

Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез как фактор риска недержания мочи у женщин во время беременности и после родов

А.А. Процепко, А.Л. Костюк

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова МЗ Украины

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о существенной роли отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза как фактора риска недержания мочи во время беременности и после родов. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке методики прогнозирования недержания мочи у женщин репродуктивного возраста.

Ключевые слова: недержание мочи, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.

Качество жизни женщин репродуктивного возраста определяется многими факторами. Беременность и роды являются физиологическими процессами, но оказывают значительное влияние как на функцию отдельных органов, так и на организм женщины в целом, и нередко приводят к появлению различных симптомов, значительно снижающих качество жизни. Таковым является манифестация недержания мочи (НМ) во время беременности и после родов.

Многими исследователями доказано, что подавляющее число женщин, страдающих НМ, имели в анамнезе беременности и роды [1–7]. Частота НМ у беременных, по данным разных авторов, составляет 12–74% [2, 3]. Частота возникновения НМ после первых родов – 24–29% [4, 5]. Отмечено, что у части женщин контроль над удержанием мочи восстанавливается спонтанно в течение нескольких недель или месяцев после родов, однако, по результатам исследования EPINCONT (2009), у 42% женщин этой группы в течение 5 лет развивается стойкое стрессовое НМ, а среди женщин, отмечающих даже редкие и единичные эпизоды НМ, сохраняющиеся после родов, стрессовое НМ развивается в течение 5 лет в 92% случаев [6, 7].

Влияние НМ на качество жизни колеблется от значительного до разрушительного [1–7]. Духовные и физические страдания больных стимулируют акушеров-гинекологов и урологов к совместному поиску причин НМ у женщин, дифференцированной разработке индивидуальных методов профилактики, совершенствованию диагностики и лечения этой патологии.

В доступной нам отечественной литературе не получили должного освещения сведения о частоте манифестации симптомов НМ во время беременности и после родов. В многочисленных работах по изучению факторов риска НМ отсутствуют обобщения, позволяющие прогнозировать риск развития НМ во время беременности и после родов, выделить группы риска.

Чрезвычайно высокая частота симптомов НМ во время беременности и после родов с последующим стойким НМ у женщин репродуктивного возраста явилась основанием для проведения данного исследования и определила его цель – изучить факторы риска, а именно отягощенный акушерско-гинекологический анамнез у женщин с НМ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели был проведен предварительный опрос, по результатам которого было выделена 51 пациентка с жалобами на НМ, которые составили основную группу. Верификация диагноза, определение типа НМ проводили на основании заполнения урогинекологического опросника, дневников мочеиспускания, результатов функциональных проб, ультрасонографии нижних отделов мочевыводящих путей. Группу сравнения составили 50 родивших женщин без признаков НМ. В дальнейшем, на основании статистической обработки данных о наследственности, акушерского, гинекологического, соматического анамнеза были выделены факторы риска развития НМ во время беременности и после родов с оценкой каждого из факторов. В данном исследовании рассматривали отягощенный акушерско-гинекологический анамнез как фактор риска развития НМ во время беременности и после родов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что среди 51 пациентки основной группы с манифестацией мочевого инконтиненции в 71,1% случаев НМ впервые появилось после родов, в 28,9% – первые симптомы наблюдались уже во время беременности и продолжались после родов. В группу сравнения были включены 50 женщин, не имеющих расстройств мочеиспускания во время беременности и после родов.

Все женщины были репродуктивного возраста – 18–42 года. Средний возраст в основной группе был достоверно выше и составил $30,8 \pm 6,6$ года, в группе сравнения средний возраст составил $25,4 \pm 5,4$ ($p < 0,05$).

Уровень физической активности согласно классификации факторов риска НМ является способствующим фактором. С целью выявления возможного влияния тяжелого физического труда на развитие симптомов НМ изучена структура занятости, условий труда и профессиональной вредности в основной группе и в группе сравнения. При этом выявлено, что больные основной группы достоверно чаще были заняты тяжелым физическим трудом ($p < 0,05$), работающие женщины из группы сравнения достоверно чаще выполняли легкий труд ($p < 0,05$). Различия в группах по таким признакам, как занятость на вредном производстве, эмоциональное напряжение на работе, ведение домашнего хозяйства, статистически недостоверны.

При изучении гинекологического анамнеза выявлены нарушения менструальной функции у 27,9% женщин основной группы и у 16,0% женщин из группы сравнения ($p < 0,001$). Всего гинекологические заболевания диагностированы у 65,7% женщин основной группы и у 38,0% женщин группы сравнения ($p < 0,001$), из них 2 и более заболевания отмечены у 31,8% женщин основной группы и у 24,0% женщин группы сравнения ($p < 0,05$).

