

# Objawy uroginekologiczne i ich wpływ na jakość życia kobiet w okresie przekwitania

## *Urogynecological problems and their influence on quality of life of climacteric women*

Małgorzata Posturzyńska<sup>1</sup>, Tomasz Rechberger<sup>2</sup>, Krzysztof Postawski<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinika Położnictwa i Perinatologii Akademii Medycznej w Lublinie; kierownik Kliniki prof. dr hab. med. Jan Oleszczuk

<sup>2</sup>II Katedra i Klinika Ginekologii Akademii Medycznej im. prof. F. Skubiszewskiego w Lublinie;

kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. med. Tomasz Rechberger

Przeгляд Menopauzalny 2006; 6: 388–392

### Streszczenie

Na podstawie ankiety uzyskanej od 136 kobiet w wieku okołomenopauzalnym oceniono częstość występowania dolegliwości uroginekologicznych oraz ich wpływ na jakość życia pacjentek. Najczęstszymi objawami atrofii urogenitalnej w tym okresie życia kobiety jest suchość i swędzenie pochwy, dyspareunia, pieczenie pochwy, a najrzadziej występuje świąd sromu. Dolegliwości te negatywnie wpływają na jakość życia seksualnego. Zanotowano obecność ścisłej korelacji między zaburzeniami statyki narządu płciowego, a częstością występowania zmian czynnościowych w postaci różnych form klinicznych nietrzymania moczu. Stwierdzono ponadto istnienie dodatkowej korelacji pomiędzy nasileniem atrofii urogenitalnej mierzonej kwasowością pochwy a stopniem klinicznym (POP-Q) obniżenia narządu płciowego.

**Słowa kluczowe:** okres okołomenopauzalny, atrofia pochwy, nietrzymanie moczu, skala POP-Q

### Summary

**Objectives:** To check the prevalence of urogynaecological problems and their influence on quality of life of climacteric women.

**Design:** Analysis of questionnaire data.

**Material and methods:** In total, 136 questionnaires were analyzed in two groups of climacteric women (below and over 50 years of age). The POP-Q scale and vaginal pH were determined in each patient admitted to the hospital. The percentages of urogynaecological problems (vaginal dryness, dyspareunia, itching, soreness, vulvar irritations, painful sex, discomfort with intercourse, urinary incontinence, and pelvic organ prolapse) were calculated in each group of investigated women. POP-Q scale in each subject was analyzed in relation to vaginal pH value. Statistical analysis of the obtained results was also performed using  $\chi^2$ , Pearson's and Student's t-tests.

**Results:** The most common urogynaecological problems that negatively influenced the quality of sexual life among investigated women were: vaginal dryness (33.3%), itching (31.6%) and dyspareunia (22.8%). In the older patient group the percentage of sexually active women was lower than in the group of patients younger than 50 years of age (29.9 vs. 50.8;  $p < 0.02$ ). There was a strong correlation between pelvic organ prolapse and different forms of urinary incontinence ( $p < 0.02$ ). A positive relationship between vaginal pH and POP-Q stage was also determined ( $p < 0.01$ ).

**Conclusions:** This knowledge may assist in understanding changes caused by biological versus reproductive senescence with a potential for improved and preventive therapeutic interventions in the climacteric patient population.

**Key words:** climacterium, vaginal atrophy, urinary incontinence, POP-Q

## Wstęp

Rozwój cywilizacyjny i społeczny oraz związany z nim postęp nauk medycznych przyczynił się do przedłużenia życia człowieka i wydłużenia okresu starości. Spowodowało to wzrost liczby ludzi przeżywających problemy tego okresu. W sposób szczególny dotyczą one kobiet, u których wygasanie czynności hormonalnej jajników zapoczątkowuje wiele dolegliwości.

Wśród problemów często ujawniających się lub nasilających w okresie przekwitania istotne miejsce zajmują zmiany o charakterze zanikowym, zachodzące w narządzie rodnym, strukturach powięziowo-mięśniowych dna miednicy mniejszej oraz w dolnym odcinku dróg moczowych.

