

Особенности перименопаузального периода у женщин в зависимости от массы тела при рождении

Д.м.н. А.Б. Хурасева

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия

РЕЗЮМЕ

В настоящее время важной проблемой являются своевременная диагностика, оптимизация ведения и профилактика отдаленных осложнений перименопаузальных расстройств. Масса тела при рождении, являясь наследственной характеристикой, определяет не только фенотипические признаки, но и особенности становления, расцвета и угасания репродуктивной системы женщины.

Цель исследования: выявить взаимосвязь между массой тела при рождении с особенностями перименопаузального периода для усовершенствования диспансерного наблюдения за женщинами, родившимися с полярными значениями массы тела.

Материал и методы: проведено ретроспективное и проспективное обследование 952 женщин. В зависимости от веса при рождении пациентки были разделены на 3 группы исследования: 1-я — 312 женщин, родившихся с массой тела 2000–2800 г, 2-я — 276 с 3200–3600 г, 3-я — 364 с 4000–4800 г. Изучены особенности перименопаузального периода, проведена оценка нейровегетативных, психоэмоциональных и метаболических симптомов.

Результаты и обсуждение: средний возраст начала пременопаузы в 1-й группе был наименьшим — $44,7 \pm 0,7$ года, во 2-й — $47,7 \pm 0,6$ года, в 3-й — $49,8 \pm 0,4$ года. Раннее начало менопаузы было у 37,5% женщин 1-й группы; течение перименопаузального периода отличалось преждевременным возникновением симптомов и тяжелым течением нейровегетативных и урологических расстройств. Начальным проявлением генитоуринарного менопаузального синдрома (ГУМС) в 1-й группе чаще были трофические нарушения ($61,5 \pm 2,8\%$). Урологические симптомы ГУМС доминировали в 1-й группе ($69,2 \pm 2,6\%$) и появились раньше, чем в других сравниваемых группах. Также в 1-й группе ($73,1 \pm 2,5\%$) отмечалось снижение сексуальной активности.

Заключение: женщины, родившиеся с малой массой тела (2000–2800 г), составляют группу риска по раннему началу менопаузы, а в перименопаузе чаще страдают от нейровегетативных нарушений и проявлений ГУМС. В отличие от вазомоторных проявлений климактерического синдрома, как правило, нивелирующихся со временем, ГУМС неуклонно прогрессирует, негативно влияет на качество жизни и сексуальное здоровье женщины и практически не корректируется без лечения. Именно это объясняет необходимость использования своевременной терапии в группе риска — у женщин, имевших при рождении малую массу тела.

Ключевые слова: перименопаузальный период, менопауза, генитоуринарный менопаузальный синдром, вес при рождении, климактерический синдром.

Для цитирования: Хурасева А.Б. Особенности перименопаузального периода у женщин в зависимости от массы тела при рождении. РМЖ. Мать и дитя. 2018;1(1):40–43.

Features of the perimenopausal period in women, depending on the body weight at birth

A.B. Khuraseva

Kursk State Medical University, Russian Federation

ABSTRACT

Currently, the problem of the timely diagnosis, optimization of management and prevention of long-term complications of perimenopausal disorders is very important. Body weight at birth, being a hereditary characteristic, determines not only the phenotypic features, but also the features of the formation, flowering and extinction of the female reproductive system.

The aim of the study was to reveal the relationship between birth weight and the perimenopausal period, to improve the dispensary observation of women born with polar body weight.

Patients and Methods: a retrospective and prospective examination of 952 women was carried out. Depending on the weight at birth, the patients were divided into three groups: group 1 included 312 women born with a body weight of 2000–2800 g; group 2 included 276 patients with a body weight of 3200–3600 g at birth; group 3 included 364 patients with a body weight at birth from 4000–4800 g. The features of the perimenopausal period, with evaluation of neurovegetative, psychoemotional and metabolic symptoms were studied.

Results: the lowest mean age of the onset of premenopause was in the 1st group — 44.7 ± 0.7 years, in the 2nd group — 47.7 ± 0.6 years, in the third — 49.8 ± 0.4 years, respectively. The early onset of menopause was in 37.5% of women in the 1st group; the perimenopausal period was characterized by early appearance of symptoms and a severe course of neurovegetative and urological disorders. The initial manifestation of genitourinary menopausal syndrome (GUMS) in the first group was more often manifested by trophic disorders in $61.5 \pm 2.8\%$. Urologic symptoms of the GUMS dominated in the first group $69.2 \pm 2.6\%$, and appeared earlier than in other compared groups. There was a decrease in sexual activity in the 1st group ($73.1 \pm 2.5\%$).

