$	$> 0,05$
Прогестерон	нмоль/л	$3,65 \pm 0,09$	$1,20 \pm 0,03$	$< 0,05$
Тестостерон	нмоль/л	$0,52 \pm 0,10$	$1,87 \pm 0,10$	$< 0,05$

ТАБЛИЦЯ 2. ПОКАЗНИКИ ГОРМОНІВ У ЖІНОК ПЕРЕДМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВІКУ ($M \pm m$)

Гормон	Одиниця виміру	Друга група ($n = 10$)	Контрольна група ($n = 10$)	p
ЛГ	МО/л	$35,66 \pm 3,60$	$9,68 \pm 1,06$	$< 0,05$
ФСГ	МО/л	$13,7 \pm 1,05$	$8,7 \pm 1,09$	$< 0,05$
ЛГ/ФСГ	Співвідношення	$2,60 \pm 0,48$	$1,11 \pm 0,15$	$< 0,05$
Пролактин	мМО/л	$153,02 \pm 17,27$	$232,70 \pm 26,06$	$< 0,05$
Естрадіол	пмоль/л	$382,59 \pm 15,05$	$447,86 \pm 24,70$	$< 0,05$
Прогестерон	нмоль/л	$1,14 \pm 0,09$	$1,20 \pm 0,03$	$> 0,05$
Тестостерон	нмоль/л	$0,65 \pm 0,17$	$1,87 \pm 0,10$	$< 0,05$

ТАБЛИЦЯ 3. ПОКАЗНИКИ ГОРМОНІВ У ЖІНОК ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВІКУ ($M \pm m$)

Гормон	Одиниця виміру	Третя група ($n = 34$)	Контрольна група ($n = 10$)	p
ЛГ	МО/л	$64,18 \pm 3,31$	$9,68 \pm 1,06$	$< 0,05$
ФСГ	МО/л	$19,21 \pm 0,40$	$8,7 \pm 1,09$	$< 0,05$
ЛГ/ФСГ	Співвідношення	$3,34 \pm 0,22$	$1,11 \pm 0,15$	$< 0,05$
Пролактин	мМО/л	$173,32 \pm 8,48$	$232,70 \pm 26,06$	$< 0,05$
Естрадіол	пмоль/л	$146,28 \pm 5,69$	$447,86 \pm 24,70$	$< 0,05$
Прогестерон	нмоль/л	$0,47 \pm 0,03$	$1,20 \pm 0,03$	$< 0,05$
Тестостерон	нмоль/л	$0,55 \pm 0,20$	$1,87 \pm 0,10$	$< 0,05$

Таким чином, у ході дослідження було виявлено, що в осіб репродуктивного віку з пролапсом статевих органів спостерігається зниження гонадотропінів, пролактину, тестостерону. У пацієнок передменопаузального та менопаузального періодів підвищуються рівні гонадотропінів та знижуються показники пролактину, естрадіолу, прогестерону та тестостерону [6].

Функціональний стан щитоподібної залози (тиреотропний гормон [ТТГ], трийодтиронін [T_3]), тироксин [T_4]) та наднирників (дегідроепіандростерон-сульфат [ДГЕА-С], кортизол) у жінок із випадінням матки представлено в таблицях 4, 5.

Отже, у жінок у передменопаузі (друга група) рівень ТТГ зростав у 2,6 разу (з $0,54 \pm 0,10$ до $1,42 \pm 0,34$ мМО/л), у жінок менопаузального віку (третья група) – вдвічі (з $0,54 \pm 0,10$ до $1,09 \pm 0,11$ мМО/л) ($p < 0,05$). Вміст трийодтироніну в дослідних групах залишався на рівні контрольної ($1,97 \pm 0,09$ нмоль/л) ($p > 0,05$), а концентрація тироксину не змінювалася в осіб репродуктивного та менопаузального віку, і суттєво зростала у жінок передменопаузального віку – в 1,27 разу (з $85,0 \pm 3,92$ до $107,88 \pm 1,74$ нмоль/л) ($p < 0,05$).

Аналіз функціонального стану наднирників у пацієнок із пролапсом матки показав, що рівень ДГЕА-С у жінок репродуктивного віку (перша група) знизився у 1,3 разу (з $6,92 \pm 0,24$ до $5,45 \pm 0,26$ нмоль/л) ($p < 0,05$).

