

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Проф. Н. А. ЩЕРБИНА, АЛАЙЯ ЛАМИА

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Изучены этиопатогенетические аспекты пролапса гениталий в перименопаузальном периоде путем клинико-anamnestического обследования 15 пациенток с опущением стенок влагалища и стрессовым недержанием мочи. Этиопатогенетическими особенностями перименопаузальных нарушений у женщин с пролапсом гениталий являются возраст, паритет, различные акушерско-гинекологические осложнения и заболевания, избыточная масса тела, сосудистая патология, ассоциирующая с дисплазией соединительной ткани. Дальнейшие исследования позволят открыть новые направления в диагностике, коррекции и профилактике данной патологии.

Ключевые слова: урогенитальные нарушения, этиопатогенетические аспекты, пролапс гениталий.

Во всем мире значительно возрос интерес к изучению проблемы перименопаузального периода, представляющий собой физиологическое состояние женщины, при котором на фоне общих возрастных изменений организма доминируют инволютивные процессы в репродуктивной системе [1, 2]. Качественно новый этап в жизни женщины может протекать патологически.

Общим для патологических проявлений, имеющих место в перименопаузальном периоде, становится то обстоятельство, что они находятся под воздействием многих факторов [3, 4]. В частности, дегенеративные процессы в яичниках, заболевания органов половой системы воспалительного и эндокринного генеза, хирургические вмешательства на придатках матки изменяют продукцию овариальных гормонов [5, 6]. Такое же влияние оказывают и агрессивные факторы внешней среды (психические травмы, переутомление, недостаточное питание и др.) [7].

Универсальной гормональной характеристикой перименопаузы считается повышение уровня гонадотропинов и дефицит эстрогенов. Исходя из патогенетических концепций перименопаузальные нарушения — это своеобразный шок, возникающий в результате дефицита эстрогенов и в большей степени из-за колебания уровня эстрогенных гормонов [2, 8].

К последствиям дефицита половых гормонов можно отнести симптомы, наиболее значимыми из которых являются нейровегетативные и психоэмоциональные расстройства, урогенитальные нарушения, потеря кальция и коллагена из костной ткани, приводящая к остеопорозу, повышение частоты сердечно-сосудистых заболеваний [9–11].

Вместе с тем существует другая точка зрения, согласно которой артериальная гипертензия, ожирение, климактерический невроз, остеопения, урогенитальная дисфункция являются результатом последовательного развития возрастных изменений с доминирующими нарушениями в центрах гипоталамуса [2, 3].

Установлено, что у женщин с перименопаузальными нарушениями отсутствуют адекватность и приуроченность эмоционально-поведенческих и вегетативных реакций на раздражитель, отмечается повышение уровня адренокортикотропного гормона, уровня трийодтиронина (Т3) при неизменном уровне общего тироксина (Т4), а также увеличение концентрации кортизола, альдостерона и тестостерона, синтезируемых надпочечниками [7, 8].

В настоящее время патогенез перименопаузальных нарушений с гормональных позиций может рассматриваться следующим образом. С уменьшением числа фолликулов наблюдается селективное снижение секреции яичниками ингибина, что по принципу обратной связи приводит к повышению содержания фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) задолго до наступления менопаузы, при нормальном уровне эстрадиола (E_2) и лютеинизирующего гормона (ЛГ), причем указанные изменения соотношения гормонов совпадают с ускоренной потерей яичникового резерва. В дальнейшем уровень E_2 снижается, концентрация гонадотропинов, особенно ФСГ, повышается еще в большей степени. Поэтому к основным гормональным критериям менопаузы следует отнести низкий уровень E_2 (менее 80 пмоль/л), высокое содержание ФСГ (более 30 МЕ/л), индекс ЛГ/ФСГ < 1,0, величину соотношения E_2 /эстрон < 1,0, низкий уровень ингибина [1, 7]. Высокая частота патологического климакса у родственников I–II степени родства (35%), одновременное наступление менопаузы у близнецов свидетельствует о значении наследственных факторов в этиопатогенезе перименопаузальных нарушений [7, 9].

Иммунологические исследования у женщин в перименопаузе свидетельствуют о том, что в пожилом возрасте наблюдается развитие иммунодефицитного состояния, снижается резистентность организма к внешним и внутренним поврежда-

ющим факторам, замедляются общие неспецифические адаптационные реакции [12, 13].