Conclusion: women born with a small body weight (2000–2800) are in the risk group for the early onset of menopause, and are more likely to suffer from neurovegetative disorders and manifestations of genitourinary menopausal syndrome in the perimenopause period. In contrast to the vasomotor manifestations of climacteric syndrome, which, as a rule, decrease with time, genitourinal menopausal syndrome, steadily progressing, adversely affects the quality of life and sexual health of women, and practically cannot be relieved without treatment. This explains the need to use timely therapy in the risk group, in women who had a low birth weight.

Key words: perimenopausal period, menopause, genitourinal menopausal syndrome, birth weight, climacteric syndrome.

For citation: A.B. Khuraseva. Features of the perimenopausal period in women, depending on the body weight at birth. Russian journal of Woman and Child Health. 2018;1(1):40–43.

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время, по данным статистики Всемирной организации здравоохранения, в развитых странах неуклонно растет продолжительность жизни женщин, в связи с чем большую актуальность приобретают своевременная диагностика менопаузальных расстройств, формирование групп риска по выявлению пациенток с ранней менопаузой, оптимизация ведения, направленная на улучшение качества жизни и профилактику отдаленных осложнений. Период перименопаузы сопровождается целым комплексом различных симптомов — это психоэмоциональные расстройства, урологические проблемы, а также сексуальная дисфункция [1].

Масса тела при рождении, являясь наследственной характеристикой, определяет не только фенотипические признаки, но и особенности становления, расцвета и угасания репродуктивной системы женщины [2].

Цель исследования: выявить взаимосвязь между массой тела при рождении с особенностями перименопаузального периода для усовершенствования диспансерного наблюдения за женщинами, родившимися с полярными значениями массы тела.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведено ретроспективное и проспективное обследование 952 женщин. Основным критерием для включения в обследование была точная информация о массе тела при рождении на сроке 37–41 нед. беременности. Все пациентки были рандомизированы в 3 группы: 1-я группа — 312 женщин, родившихся с малой массой тела (2000–2800 г), 2-я — 276 женщин, имевших нормальную массу тела при рождении (3200–3600 г), 3-я — 364 женщины с макросомией (4000–4800 г). 1-я и 3-я группы сравнивались с контрольной (2-й) группой.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась методом вариационной статистики с использованием *t*-критерия Стьюдента на персональном компьютере с использованием программ Statgrafics и Microsoft Excel. За статистически значимые принимались различия при $p < 0,05$.

Ретроспективное и проспективное обследование пациенток репродуктивного и перименопаузального периодов включало анкетирование и выкопировку данных (особенности менструальной, сексуальной и генеративной функции, соматической и гинекологической патологии) из медицинской документации, гинекологическое обследование, кольпоскопию, лабораторное обследование (мазок на флору и цитологию, общий анализ мочи), УЗИ органов малого таза. Изучены особенности перименопаузального периода с оценкой нейровегетативных, психоэмоциональных и метаболических симптомов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У женщин, родившихся с малой массой тела (1-я группа), в структуре гинекологических заболеваний преобладали опущение матки (57,7%) и воспалительные заболевания внутренних половых органов (38,5%). У женщин, родившихся с большой массой тела (3-я группа), наиболее частой гинекологической патологией была миома матки — 42,3%, гиперпластические процессы эндометрия составляли 7,7%. Как следствие пролонгированного воздействия гиперэстрогении, имела место онкологическая патология — рак эндометрия и молочной железы (3,8%). У женщин 3-й группы в 34,6% случаев имела место поздняя менопауза, средний возраст ее начала составлял $52,7 \pm 0,4$ года; перименопаузальный период сопровождался прогрессированием метаболических нарушений, высокой (38,5%) частотой и тяжелым течением гипертонической болезни, кардиосклероза и инсулинезависимого сахарного диабета.