У жінок передменопаузального та менопаузального віку також спостерігалось зниження ДГЕА-С відповідно в 1,7 (з $6,92 \pm 0,24$ до $4,06 \pm 0,33$ нмоль/л) та 3,7 разу (з $6,92 \pm 0,24$ до $1,86 \pm 0,11$ нмоль/л) ($p < 0,05$). Вміст кортизолу також був зниженим: у першій групі – в 1,2 разу (з $440,0 \pm 12,32$ до $378,75 \pm 7,0$ нмоль/л), в другій – в 1,14 (з $440,0 \pm 12,32$ до $385,55 \pm 11,66$ нмоль/л), в третій – в 2,3 (з $440,0 \pm 12,32$ до $189,23 \pm 10,68$ нмоль/л) ($p < 0,05$).

Таким чином, функціональні порушення щитоподібної залози та наднирників у жінок із матково-вагінальним пролапсом пов'язані з віковим цензом та наявною патологією.

Як показали патогістологічні дослідження, у пацієнок із пролапсом матки репродуктивного віку (20–45 років) у стінці піхви спостерігались явища гіперплазії, лімфоїдної інфі-

трації під епітелієм, дистрофія та метаплазія епітелію. Виявлено набряк та розволокнення адвентиції піхви, гідропічну дистрофію епітелію, субепітеліальний набряк [7].

В осіб передменопаузального віку (46–50 років) в оболонці стінок піхви мали місце гідропічна інфільтрація, дистрофія епітелію та підепітеліальний набряк. У багатьох випадках в судинах стінки піхви виявлено метакроматичний ефект адвентиції з ознаками дезорганізації волокон та м'язових елементів.

У жінок в менопаузі (віком 51–88 років) відмічено виражений процес балонної дистрофії потовщеного епітелію з оголенням базальної мембрани, витончення епітеліального пласту слизової в результаті десквамації. Спостерігається гіпертрофія та атрофія, а також трансформація з незроговілого епітелію в зроговілий. Сполучнотканинні та м'язові компоненти стінки піхви значно деградують, піддаються гідратації і втрачають щільність [8].

Таким чином, у жінок у постменопаузі дефіцит естрогенів є основною причиною розвитку атрофічних процесів в естрогензалежних структурах уrogenітального тракту, в тому числі і після оперативного лікування уrogenітального пролапса. Внаслідок припинення проліферативних процесів у слизовій піхви і зникнення глікогену з піхви елімінуються лактобацили. Це призводить до колонізації вагіни екзогенними і ендогенними мікроорганізмами, що підвищує ризик виникнення інфекційних захворювань піхви і розвитку висхідної урологічної інфекції. На фоні вікової гіпоестрогенії в осіб з уrogenітальним пролапсом присутній ішемічно-травматичний фактор, який підсилює дистрофію та дегенерацію стінок піхви [9]. Ці патологічні зміни пригнічують репаративні процеси в післяопераційній рані [10, 11].

Найчастішим проявом атрофічних змін є відчуття сухості в піхві, диспареунія, рецидивуючі вагінальні виділення, контактні кров'янисті виділення, рецидив опущення стінок піхви. Диспареунію при атрофічному кольпіті пов'язують з гіпоксією стінок піхви, а появу вагінальних виділень, в умовах асептичного запалення, пояснюють проявом лімфорей. Біль та свербіж часто виникають при атрофічних змінах вульви, вагіни і малих статевих губ.

ТАБЛИЦЯ 4. ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ЖІНОК ІЗ ПРОЛАПСОМ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ (М ± м)

Групи жінок	Гормони					
	ТТГ, мМО/л	p	T_3 , нмоль/л	p	T_4 , нмоль/л	p
Перша	$0,84 \pm 0,13$	$> 0,05$	$2,08 \pm 0,15$	$> 0,05$	$87,38 \pm 1,82$	$> 0,05$
Друга	$1,42 \pm 0,34$	$< 0,05$	$1,86 \pm 0,10$	$< 0,05$	$107,88 \pm 1,74$	$> 0,05$
Третя	$1,09 \pm 0,11$	$< 0,05$	$1,83 \pm 0,04$	$> 0,05$	$90,18 \pm 2,04$	$> 0,05$
Контрольна	$0,54 \pm 0,10$		$1,97 \pm 0,09$		$85,0 \pm 3,92$	