У пациенток с урогенитальными нарушениями отмечены иммунные признаки воспаления, сопряженные со снижением активности противомикробного иммунитета [14]. Обнаруженное у них уменьшение содержания в периферической крови Т-общих лимфоцитов, Т-хелперов, интерферона-гамма (ИНФγ), дефицит в цервикальной слизи секреторного IgA и лизоцима, низкая аффинность продуцируемых антител, сниженная биоцидность лейкоцитов крови создают благоприятный фон для персистенции вирусной и бактериальной инфекции, дисбиоза слизистых покровов.

Таким образом, развитию урогенитальных нарушений у женщин способствует эстрогензависимая атрофия слизистой оболочки урогенитального тракта, а также снижение клеточного иммунитета [15].

Онтофилогенетическая связь органов мочеполовой системы, как правило, обуславливает их содружественное страдание, поэтому нарушение функции половых органов отражается на состоянии мочевогоделительной системы. Проявляется это в период менопаузы, когда снижение уровня эстрогенов приводит к атрофии эпителия мочевых путей, снижает их резистентность к микрофлоре, способствуя нарушению микробиоценоза влагалища с развитием дисбактериоза, а также потере эластичности тканей [16–18].

Урогенитальные нарушения в перименопаузе выражены вагинальными и мочевыми симптомами, развитие которых является манифестацией атрофических и дистрофических процессов в структурах мочеполового тракта (мочевом пузыре, уретре, влагалище, связочном аппарате матки и мышцах тазового дна) [10, 19]. Они встречаются у 40% женщин в менопаузе и у 80% — через 4–5 лет после наступления менопаузы [4, 9].

Атрофические изменения эпителия влагалища и уретры связаны с увеличением частоты циститов, недержанием мочи, учащением мочеиспускания, диспареунией, сухостью и зудом во влагалище [18, 20]. Снижение тонуса уретры, расширение наружного отверстия мочеиспускательного канала приводят к формированию уретрального гребня, дизурии, болезненности мочеиспускания, а иногда и гематурии [20, 21].

В настоящее время установлено, что нижняя треть мочеточников, мочевой пузырь, уретра, влагалище и мышцы тазового дна имеют большое количество рецепторов к стероидным гормонам [8, 15]. Эстрогенные рецепторы расположены не только в базальном и парабазальном слоях вагинального эпителия, но в строме и миофибриллах гладкой мускулатуры влагалищной стенки, что обеспечивает ее эластичность [10]. Возникающие атрофические изменения во влагалище на фоне дефицита эстрогенов характеризуются преобладанием базальных и парабазальных клеток, снижением кровоснабжения,

фрагментацией эластических и гиалинозом коллагеновых волокон [6].

Эстрогены оказывают существенное влияние на нервно-мышечную систему влагалища с последующей нормализацией тонуса и сократительной активности его стенок, а эстрогенный дефицит может быть причиной их атонии, приводящей к пролапсу [20, 22]. Кроме того, эстрогенный дефицит обуславливает угнетение пролиферативных процессов во влагалище, вследствие чего исчезает гликоген, а из влагалищного биотопа частично или полностью элиминируются лактобациллы [18, 20]. В результате происходит колонизация вагинального биотопа как экзогенными микроорганизмами, так и эндогенной флорой, возрастает риск возникновения инфекционных заболеваний влагалища и развития восходящей урологической инфекции [9]. Получены данные, согласно которым в патогенезе урогенитального пролапса важную роль играют особенности соединительной ткани как основного компонента структур тазового дна [22].

Клинические проявления генитальных расстройств встречаются в виде вагинальной атрофии (сухость и зуд влагалища, диспареуния, рецидивирующие выделения, опущение стенок влагалища, контактные кровотечения, сексуальные расстройства) и цистоуретральной атрофии (поллакиурия, никтурия, цисталгия, императивные позывы к мочеиспусканию, стрессовое недержание мочи) [1, 4, 10].

По данным Г. М. Зиятдиновой [9], поллакиурия у женщин перименопаузального возраста встречается в 87,2% случаев, никтурия — в 30,7%, смешанное недержание мочи — в 90,3%.