Средний возраст начала пременопаузы в 1-й группе был наименьшим — $44,7 \pm 0,7$ года, во 2-й группе — $47,7 \pm 0,6$ года ($p_{1-2} < 0,01$), в 3-й группе — $49,8 \pm 0,4$ года ($p_{1-3} < 0,001$). Среднее время от начала пременопаузы до наступления менопаузы было достоверно меньше в 1-й группе — $1,6 \pm 0,2$ года против $2,3 \pm 0,2$ года во 2-й группе ($p_{1-2} < 0,5$) и против $2,9 \pm 0,3$ года в 3-й группе ($p_{1-3} < 0,001$). Раннее начало менопаузы было отмечено у 37,5% женщин 1-й группы; течение перименопаузального периода у них отличалось преждевременным возникновением симптомов и тяжелым течением нейровегетативных и урологических расстройств. Вазомоторные нарушения в виде приливов, головокружения, сердцебиения, потливости чаще имели место в 1-й группе ($76,9 \pm 2,4\%$), а во 2-й группе наблюдались в $66,7 \pm 2,8\%$ случаев ($p_{1-2} < 0,01$), тогда как в 3-й группе их доля была наименьшей — $61,5 \pm 2,6\%$ ($p_{1-3} < 0,001$). Средний возраст появления вазомоторных нарушений совпал с началом пременопаузы. Раньше всего данные симптомы появились в 1-й группе (в $43,1 \pm 1,3$ года), тогда как во 2-й группе — в $48,5 \pm 0,6$ года ($p_{1-2} < 0,001$), в 3-й группе — в $49,4 \pm 1,2$ года ($p_{1-3} < 0,01$).

Начальным проявлением генитоуринарного менопаузального синдрома (ГУМС) является чувство сухости во влагалище, затем присоединяются зуд, жжение, частые позывы к мочеиспусканию, ночное мочеиспускание, urgentные позывы, гиперактивный мочевого пузыря, что значительно ухудшает качество жизни женщин в постменопаузе. В 1-й группе выявлена большая доля трофических нарушений, проявляющихся сухостью слизистой влагалища ($61,5 \pm 2,8\%$), во 2-й группе она составила $47,8 \pm 3,0\%$ ($p_{1-2} < 0,01$), в 3-й группе — $34,6 \pm 2,5\%$ ($p_{1-3} < 0,001$ и $p_{2-3} < 0,01$). Трофические нарушения раньше всего появились в 1-й группе — в $46,8 \pm 0,9$ года, тогда как во 2-й группе — в $50,9 \pm 0,9$ года ($p_{1-2} < 0,01$), в 3-й группе — в $52,7 \pm 1,1$ года ($p_{1-3} < 0,001$).

Урологические симптомы ГУМС, такие как гиперактивный мочевой пузырь, непроизвольное мочеиспускание, отмечены в 69,2±2,6%, 55,1±3,0% ($p_{1-2}<0,01$) и 50,0±2,6% случаев соответственно ($p_{1-3}<0,001$). У женщин 1-й группы этот симптом появился раньше, чем в других сравниваемых группах, — в 49,7±0,7 года, 2-й группы — в 52,0±0,9 года ($p_{1-2}<0,05$), позже всего — в 3-й группе — в 56,9±0,5 года ($p_{1-3}<0,001$ и $p_{2-3}<0,001$).

У значительной доли пациенток 1-й группы (73,1±2,5%) отмечалось снижение сексуальной активности, тогда как во 2-й и 3-й группах снижение полового влечения было достоверно реже по сравнению с женщинами 1-й группы — 46,4±3,0% ($p_{1-2}<0,001$) и 38,5±2,6% ($p_{1-3}<0,001$) соответственно. Средний возраст снижения

либидо в сравниваемых группах составлял 46,3±0,9 года, 49,7±0,7 года ($p_{1-2}<0,05$) и 51,8±1,1 года ($p_{1-3}<0,001$), что соответствовало наступлению менопаузы. Еще одним проявлением сексуальной дисфункции была диспареуния. Пациентки 1-й группы предъявляли жалобы на болезненный половой акт достоверно чаще по сравнению с пациентками других групп: 43,3±2,8% против 31,5±2,8% и 21,7±2,2% во 2-й и 3-й группах соответственно ($p_{1-2}<0,01$, $p_{1-3}<0,001$, $p_{2-3}<0,01$).

Опираясь на данные литературы о том, что частота ГУМС зависит от длительности гипоэстрогении и колеблется от 3% в пременопаузальном периоде до 60% после 5 лет постменопаузы, можно объяснить более раннее появление вышеуказанных жалоб у женщин 1-й группы [3, 4].