ТАБЛИЦЯ 5. ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НАДНИРНИКІВ У ЖІНОК ІЗ ПРОЛАПСОМ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ (М ± м)

Групи жінок	Гормони			
	ДГЕА-С, нмоль/л	p	Кортизол, нмоль/л	p
Перша	$5,45 \pm 0,26$	$< 0,05$	$378,75 \pm 7,0$	$< 0,05$
Друга	$4,06 \pm 0,33$	$< 0,05$	$385,55 \pm 11,66$	$< 0,05$
Третя	$1,86 \pm 0,11$	$< 0,05$	$189,23 \pm 10,68$	$< 0,05$
Контрольна	$6,92 \pm 0,24$		$440,0 \pm 12,32$	



В осіб репродуктивного віку з пролапсом статевих органів спостерігається зниження гонадотропінів, пролактину, тестостерону. У пацієнок передменопаузального та менопаузального періодів підвищуються рівні гонадотропінів та знижуються показники пролактину, естрадіолу, прогестерону та тестостерону

Одночасно можуть проявлятися склеротичні процеси у вульварному кільці, які, разом із атрофічними змінами, є основою розвитку краурозу вульви [6, 9].

ЛІКУВАННЯ

Для відновлення слизової піхви ми використовували розчин рекутану (екстракт квіток ромашки аптечної). У результаті санації спостерігався виражений протизапальний ефект. У зв'язку з відсутністю лактобацил і розвитком дисбіозу піхви доцільне призначення пробіотиків (лактожиналь, лабілакт, гінофлор, лактоваг, вагілакт тощо). Пробіотики затримують розмноження патогенних мікроорганізмів, утворюючи перекис водню, якому властива антибактеріальна дія. Крім того, розщеплюючи глікоген, ці препарати утворюють молочну кислоту і змінюють лужне середовище піхви на кисле, яке також діє бактерицидно. В умовах гіпоестрогенії після припинення лікування клінічний ефект поступово зникає, що потребує періодичного поновлення застосування пробіотиків. Для поліпшення клінічного ефекту і часткового відновлення власної мікрофлори основою лікування є призначення гормональної замісної терапії низькоактивними фракціями естрогенів (естрон, естріол). До цих препаратів належать овестин, естрокад (0,5 мг естріолу) у вигляді вагінального крему або вагінальних свічок. Естріол має селективний вплив, здебільшого на шийку матки, піхву та вульву, посилюючи проліферацію епітелію піхви, шийки матки, стимулюючи його кровопостачання, сприяє відновленню епітелію при його атрофічних змінах, нормалізує рН вагінального середовища і мікрофлору піхви, підвищує стійкість епітелію до інфекційних та запальних процесів. Ризик маткових кровотеч при його використанні незначний. Окрім того,

естріол підвищує чутливість до інсуліну, стимулює синтез стероїдів'язуючих глобулінів печінки, має гіполіпідемічну дію [12, 13]. Ці препарати призначаються по 1 (0,5 мг) супозиторію 1–2 рази на добу протягом 7–10 днів із наступною 20–30-денною перервою. У разі повторної появи патологічних симптомів лікування відновлюється: по 1 (0,5 мг) супозиторію 1 раз на добу упродовж 5–7 днів із поступовим зниженням дози до 0,5 мг 1–2 рази на тиждень протягом місяця. Аналогічну дію мають і препарати ельвагін, естровагін. Також можливе застосування колпотрофіну, гінофлору [12–14].

У пізньому післяопераційному періоді (через 1–2 міс.) при появі скарг на сухість у піхві та дизуричні розлади повторно призначають свічки овестин чи інші протягом 2 міс. (на курс 15 супозиторіїв 2 рази на тиждень). Такі курси повторюють двічі на рік. Локальне використання естріолу не має протипоказань, тому можливе його пожиттєве використання.

ВИСНОВКИ

Під дією локальної замісної гормональної терапії у пацієнок спостерігалась проліферація вагінального епітелію, відновлювались популяції лактобацил, а також кисле середовище (рН 3,8–4,5) вагінального вмісту. Підвищувався титус уретри, зменшувалися симптоми істинного нетримання сечі при напрузі. Все це запобігало розвитку висхідної урологічної інфекції.