В постменопаузе наблюдается широкий спектр внутриматочной патологии: полипы эндометрия (55,1% наблюдений), железистая гиперплазия (47%), атипичная гиперплазия (4,1%), аденокарцинома эндометрия (15,6%), субмукозная миома (6,5%), аденомиоз (1,7%) [15, 23]. Объем и структура яичников после менопаузы подвержены значительным индивидуальным колебаниям в зависимости от атрофического или гиперпластического морфологического типа [11].

Таким образом, несмотря на единое мнение большинства авторов о ведущей роли эстрогенного дефицита в генезе атрофических и дистрофических процессов структур мочеполового тракта, требуется проведение дальнейших исследований поиска этиологических факторов урогенитальных нарушений.

Цель данного исследования — изучение этиопатогенетических аспектов пролапса гениталий в перименопаузе путем клинико-анамнестического обследования женщин с урогенитальными нарушениями для определения перспективных направлений профилактики и лечения.

Нами было обследовано 15 пациенток с пролапсом гениталий и стрессовым недержанием мочи в перименопаузальном периоде, наблюдавшихся

в женской консультации КУЗ «Харьковский городской родильный дом № 3». Средний возраст пациенток составил $52,2 \pm 4,8$ года. В ходе опроса женщин установлено, что длительность заболевания составила в среднем $7,7 \pm 6,9$ года.

Социальная структура обследуемых выглядела следующим образом: служащие — 5 (33,3%), рабочие — 3 (20,0%), домохозяйки — 2 (13,3%) и пенсионерки — 5 (33,3%).

Средний возраст менархе — $12,5 \pm 1,3$ года. У 10 (66,7%) пациенток менструации установились сразу, у 3 (20,0%) — менструальный цикл стабилизировался в течение от 6 мес. до 1,5 лет, у 2 (13,3%) — менструации носили нерегулярный характер на протяжении жизни. Продолжительность менструального цикла в анамнезе варьировала от 24 до 35 дн. У 2 (13,3%) женщин наблюдалось укорочение менструального цикла (24–26 дн) в возрасте после 40 лет. Нарушение менструального цикла по типу гипоменструального синдрома отмечали 2 (13,3%) женщины, по типу гиперменструального синдрома — 4 (26,7%), на альгодисменорию указывали 2 (13,3%) больные.

На момент обследования 2 (13,3%) женщины менструировали, 2 (13,3%) — находились в постменопаузе, 11 (73,3%) — в менопаузе. Средний возраст наступления менопаузы составил $48,6 \pm 3,7$ года. Внезапное прекращение менструаций отмечалось у 8 (53,3%) пациенток, постепенное — у 7 (46,7%). Длительность менопаузы до двух лет отмечалась у 6 (40,0%), два года и более — у 9 (60,0%) женщин.

Средний возраст начала половой жизни пациенток составил $19,9 \pm 3,1$ года, на момент обследования половую жизнь продолжали 9 (60,0%) женщин.

В анамнезе среднее число беременностей у женщин — $7,46 \pm 0,7$. Исходом беременностей были искусственные аборт у 12 (80,0%) женщин, на аборт позднего срока указывали 2 (13,3%) пациентки, на самопроизвольный аборт — 3 (20,0%), на замершую беременность — 2 (13,3%), на внематочную беременность — 3 (20,0%). Первичное бесплодие отмечалось у 3 (20,0%) больных, вторичное — у 7 (46,7%); нормальные роды были у 4 (26,7%) женщин, преждевременные — у 7 (46,7%), слабость родовой деятельности в родах наблюдалась у 4 (26,7%), ранние гестозы — у 8 (53,3%), преэклампсия — у 5 (33,3%) обследованных. Роды заканчивались оперативным путем: кесарево сечение было у 2 (13,3%) женщин, наложение акушерских щипцов — у 1 (6,7%); у 7 (46,7%) пациенток имели место разрывы родовых путей и промежности, эпизио- и перинеотомия проведены 5 (33,3%) роженицам.

Оперативные вмешательства на органах малого таза (консервативная миомэктомия, резекция яичника, аднекс- или тубэктомия, надвлагалищная ампутация матки и без них) были выполнены у 3 (20,0%) женщин с миомой матки, доброкачественными образованиями яичников.