Таблица 1. Частота проявлений и время возникновения ГУМС в сравниваемых группах (M±m)

Table 1. The frequency of manifestations and the time of onset of GUMS in the compared groups (M±m)

Частота проявлений и время возникновения ГУМС The frequency of manifestations and the time of onset of GUMS	1-я группа 1st group n=312		2-я группа 2nd group n=276		3-я группа 3rd group n=364		p
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	
Трофические нарушения (сухость влагалища) Trophic disorders (dryness of vagina)	192	61,5±1,3	132	47,8±3,0	126	34,6±2,5	$p_{1-2}<0,01$ $p_{1-3}<0,001$ $p_{2-3}<0,01$
За 2-3 года до менопаузы 2-3 years before menopause	107	55,7±3,6	29	22,0±3,6	12	9,5±2,6	$p_{1-2}<0,001$ $p_{1-3}<0,01$ $p_{2-3}<0,01$
Совпадают с наступлением менопаузы Coincide with the onset of menopause	61	31,8±3,4	57	43,2±4,3	33	26,2±3,9	$p_{1-2}<0,05$ $p_{2-3}<0,01$
Через 2-3 года после менопаузы 2-3 years after menopause	24	12,5±2,4	46	34,8±4,1	81	64,3±4,3	$p_{1-2}<0,01$ $p_{1-3}<0,01$ $p_{2-3}<0,001$
Урологические нарушения (гиперактивный мочевой пузырь и др.) Urological disorders (hyperactive bladder, etc.)	216	69,2±2,6	152	55,1±3,0	182	50,0±2,6	$p_{1-2}<0,01$ $p_{1-3}<0,001$
За 2-3 года до менопаузы 2-3 years before menopause	91	42,1±3,6	46	30,3±3,7	27	14,8±2,6	$p_{1-2}<0,05$ $p_{1-3}<0,001$ $p_{2-3}<0,01$
Совпадают с наступлением менопаузы Coincide with the onset of menopause	86	39,8±3,3	75	49,3±4,1	87	47,8±3,7	
Через 2-3 года после менопаузы 2-3 years after menopause	39	18,1±2,6	31	20,4±3,3	68	37,4±3,6	$p_{1-3}<0,001$
Сексуальная дисфункция (снижение либидо) Sexual dysfunction (decreased libido)	228	73,1±2,5	128	46,4±3,0	140	38,5±2,6	$p_{1-2}<0,001$ $p_{1-3}<0,001$
За 2-3 года до менопаузы 2-3 years before menopause	50	21,9±2,7	15	11,7±2,8	14	10,0±2,5	$p_{1-2}<0,01$ $p_{1-3}<0,01$
Совпадают с наступлением менопаузы Coincide with the onset of menopause	151	66,2±3,1	93	72,7±3,8	96	68,6±3,9	
Через 2-3 года после менопаузы 2-3 years after menopause	27	11,8±2,1	20	15,6±3,2	30	21,4±3,5	$p_{1-3}<0,05$
Сексуальная дисфункция (диспареуния) Sexual dysfunction (dyspareunia)	135	43,3±2,8	87	31,5±2,8	79	21,7±2,2	$p_{1-2}<0,01$ $p_{1-3}<0,001$ $p_{2-3}<0,01$
За 2-3 года до менопаузы 2-3 years before menopause	62	45,9±4,3	16	18,4±4,2	10	12,7±3,7	$p_{1-2}<0,001$ $p_{1-3}<0,01$
Совпадают с наступлением менопаузы Coincide with the onset of menopause	43	31,9±4,0	36	41,4±5,3	23	29,1±5,1	
Через 2-3 года после менопаузы 2-3 years after menopause	30	22,2±3,6	35	40,2±5,3	46	58,2±5,5	$p_{1-2}<0,01$ $p_{1-3}<0,001$ $p_{2-3}<0,05$

Подтверждением этого факта явилось то, что практически все проявления ГУМС в 1-й группе возникали за 2–3 года до наступления менопаузы, тогда как у пациенток 3-й группы, наоборот, появлялись спустя несколько лет после констатации менопаузы (табл. 1).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, среднее время наступления менопаузы у женщин, родившихся с малой массой тела, было наименьшим по сравнению с таковым в других исследуемых группах. Преждевременная менопауза имела место только у женщин 1-й группы, а поздняя менопауза чаще наблюдалась в 3-й группе. В перименопаузе у женщин, родившихся с малой массой тела, доминировали проявления ГУМС.

В отличие от вазомоторных проявлений климактерического синдрома, как правило, нивелирующихся со временем, ГУМС неуклонно прогрессирует, негативно влияет на качество жизни и сексуальное здоровье женщины и практически не корректируется без лечения. Именно это объясняет необходимость использования своевременной терапии в группе риска — у женщин, имевших при рождении малую массу тела. Методом выбора для лечения ГУМС является локальная эстрогенотерапия, что подтверждено значительной доказательной базой и большим клиническим опытом [5, 6].