Atrofia urogenitalna, na którą cierpi w krajach wysoko rozwiniętych ok. 34% całej populacji kobiet, może być podstawowym wyzwaniem stojącym przed medycyną XXI w. [1]. Nasilające się zmiany atroficzne w układzie moczowo-płciowym wywierają wpływ na jakość życia kobiet we wszystkich jego sferach. Dolegliwości somatyczne wpływają na funkcjonowanie psychiczne, samopoczucie, a także życie intymne i relacje partnerskie.

W etiologii zmian zachodzących w układzie moczowo-płciowym najistotniejszą rolę odgrywa czynnik hormonalny. Obniżenie stężenia hormonów płciowych pochodzenia jajnikowego stanowi początek zmian o charakterze zanikowym, dotyczących zarówno narządu rodnego, jak również dróg moczowych. Proces ten powoduje również obniżenie ilości receptorów estrogenowych i progesteronowych w narządach i tkankach docelowych dla steroidów płciowych, co w konsekwencji prowadzi do zaniku tkanek estrogenozależnych, objawiający się zmniejszeniem masy i wielkości narządów, a także zmniejszeniem grubości ich błony śluzowej [2].

W symptomatologii atrofia urogenitalnej istotną rolę przypisuje się zmianom strukturalnym i biochemicznym zachodzącym w tkance łącznej, będącej istotnym składnikiem budulcowym struktur anatomicznych biorących udział w funkcjonowaniu aparatu stabilizującego cewkę moczową. Zaburzenia dotyczące zmian w składzie i zawartości włókien kolagenowych (zmniejszenie ilości kolagenu typu I, wyższa zawartość białka typu III) są jedną z przyczyn wysiłkowego nietrzymania moczu oraz zaburzeń statyki narządu rodnego [2, 3]. W opinii niektórych badaczy podłożem zmian występujących w pochwie, na sromie oraz w układzie moczowym jest proces starzenia ustroju. Jego konsekwencją jest zmniejszenie uwodnienia tkanek oraz zmniejszenie lub utrata ich elastyczności i sprężystości [4]. Obniżony w okresie menopauzy poziom estrogenów prowadzi do zmniejszenia grubości ścian błony śluzowej cewki moczowej, zmian wstecznych w podśluzówkowych spłotach naczyniowych, co w konsekwencji powoduje obniżenie ciśnienia śródcewkowego, będącego elementem wspomagającym mechanizm zwieraczowy cewki moczowej.

Zmianami wstecznymi w dolnym odcinku dróg moczowych jest także atrofia w obrębie trójkąta pęcherza moczowego oraz obniżenie napięcia mięśniowego struktur mięśniowo-łącznotkankowych przepony moczowo-płciowej. Następstwem zaburzeń metabolizmu kolagenu jest usztywnienie cewki moczowej oraz zmniejszenie aktywności układu  $\alpha$ -adrenergicznego unerwiającego zarówno szyję pęcherza, jak i zwieracz cewki moczowej [5, 6].

Objawom atrofia urogenitalnej towarzyszą dysfunkcje czynnościowe spowodowane zaburzeniami statyki narządu płciowego czyli *równowagi sił utrzymujących narządy płciowe w prawidłowym położeniu*. Położenie i konfiguracja pochwy i macicy jest wyznacznikiem statyki narządów płciowych [7].

Obiektywna ocena statyki narządu płciowego możliwa jest przy zastosowaniu skali klasyfikacji POP-Q (ang. *pelvic organ prolapse-quantification*) [7]. System ten pozwala na określenie nasilenia zaburzeń statyki zarówno u kobiet z zachowaną macicą, jak i u pacjentek po jej usunięciu, po przeprowadzeniu wyłącznie badania klinicznego. Stopień wypadania narządu rodnego oceniany jest w relacji do płaszczyzny błony dziewiczej, stanowiącej stały anatomiczny punkt odniesienia. W odniesieniu do tej płaszczyzny wyznaczana jest w centymetrach pozycja sześciu anatomicznych punktów dodatkowych (tzw. punktów zdefiniowanych), na podstawie której pacjentki klasyfikowane są do jednej z pięciu grup klinicznych [7, 8]. Klasyfikacja POP-Q według Lumpa i wsp. [7] obejmuje 4 stopnie zaawansowania wypadania narządu rodnego:

- stopień 0 – wypadania nie stwierdza się,
- stopień I – punkt największego obniżenia znajduje się w odległości większej niż 1 cm ponad płaszczyznę błony dziewiczej,
- stopień II – dystalna część obniżenia znajduje się w zakresie 1 cm proksymalnie albo dystalnie do błony dziewiczej,
- stopień III – punkt największego obniżenia znajduje się dalej niż 1 cm poniżej płaszczyzny błony dziewiczej, ale w odległości nie większej niż (tv1-2) cm,
- stopień IV – wynicowanie pochwy lub macicy; najbardziej dystalna część narządu znajduje się w relacji do błony dziewiczej co najmniej w położeniu (tv1-2) cm.

## Cel pracy

Celem poznawczym przeprowadzonych badań było zebranie danych dotyczących problemów związanych z występowaniem zmian o charakterze zanikowym w pochwie i na sromie u kobiet w okresie przekwitania.

## Metodyka

Badania przeprowadzono od lutego do czerwca 2005 r. w II Katedrze i Klinice Ginekologii Akademii Medycznej

w Lublinie. Objęto nimi 150 kobiet w wieku 48–55 lat. Występowanie atrofii pochwy i sromu badano pośrednio przy użyciu testu paskowego pH wydzieliny pochwowowej i korelowano ze skalą POP-Q, którą określano podczas badania klinicznego przy przyjęciu chorej do kliniki.

Wszystkie pacjentki po uzyskaniu wyczerpujących informacji wyraziły zgodę na udział w badaniach zastrzegając sobie anonimowość.

Dla celów wspomnianej analizy wykorzystano ankietę opracowaną przez pierwszego autora niniejszego artykułu [9], na podstawie której oceniano jakie są najczęstsze dolegliwości uroginekologiczne u kobiet w wieku okołomenopauzalnym i ich wpływ na jakość życia dotkniętych nimi pacjentek. Wyniki uzyskane w ankiecie poddano analizie statystycznej z użyciem: testu  $\chi^2$  Pearsona oraz t-Studenta. Za graniczny poziom istotności przyjęto  $p=0,05$ .

## Wyniki

Ostatecznej analizie poddanoankiety uzyskane od 136 kobiet, które podzielono na dwie grupy wiekowe: do 50 lat i powyżej. Pierwsza z nich objęła 59 kobiet, co stanowiło 43,4% badanych, natomiast druga – 77, tj. 56,6%.

Większość (44,1%) pochodziła ze wsi, natomiast pozostałe były mieszkankami miast, w tym ok. 30% dużych. 75 badanych (55,1%) urodziło przynajmniej jedno dziecko o masie urodzeniowej powyżej 4 kg, podczas gdy u 61 (44,9%) masa urodzeniowa noworodków nie przekraczała tej wartości. U większości badanych (53,8%) nie stwierdzono żadnych nałogów. Wśród pozostałych dominowało palenie papierosów (36,4%), picie alkoholu (7,7%). 2,1% badanych kobiet wskazało na inne formy uzależnienia.

Badane kobiety wolny czas spędzały głównie na oglądaniu telewizji (48,8%) oraz czytaniu książek i czasopism (25,6%). 12,3% badanych w wolnych chwilach spacerowało, 7,4% uprawiało sport, a 4,4% wskazało na sen jako główną formę spędzania wolnego czasu.

**Tab. I.** Rozkład procentowy badanych w zależności od współczynnika BMI

BMI (kg/m <sup>2</sup> )	N	%
do 25	69	50,7
powyżej 25	67	49,3
razem	136	100,0

**Tab. II.** Wykształcenie badanych kobiet

Wykształcenie	N	%
podstawowe, zawodowe	38	27,9
średnie	67	49,3
wyższe	31	22,8
razem	136	100,0

Trzy z nich wymieniło inne formy wypoczynku. Większość spośród 136 kobiet biorących udział w badaniu była zamężna (96,3%).