Локальна замісна гормональна терапія естріолом до та після операції у жінок із урогенітальним пролапсом дає можливість суттєво знизити частоту ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень.

Циклічне застосування вагінального крему або свічок овестин сприяє профілактиці нетримання сечі та рецидивів випадіння стінок піхви після вагінальної екстирпації матки.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Shah, D.K., Paul, E.M., Rastinehad, A.R., Eisenberg, E.R., Badlani, G.H. "Short-term outcome analysis of total pelvic reconstruction with mesh: The vaginal approach." *The Journal of Urology*, 171(1)(2004): 261-63.

2. Буянова, С.Н. Некоторые аспекты патогенеза пролапса гениталий / С.Н. Буянова, С.В. Савельев, В.И. Гришин, Г.Н. Сенчакова // *Акушерство и гинекология*. – 2001. – № 3. – С. 39–43.

3. Буянова, С.Н. "Some aspects of the pathogenesis of genital prolapse." *Obstetrics and gynecology* 3 (2001): 39-43.

4. Радзинский, В.Е. Эффективность сочетанных и симультанных операций в гинекологии / В.Е. Радзинский, О.Н. Шалаев, Н.Д. Плаксина и др. // *Материалы X Российского форума «Мать и дитя»*. – М, 2006. – С. 391 с.

5. Радзинский, В.Е., Шалаев, О.Н., Плаксина, Н.Д., et al. "Effectiveness of combined and simultaneous operations in gynecology." *Materials of the X Russian Forum Mother and Child*. М. (2006): 391.

6. Григоренко, А.П. Роль локальной заместительной терапии у женщин с урогенитальным пролапсом / А.П. Григоренко // *Медико-социальные проблемы семьи*. – 2006. – Т. 11, № 3. – С. 119–121.

7. Григоренко, А.П. "The role of local replacement therapy in women with urogenital prolapse." *Medical and Social Problems of the Family*, 11(3) (2006): 119-121.

8. Татарчук, Т.Ф. Эндокринная гинекология / Под ред. Т.Ф. Татарчук, Я.П. Сельского. – К.: Заповіт. – 2003. – 304 с.

9. Татарчук, Т.Ф., Сельский, Я.П. *Endocrine Gynecology*. К.: Заповіт (2003): 304 p.

10. Айламазян, Е.К. Гинекология / Е.К. Айламазян. – М., 2006. – С. 387 с.

11. Айламазян, Е.К. *Gynecology*. М. (2006): 387 p.

12. Чуриліна, А.В. Біохімічні критерії дисплазії сполучної тканини за деяких патологічних станів / А.В. Чуриліна, С.Б. Гарбузова, О.М. Москалюк та ін. // *ПАГ*. – 2007. – № 2. – С. 25–28.

13. Чуриліна, А.В., Гарбузова, С.Б., Москалюк, О.М., et al. "Biochemical criteria of connective tissue dysplasia in certain pathological conditions." *IPOG*, 2(2007): 25-28.

8. Назаренко, Л.Г.

Сполучнотканинні дисплазії – проблема сучасного акушерства та перинатології / Л.Г. Назаренко, О.В. Неслова // ПАГ. – 2005. – № 6. – С. 93–97.

Nazarenko, L.G., Neelova, O.V.

"Fibroid dysplasia – the problem of modern obstetrics and perinatology." IPOG, 6(2005): 93-97.

9. Антропова, М.Ц.

Проблемы урогенитального старения у женщин при дефиците половых стероидов / М.Ц. Антропова // Автореферат дисс. канд. мед. наук. – М., 2008. – 23 с.

Antropova, M.C.

Problems of urogenital aging in women with a deficit of sex steroids. Abstract of dissertation for the degree of PhD. M. (2008): 23 p.

10. Григоренко, А.П.

Післяопераційна профілактика рецидивів випадіння стінок вагіни у жінок з урогенітальним пролапсом в менопаузі / А.П. Григоренко, П.А. Галайко // 36. наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К., 2006. – С. 153–154.

Grigorenko, A.P., Galaiko, P.A.

"Postoperative recurrence prevention of prolapse vaginal walls in women with urogenital prolapse in menopause." Collection of scientific papers of the Association of Obstetricians and Gynecologists of Ukraine. K. (2006): 153-154.