При изучении сопутствующих заболеваний были выявлены: гипертоническая болезнь у 3 (20,0%) пациенток, варикозная болезнь нижних конечностей — у 4 (26,7%), хронические заболевания желудочно-кишечного тракта (в том числе хронические запоры) — у 3 (20,0%), хронический цистит — у 1 (6,7%), хронические заболевания дыхательных путей — у 3 (20,0%), вегетососудистая дистония — у 9 (60,0%).

Так как ожирение является фактором риска, способствующим появлению недержания мочи, у обследованных женщин определяли индекс массы тела (ИМТ). При объективном обследовании 5 (33,3%) из них имели нормостенический тип телосложения, 6 (40,0%) — гиперстенический. ИМТ у 5 (33,3%) пациенток составил $22,1 - 3,2$ кг/м², у 6 (40,0%) — $26,8 - 3,0$ кг/м², у 2 (13,3%) — $31,8 - 2,5$ кг/м² (легкая степень ожирения). Таким образом, 8 (53,3%) обследованных имели избыточную массу тела различной степени.

Среди гинекологических заболеваний в анамнезе у 9 (60,0%) женщин выявлено опущение стенок влагалища, у 5 (33,3%) — миома матки, у 2 (13,3%) обнаружен спаечный процесс после оперативных вмешательств на органах малого таза, у 2 (13,3%) — хронический сальпингоофорит, эктопия шейки матки — у 2 (13,3%), дисфункциональные маточные кровотечения — у 3 (20,0%) пациенток, клинические признаки атрофического вагинита — у 13 (86,7%) больных. Наиболее частые жалобы у пациенток с пролапсом гениталий: тянущая боль или ощущение давления внизу живота в 9 (60,0%) случаях, болезненные ощущения во влагалище — в 6 (40,0%), боль в пояснично-крестцовой области — в 4 (26,7%), ощущение чужеродного тела во влагалище — в 3 (20,0%) и выделения из влагалища — в 2 (13,3%). Наблюдались нарушения мочеиспускания у 8 (53,3%) пациенток, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря — у 3 (20,0%), периодически появляющееся недержание мочи во время физического напряжения или при повышении внутрибрюшного давления — у 10 (66,6%).

При микроскопии у 4 (26,7%) обследованных установлен бактериальный вагиноз; у 5 (33,3%) — неспецифический кольпит с умеренной воспалительной реакцией (от 1/4 до 1/2 лейкоцитов в поле зрения и небольшое количество микрофлоры, представленное грамположительными кокками); у 5 (33,3%) больных с выраженными клиническими симптомами атрофического вагинита диагностирован нормоценоз; pH влагалищного содержимого у 9 (60,0%) пациенток — от 5,5 до 7,0; у 6 (40,0%) — от 3,8 до 5,4. При цитологическом исследовании эпителия шейки матки и влагалища атипии выявлено не было.

При расширенной кольпоскопии отмечалось истончение слизистой оболочки от умеренной у 10 (66,7%) женщин до выраженной у 5 (33,3%) пациенток, с просвечиванием многочисленных капилляров в субэпителиальном слое. При пробе Шиллера

у 7 (46,7%) женщин выявлена почти равномерная окраска слизистой оболочки раствором Люголя, у 4 (26,7%) слизистая оболочка влагалища имела изъязвления, субэпителиальные кровоизлияния.

При ультразвуковом исследовании узлы лейомиомы величиной от 1 до 4 см с интрамурально-субсерозной локализацией обнаружены у 2 (13,3%) пациенток. Фракционное выскабливание полости матки выполнено 2 (13,3%) больным, обратившимся с дисфункциональным маточным кровотечением. Гистологически обнаружена железисто-кистозная гиперплазия у 5 пациенток, у 2 — железистый полип эндометрия, у 2 — сочетание железисто-фиброзного полипа с железистой гиперплазией эндометрия.

При осмотре молочных желез и маммографическом исследовании у 5 (33,3%) пациенток диагностирована диффузная, фиброзно-кистозная мастопатия.

При проведении функциональной кашлевой пробы 12 (80,0%) обследованных теряли мочу, прием Вальсальвы был положительным у 8 (53,3%) женщин.