Pracę umysłową wykonywało 43,3%, fizyczną 24,3%, a pozostałe 32,4% respondentek nie pracowało (renta, emerytura, bezrobotne).

Kobiety w wieku do 50 lat oceniły swój stan zdrowia w skali czterostopniowej (0 – zły, 1 – przeciętny, 2 – dobry, 3 – bardzo dobry) na 1,59 punktów, natomiast starsze – na 1,27, co było istotne statystycznie ( $p<0,05$ ). Ocena ta u respondentek, u których BMI nie przekraczało 25 wyniosła 1,87, podczas gdy u otyłych była niższa (1,04;  $p<0,02$ ).

Wśród najczęściej odczuwanych dolegliwości uroginekologicznych przez badane (114 odpowiedzi udzielonych przez 92 kobiety) należy wymienić suchość w pochwie (33,3% wskazań), swędzenie w pochwie (31,6%). W dalszej kolejności wymieniane były: ból podczas stosunku seksualnego (22,8%), pieczenie w pochwie (10,5%), świąd sromu (1,8%).

W przypadku zanotowania dolegliwości badane

**Tab. III.** Występowanie chorób przewlekłych w badanej grupie kobiet w zależności od wieku

Występowanie chorób przewlekłych	Do 50 lat		Powyżej 50 lat	
	N	%	N	%
tak	17	29,3	26	33,3
nie	41	70,7	52	66,7
$\chi^2$	3,684			
p	<0,05			

**Tab. IV.** Dolegliwości uroginekologiczne odczuwane przez badane

Dolegliwości	Tak		Nie	
	N	%	N	%
suchość w pochwie	10	22,2	16	23,2
swędzenie w pochwie	15	33,3	23	33,3
ból przy stosunku	14	31,1	22	31,9
pieczenie w pochwie	6	13,3	6	8,7
świąd sromu	0	0,0	2	2,9
$\chi^2$	0,710			
p	brak korelacji istotnej statystycznie			

**Tab. V.** Wpływ odczuwanych dolegliwości na jakość życia intymnego wśród badanych pacjentek

Odczuwanie wpływu	N	%
mają wpływ	89	96,7
nie mają wpływu	3	3,3
razem	92	100,0

w zdecydowanej większości informowały o tym ginekologa już na początku wystąpienia objawów (73,9%). 8,7% kobiet biorących udział w badaniu informowało lekarza dopiero po nasileniu się objawów, a 17,4% w ogóle nie przyznawało się do ich wystąpienia.

W wieku poniżej 50. roku życia 50,8% badanych było aktywnych seksualnie, podczas gdy u starszych odsetek ten wynosił 29,9. 2/3 aktywnych seksualnie kobiet odczuwało satysfakcję ze współżycia płciowego.

36,0% respondentek przyznawało się do nietrzymania moczu (NM). Pozostałe 64,0% kobiet biorących udział w badaniu nie miało takich problemów. Kobiety, u których stopień skali POP-Q wynosił I zdecydowanie rzadziej uskarżały się na NM (17,1%) niż pacjentki, u których stopień zaburzeń statyki narządu płciowego był większy (87,1%). Analiza statystyczna wykazała w tych przypadkach istotną różnicę statystyczną ( $p < 0,01$ ).

Porównując pH pochwy kobiet biorących udział w badaniu z wynikiem w skali POP-Q I albo wyższym stwierdzono, że wśród pacjentek, u których stopień wypadania narządu rodowego wynosił I dominują kobiety z pH pochwy niższym niż 4,2 (94,3%). W przypadku kobiet z drugiej grupy, odsetek ten jest zdecydowanie ( $p < 0,02$ ) mniejszy (61,3%).