11. Scellers, D.J., Chapple, C.R., Chess-Williams, R.

"Potential therapeutic targets for the treatment of the overactive bladder." World. J. Urol, 19(5) (2001): 307-311.

12. Дьяков, В.В.

Опыт длительного применения препарата Овестин у женщин, страдающих расстройствами мочеиспускания в постменопаузе / В.В. Дьяков, Б.Н. Годунов, М.Ю. Гвоздев // Урология. – 2003. – № 1. – С. 43–45.

Dyakov, V.V., Godunov, B.N., Gvozdyov, M.Y.

"Experience in long-term use of the drug Ovestin in women suffering from disorders of urination in postmenopause." Urology, 1(2003): 43-45.

13. Сметник, В.П.

Селективные модуляторы эстрогенных рецепторов: альтернатива заместительной гормонотерапии / В.П. Сметник, С.Н. Кармелина, Т.Е. Самойлова // Акушерство и гинекология. – 2001. – № 3. – С. 10–12.

Smetnik, V.P., Carmelina, S.N., Samoilo, T.E.

"The selective estrogen receptor modulators: an alternative to hormone replacement therapy." Obstetrics and Gynecology, 3(2001): 10-12.

14. Балан, В.Е.

Принципы заместительной гормональной терапии урогенитальных расстройств / В.Е. Балан, З.Т. Есесидзе, З.К. Гаджиева // Consilium medicum, – 2001. – Т. 3, № 7. – С. 332–338.

Balan, V.E., Esesidze, Z.T., Hajiyeva, Z.K.

"Principles of hormone replacement therapy of urogenital disorders." Consilium medicum, 3(7) (2001): 332-338.

ГОРМОНАЛЬНА КОРЕКЦІЯ АТРОФІЧНИХ ЗМІН У ЖІНОК З УРОГЕНІТАЛЬНИМ ПРОЛАПСОМ

А.П. Григоренко, д. мед. н., завідувач кафедри акушерства та гінекології ФПО Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

З метою визначення гормонального гомеостазу у жінок з урогенітальним пролапсом після хірургічного видалення матки проведено дослідження стану мікробіоценозу піхви у 51 пацієнтки. Доведено, що для поліпшення клінічного ефекту і часткового відновлення власної мікрофлори основою лікування є призначення гормональної замісної терапії низькоактивними фракціями естрогенів (естрон, естріол). Циклічне застосування вагінального крему або свічок овестин сприяє профілактиці нетримання сечі та рецидивів випадіння стінок піхви після вагінальної екстирпації матки.

Ключові слова: пролапс тазових органів, мікробіоценоз, гормональна корекція, овестин.

ГОРМОНАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ АТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ПРОЛАПСОМ

А.П. Григоренко, д. мед. н., заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ФПО Винницкого национального медицинского университета им. М.И. Пирогова

С целью определения гормонального гомеостазу у женщин с урогенитальным пролапсом после хирургического удаления матки проведено исследование состояния микробиоценоза влагалища у 51 пациентки. Доказано, что для улучшения клинического эффекта и частичного восстановления собственной микрофлоры основной лечебной является назначение гормональной заместительной терапии низкоактивными фракциями эстрогенов (эстрон, эстриол). Циклическое применение вагинального крема или свечей овестин способствует профилактике недержания мочи и рецидивов выпадения стенок влагалища после вагинальной экстирпации матки.

Ключевые слова: пролапс тазовых органов, микробиоценоз, гормональная коррекция, овестин.

HORMONAL CORRECTION OF ATROPHIC CHANGES IN WOMEN WITH UROGENITAL PROLAPSE

A.P. Grygorenko, MD, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Postgraduate Education of the Vinnitsya National Medical University named after M.I. Pirogov

In order to determine the hormonal homeostasis in women with urogenital prolapse after hysterectomy surgery the study of vaginal microbiota in 51 patients was conducted. It has been proved that mainstay of treatment for improving clinical effect and partial restoration of own microflora is administration of hormone replacement therapy with low-active estrogen fractions (Estrone, Estriol). Cyclic use of Ovestin vaginal cream or suppositories helps prevent urinary incontinence and recurrences of vaginal prolapse after vaginal hysterectomy.

Keywords: pelvic organ prolapse, microbiocenosis, hormonal correction, Ovestin.