Таким образом, к этиопатогенетическим аспектам перименопаузальных нарушений, сочетающихся

с урогенитальным пролапсом, относятся особенности становления менструальной функции, которые могут указывать на функциональную неполноценность различных звеньев системы «гипоталамус — гипофиз — яичники». Количество родов и различные акушерско-гинекологические заболевания являются фактором риска развития урогенитальных расстройств. Кроме того, большая частота акушерских осложнений, гинекологических операций, перенесенных экстрагенитальных заболеваний, в том числе сосудистая патология представляют собой преморбидный фон для патологического течения перименопаузы и являются факторами риска урогенитального пролапса. Избыточная масса тела способствует недержанию мочи.

В заключение следует отметить, что профилактика и коррекция урогенитальных перименопаузальных нарушений сопряжены с определенными трудностями из-за низкой эффективности традиционного консервативного и хирургического лечения. Перспективными в этом направлении представляются исследования локального иммунного гомеостаза, состояния соединительнотканного матрикса структур тазового дна, а также применение новых малоинвазивных методов терапии.

Список литературы

1. Акунц К. Б. Менопауза / К. Б. Акунц.— М.: Трида — X, 2004.— 78 с.
2. Акушерство и гинекология: учеб. для студентов высш. мед. учеб. заведений III–IV уровней аккредитации: в 2 кн.; под ред. В. И. Грищенко, Н. А. Щербины.— К.: Медицина, 2012.— Кн. 2: Гинекология.— 2012.— 376 с.
3. Вейн А. М. Ожирение / А. М. Вейн, А. М. Вознесенская // Междунар. мед. журн.— 2003.— № 1.— С. 90–93.
4. Горелов А. И. Возрастные особенности нарушений мочеиспускания у женщин / А. И. Горелов, И. В. Кузьмин, В. А. Фадеев // Современные проблемы урогинекологии: сб. материалов науч.-практ. конф.— СПб., 2005.— С. 11–12.
5. Дифференцированный подход к хирургической коррекции пролапса гениталий у женщин старше 60 лет / В. Е. Радзинский, И. Ю. Майскова, В. И. Димитрова [и др.] // Акушерство и гинекология.— 2012.— № 4–2.— С. 73–77.
6. Фальконе Т. Репродуктивная медицина и хирургия / Т. Фальконе, В. В. Херд; пер. с англ. под ред. Г. Т. Сухих.— М.: ЭОТАР-Медиа, 2013.— 948 с.
7. Сметник В. П. Медицина климактерия / В. П. Сметник.— Ярославль: Литера, 2006.— 848 с.
8. Дубоссарская З. М. Репродуктивная эндокринология (перинатальные, акушерские и гинекологические аспекты): учебно-методическое пособие / З. М. Дубоссарская, Ю. А. Дубоссарская.— Днепропетровск: Лира ЛТД, 2008.— 416 с.
9. Зиятдинова Г. М. Особенности дисфункций мочевого пузыря у женщин репродуктивного и менопаузального возраста: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук; спец. 14.00.01 «Акушерство и гинекология» / Г. М. Зиятдинова.— СПб., 2006.— 21 с.
10. Значимость биохимических маркеров распада коллагена в прогнозировании рецидива пролапса гениталий у женщин с дисплазией соединительной ткани / И. Ю. Ильина, В. О. Маликова, А. А. Чикишева [и др.] // Вестн. Рос. гос. мед. ун-та.— 2012.— № 1.— С. 44–46.
11. Early life circumstances and their impact on menarche and menopause / G. D. Mishra, R. Cooper, S. E. Tom, D. Kuh // Womens Health.— 2009.— Vol. 5, № 2.— P. 175–190.
12. Канина Н. В. Особенности гуморальных реакций иммунитета у женщин перименопаузального возраста / Н. В. Канина, Л. В. Новикова, С. В. Абрамова // Успехи современного естествознания.— 2007.— № 3.— С. 79.
13. Попов Н. Н. Клиническая иммунология и аллергология / Н. Н. Попов, В. Ф. Лавров, Э. Н. Солошенко.— М.: Реинфор, 2004.— 524 с.
14. Щербина І. М. Клініко-патологічні підходи до діагностики, лікування і профілактики перименопаузальних порушень: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня д-ра мед. наук; спец. 14.00.01. «Акушерство та гінекологія»; ХНМУ.— X., 2010.— 36 с.
15. Association of change in estradiol to lower urinary tract symptoms during the menopausal transition // M. Gopal, M. D. Sammel, L. A. Arya [et al.] // Obstetrics and Gynecology.— 2008.— Vol. 112, № 5.— P. 1045–1052.
16. Дубоссарская З. М. Особенности биоптата влагалища при урогенитальных расстройствах у женщин