## Komentarz

Zaburzenia statyki narządu rodowego, prowadzące do obniżenia się ścian, szczytu pochwy lub macicy spowodowane są uszkodzeniem struktur podporowych miednicy mniejszej (powięzi, mięśni). Towarzyszą im często przepukliny pochwy zawierające ścianę pęcherza moczowego (*cystocoele*), odbytnicy (*rectocoele*) lub pętle jelita cienkiego (*enterocoele*). Wypadanie pochwy, macicy, odbytnicy i pęcherza moczowego określane są w literaturze anglojęzycznej skrótem POP (*Pelvic Organ Prolapse*) [8]. Zaburzenia te są przyczyną występowania takich nieprawidłowości, jak częste oddawanie moczu, parcie na mocz, wysiłkowe nietrzymanie moczu lub jego zatrzymanie z utrudnieniem mikcji, stany zapalne pęcherza moczowego, a także trudności z oddawaniem stolca, bóle kręgosłupa w okolicy krzyżowej. Towarzyszą im subiektywne dolegliwości zgłaszane przez pacjentki, takie jak uczucie ciężenia w podbrzuszu czy wrażenie wypadania macicy [10, 11]. Zaburzenia statyki narządu rodowego początkowo przebiegają bezobjawowo, mogą nasilać się stopniowo lub też pojawić się nagle, jak to się często dzieje u kobiet po menopauzie w związku z atrofią tkanek, prowadząc do wystąpienia opisanych objawów klinicznych choroby [11].

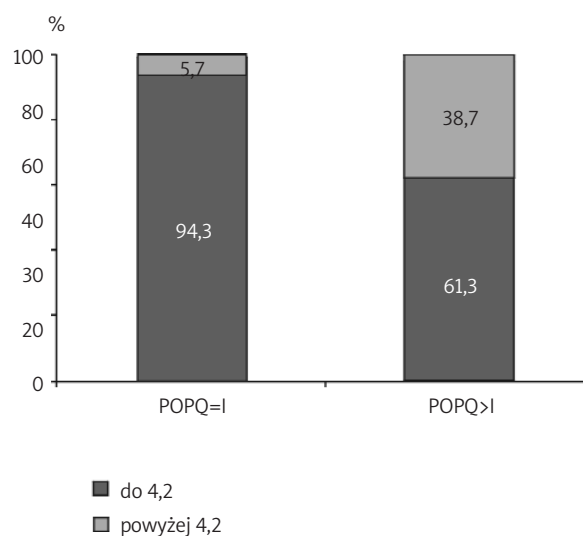
Kobiety w przeważającej liczbie przypadków lekceważą dolegliwości związane z zaburzeniem statyki narządu płciowego, atrofią pochwy czy nietrzymaniem moczu aż do takiego zaawansowania objawów, że utrudniają one normalne funkcjonowanie, czy też ograniczają

codzienną aktywność. W naszych badaniach w przypadku wystąpienia dolegliwości (ból przy stosunku, suchość w pochwie, swędzenie w pochwie, pieczenie w pochwie, świąd sromu) pacjentki w zdecydowanej większości informowały o tym ginekologa już na początku pojawienia objawów. Zwraca jednak uwagę fakt, że aż ponad 1/6 z nich nie przyznawało się do ich występowania. Potwierdza to opinię wielu badaczy, w tym Brubakera i wsp. [13], że dolegliwości związane z przekwitaniem są dla kobiet wstydlivym tematem.

Okołomenopauzalne zmiany biochemiczne tkanki łącznej uważane są za przyczynę skracania oraz zwężenia pochwy, a także postępującej z wiekiem utraty elastyczności, co poprzez wywoływanie dyspareunii może skłaniać do unikania współżycia płciowego. W opinii Rogersa i wsp. [12] inną przyczyną braku aktywności seksualnej jest strach przed gubieniem moczu podczas współżycia.

W badanej przez nas grupie przed 50. rokiem życia aktywnych seksualnie było ponad 50% kobiet, a u starszych odsetek ten był niższy ( $p < 0,02$ ) i wyniósł jedynie ok. 30. Jedna trzecia z grupy aktywnych seksualnie pacjentek nie odczuwała satysfakcji z prowadzonego współżycia, co wg wspomnianej grupy Rogersa może być niezależne od występujących problemów uroginekologicznych i dotyczyło przede wszystkim relacji między partnerami.