Местная терапия лекарственной формой, содержащей натуральный эстроген — эстриол, оказывает положительное воздействие на все симптомы ГУМС — как генитальные, так и уринальные. Дополнительным преимуществом интравагинального применения эстриола является максимальная биодоступность, которая обеспечивается за счет связывания с рецепторами урогенитального тракта и, как следствие, отсутствия системного воздействия [7, 8]. Одним из объективных критериев безопасности применения крема и свечей, содержащих эстриол, является то, что локальные лекарственные формы не вызывают пролиферацию эндометрия и не увеличивают маммографическую плотность [9].

Литература/References

1. Гальцев Е.В., Казанашев В.В. Психосоциальный дискомфорт у женщин с эстроген-обусловленными урогенитальными расстройствами. Оржин. 2007;2:4–9. [Galtsev E.V., Kazanashev V.V. Psychosocial discomfort in women with estrogen-mediated urogenital disorders. Orzhin. 2007;2:4–9 (in Russ.).]
2. Хурасева А.Б. Репродуктивное здоровье женщин, родившихся с полярными значениями массы тела. Международный эндокринологический журнал. 2010;32(8):106–110. [Khuraseva A.B. Reproductive health of women born with polar body weight. International Endocrinology Journal. 2010;32(8):106–110 (in Russ.).]
3. Al-Baghdadi O., Ewies A.A. Topical estrogen therapy in the management of postmenopausal vaginal atrophy: an up-to-date overview. Climacteric J. Int. Menopause Soc. 2009;12 (Suppl. 2):91–105.
4. Calleja-Agius J., Brincat M.P. The urogenital system and the menopause. Climacteric J. Int. Menopause Soc. 2015;18 (Suppl. 1):18–22.
5. Балан В.Е. Клиническая картина, диагностика и лечение вагинальной атрофии в климактерии. Гинекология. 2009;2(11):26–29. [Balan V.E. Clinical picture, diagnosis and treatment of vaginal atrophy in menopause. Gynecology. 2009;2(11):26–29 (in Russ.).]
6. Серов В.Н. Терапия урогенитальных расстройств, обусловленных дефицитом эстрогенов. Акушерство, гинекология и репродукция. 2010;4(1):21–35. [Serov V.N. Therapy of urogenital disorders due to estrogen deficiency. Obstetrics, gynecology and reproduction. 2010;4(1):21–35 (in Russ.).]
7. Дьяков В.В., Годунов Б.Н., Гвоздев М.Ю. Опыт длительного применения препарата Овестин у женщин, страдающих расстройствами мочеиспускания в постменопаузальном периоде. Урология. 2003;1:43–45.

[Dyakov V.V., Godunov B.N., Gvozdev M. Yu. Experience in the long-term use of the drug Ovestin in women with urinary disorders in the postmenopausal period. Urology. 2003;1:43–45 (in Russ.).]

8. Перепанова Т.С., Хазан П.Л. Роль эстриола в терапии урогенитальных расстройств у женщин в постменопаузе. Урология. 2007;3:102–105.

[Perepanova T.S., Hazan P.L. The role of estriol in the therapy of urogenital disorders in postmenopausal women. Urology. 2007; 3:102–105 (in Russ.).]

9. Прилепская В.Н., Ледина А.В. Эстриол (локальные и системные формы) в лечении атрофического вульвовагинита. Гинекология. 2015;1:66–68.

[Prilepskaya V.N., Ledina A.V. Estriol (local and systemic forms) in the treatment of atrophic vulvovaginitis. Gynecology. 2015;1:66–68 (in Russ.).]

Сведения об авторе: Хурасева Анна Борисовна — д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии ФПО ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России. Россия, 305040, г. Курск, ул. К. Маркса, д.3. **Контактная информация:** Хурасева Анна Борисовна, e-mail: anna_mail@bk.ru. **Прозрачность финансовой деятельности:** автор не имеет финансовой заинтересованности в представленных материалах или методах. **Конфликт интересов отсутствует.** Статья поступила 09.07.2018.

About the author: Anna. B. Khuraseva — MD, Professor of Obstetrics and Gynecology Department of Post Graduation Faculty, Kursk State Medical University, Ministry of Health of Russian Federation. 3, K. Marks str., Kursk, 305040, Russian Federation. **Contact information:** Anna. B. Khuraseva, e-mail: anna_mail@bk.ru. **Financial Disclosure:** author hasn't any financial or property interest in any material or method mentioned. **There is no conflict of interests.** Received 09.07.2018.