- в постменопаузе / З. М. Дубоссарская, Ю. А. Дубоссарская // Репродуктивное здоровье женщин.— 2007.— № 3.— С. 100–102.
17. Кузина А. Л. Пропалс геніталій і недержання мочи у жінки з клімактерическим синдромом в постменопаузі: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук; спец. 14.00.01 «Акушерство и гинекология» / А. Л. Кузина; ГОУВПО «Российский университет дружбы народов».— М., 2011.— 23 с.
18. Лавриненко Г. Л. Стан слизової оболонки та мікробіоценозу піхви у жінок з урогенітальними розладами в постменопаузі / Г. Л. Лавриненко, Т. О. Єрмоленко, К. О. Зубаренко // Зб. наук. пр. Асоціації акушерів-гінекологів України.— К., 2005.— С. 565–568.
19. Кульчавеня Е. В. Эффективность биологически активной добавки «Эстровэл» в комплексной терапии женщин, больных хроническим циститом в период перименопаузы / Е. В. Кульчавеня, Е. В. Брижатюк, А. А. Бреусов // Акушерство и гинекология.— 2009.— № 3.— С. 69–71.
20. Показатели гомеостаза после восстановительной операции при коррекции пролапса гениталий у женщин климактерического периода / Л. И. Бутина, Н. С. Золотухин, Л. М. Мелехина [и др.] // Вестн. неотложной и восстановительной медицины.— 2006.— Т. 7, № 4.— С. 589–591.
21. Смольнова Т. Ю. Динамика фенотипических признаков синдрома дисплазии соединительной ткани в различные возрастные периоды / Т. Ю. Смольнова, Л. В. Адамян // Акушерство и гинекология.— 2013.— Т. 1, № 2.— С. 4–7.
22. Сухих Г. Т. Поиск этиологических факторов пролапса гениталий / Г. Т. Сухих, А. Ю. Данилов, Д. А. Боташева // Рос. вестн. акушера-гинеколога.— 2010.— Т. 10, № 5.— С. 28–32.
23. The clinical relevance of hysteroscopic polypectomy in premenopausal women with abnormal uterine bleeding / H. van Dongen, C. A. Janssen, M. J. Smeets [et al.] // Br. J. of Obstetrics and Gynaecology.— 2009.— Vol. 116, № 10.— P. 1387–1390.

ЕТІОПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОЛАПСУ ГЕНІТАЛІЙ У ЖІНОК У ПЕРИМЕНОПАУЗІ

М. О. ЩЕРБИНА, АЛАЙЯ ЛАМІА

Вивчено етіопатогенетичні аспекти пролапсу геніталій у перименопаузальному періоді шляхом клініко-анамнестичного обстеження 15 пацієнток з опущенням стінок піхви і стресовим нетриманням сечі. Етіопатогенетичними особливостями перименопаузальних порушень у жінок з пролапсом геніталій є вік, паритет, різні акушерсько-гінекологічні ускладнення і захворювання, надмірна маса тіла, судинна патологія, що асоціює з дисплазією сполучної тканини. Подальші дослідження дадуть змогу відкрити нові напрями в діагностиці, корекції і профілактиці цієї патології.

Ключові слова: урогенітальні порушення, етіопатогенетичні аспекти, пролапс геніталій.

ETIOPATHOGENETIC ASPECTS OF GENITAL PROLAPSE IN PERIMENOPAUSAL PERIOD

M. O. SHCHERBYNA, ALAYA LAMIA

Etiopathogenetic aspects of genital prolapse were studied in a perimenopausal period by the clinical examination and history study of 15 women with the prolapse of the vagina wall and stress incontinence. The etiopathogenetic features of perimenopausal disorders in women with genital prolapse are age, parity, different obstetric-gynecological complications and diseases, surplus weight, vascular pathology associating with dysplasia of connective tissues. Further research can allow opening new directions in diagnosis, correction and prevention of the above pathology.

Key words: urogenital disorders, etiopathogenetic aspects, genital prolapse.

Поступила 13.04.2015