Interesującą obserwacją, jakkolwiek trudną do wytłumaczenia wobec braku stosownych badań jest zanotowanie dodatniej korelacji między nasileniem wypadania narządu płciowego a wzrostem pH wydzieliny pochwowej. Jedną z możliwych przyczyn odpowiedzialnych za wystąpienie tej zależności może być niedobór estrogenów, który usposabia nie tylko do wystąpienia zmian biochemicznych macierzy pozakomórkowej wpływając na właściwo-



Ryc. 1. Kwasowość pochwy (pH) badanych kobiet w zależności od skali POP-Q

ści biomolekularne włókien kolagenu, lecz także poprzez zmniejszenie ilości glikogenu w komórkach błony śluzowej prowadzi do zmniejszenia kwasowości pochwy.

## Wnioski

1. Najczęstszym objawem atrofii urogenitalnej u kobiet w okresie przekwitania jest suchość pochwy, swędzenie, dyspareunia, pieczenie, a najrzadziej występuje świąd sromu.
2. Suchość, swędzenie, pieczenie pochwy oraz świąd sromu negatywnie wpływają na jakość życia seksualnego kobiet.
3. Istnieje ścisła korelacja między zaburzeniami statyki narządu płciowego, a częstością występowania zaburzeń czynnościowych w postaci różnych form klinicznych nietrzymania moczu.
4. Stwierdzono istnienie dodatniej korelacji pomiędzy nasileniem atrofii urogenitalnej (mierzonej odczynem wydzieliny pochwowej), a stopniem klinicznym obniżenia narządu rodowego ocenianym w skali POP-Q.

## Piśmiennictwo

1. Versi E, Harley MA, Cardozo L, et al. Urogenital prolapse and atrophy at menopause: a prevalence study. *Int urogynecol Pelvic Floor Dysfunct* 2001; 12: 107-10.
2. Rechberger T, Postawski K. Problemy uroginekologiczne u kobiet po wystąpieniu menopauzy. *Nowa Medycyna* 2004; 1: 35-8.
3. Stetkiewicz T, Sobczuk A, Pertyński T. Diagnostyka i terapia zaburzeń okresu menopauzalnego. *Medycyna Biologiczna* 2002; IV-VI: 29-35.
4. Lembrych S. Czynniki zaburzające prawidłową statykę kobiecych narządów płciowych. *Gin Prakt* 1996; 4/5: 21-22.
5. Jakimiuk AJ, Tomaszewski J. Implikacje zdrowotne okresu pomenopauzalnego. W: Diagnostyka i terapia wieku menopauzalnego. Pertyński T (red.). Wyd. Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2004; 323-35.
6. Tomaszewski J, Rechberger T. Rola estrogenowej terapii zastępczej w uroginekologii. W: Nietrzymanie moczu u kobiet. Patologia, diagnostyka, leczenie. Rechberger T, Jakowicki JA (red.). Bifolium, Lublin 2005; 195-206.
7. Bump RC, Mattiasson A, BøK, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 10-17.
8. Postawski K, Rechberger T. Obiektywna ocena zaburzeń statyki narządu płciowego kobiety. W: Nietrzymanie moczu u kobiet. Patologia, diagnostyka, leczenie. Rechberger T, Jakowicki JA (red.). Bifolium, Lublin 2005; 155-9.
9. Posturzyńska M. Zmiany atroficzne pochwy i sromu występujące u kobiet w okresie przekwitania. Praca magisterska. AM Lublin, 2005.
10. Thakar R, Stanton S. Management of genital prolapse. *British Med J* 2002; 324: 1258-62.
11. Brubaker L, Bump R, Jacquelin B, et al. Pelvic organ prolapse. W: Incontinence. 2<sup>nd</sup> ed. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A (red.). Plymouth: Health Publication Ltd. 2002: 243-65.
12. Rogers GR, Villarreal A, Kammerer-Doak D, et al. Sexual function in women with and without urinary incontinence and/or pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 2001; 12: 361-5.