В структуре гинекологических заболеваний у первородящих в обеих группах преобладали патология шейки матки, хронические воспалительные процессы матки и придатков, рецидивирующие вагиниты. Однако статистически достоверной явилась лишь высокая частота хронических воспалительных заболеваний матки и придатков в основной группе ($p < 0,001$),

У повторнородящих чаще, чем у первородящих, отмечали наружный и внутренний эндометриоз, лейомиому матки, оперативные вмешательства на органах малого таза. У повторнородящих основной группы достоверно чаще наблюдали опущение стенок влагалища ($p < 0,05$), рецидивирующие вагиниты ($p < 0,001$). Обращает на себя внимание высокая частота рецидивирующих вагинитов (РВ) у повторнородящих. Всего РВ имели 31,7% повторнородящих женщин основной группы, в группе сравнения – 12,0%. РВ являются одним из признаков несостоятельности тазового дна, так как зияющая половая щель не обеспечивает поддержания нормального биоценоза влагалища. Кроме того, воспалительные заболевания половых путей согласно классификации являются фактором риска развития НМ. Полученные данные подтверждают чрезвычайную важность участия инфекционного агента в развитии симптомов НМ и свидетельствуют о необходимости обязательной санации влагалища у беременных.

Согласно классификации факторов риска беременность и роды являются фактором, провоцирующим развитие НМ [2, 7]. При этом выявлено, что большинство женщин в обеих группах – повторнородящие, которые в анамнезе имели аборт ($p < 0,001$). Первородящих первобеременных в основной группе более чем в четыре раза меньше, чем в группе сравнения ($p < 0,001$), а первородящих, имевших аборт, почти в два раза больше, чем в группе сравнения ($p < 0,001$). Однако разница между группами в числе повторнородящих женщин, не имевших абортов, оказалась статистически недостоверной ($p > 0,05$).

Для определения возможного влияния количества родов на риск НМ, изучено количество родов у повторнородящих. Выявлено, что среднее количество родов на 1 повторнородящую женщину в основной группе выше, чем в группе сравнения, – $2,6 \pm 0,04$ и $2,2 \pm 0,03$ соответственно ($p < 0,001$).

Основная часть женщин группы сравнения 80,0% рожали 2 раза, наряду с этим, около половины женщин основной группы (47,6%) имели 3 и более родов.

Для определения возможного влияния количества абортов на риск НМ изучено количество абортов у первородящих и повторнородящих. Количество абортов в анамнезе, в том числе самопроизвольных, у первородящих и повторнородящих основной группы в среднем в 1,4 раза превышала частоту абортов у первородящих и повторнородящих женщин группы сравнения ($p < 0,001$). При этом имели 2 и более абортов 84,9% женщин основной группы и 54,0% из группы сравнения.

Исходя их полученных результатов, становится очевидным факт, что немаловажное значение имеет не только количество родов, но и общее количество беременностей у женщины.

Проведен анализ количества беременностей в целом у женщин основной группы и группы сравнения. Обнаружено, что среднее количество беременностей на 1 женщину в основной группе в 1,7 раза выше, чем в группе сравнения, и составляет соответственно $4,2 \pm 0,08$ и $2,6 \pm 0,07$ ($p < 0,001$).

В свете теории структурно-анатомической недостаточности развития НМ мы предполагаем, что возникшая, а затем прерванная беременность и вызванное аборт колебание уровня гормонов и других биологически активных веществ, в том числе развивающийся во время беременности дефицит магния, оказывают патологическое воздействие на

изначально дефектную соединительную ткань. Последующие роды приводят к декомпенсации и развитию клинически значимых патологических состояний, в числе которых находится манифестация НМ после родов [1–7].

Изучено течение и осложнения беременности у женщин основной группы и группы сравнения. В обеих группах обнаружена высокая частота различных осложнений беременности. Всего осложнения беременности отмечали 83,3% женщин основной группы и 76,0% женщин группы сравнения ($p < 0,05$). Отмечено, что 2 и более осложнения отмечены в основной группе у 64,7% женщин, а в группе сравнения у 48,0% пациенток ($p < 0,001$). Наиболее частыми осложнениями в исследуемых группах явились: угроза преждевременных родов, анемия беременных, при этом у пациенток основной группы патология встречалась достоверно чаще ($p < 0,001$), различия в частоте преэклампсии не явились статистически достоверными ($p > 0,05$).

Среди основных осложнений в родах в основной группе чаще наблюдался преждевременный разрыв плодных оболочек ($p < 0,05$), роды чаще были преждевременными ($p < 0,05$), быстрыми ($p = 0,05$) и стремительными ($p < 0,05$). Почти вдвое чаще в основной группе отмечено оперативное родоразрешение ($p < 0,001$), возможно, это связано с высокой частотой осложнений беременности и первого периода родов.

Полученные результаты находят подтверждение в литературе – у женщин, имеющих врожденный дефект соединительной ткани, беременность приводит к срыву адаптационных механизмов, что проявляется повышением частоты осложнений беременности, родов и послеродового периода [1–7].

Согласно классификации факторов риска повреждения тазовых нервов и мышц тазового дна являются провоцирующим фактором развития НМ [1–7]. Обнаружено, что среди первородящих всего нарушения целостности мягких тканей родовых путей отмечены 44,1% женщин основной группы и 20,0% группы сравнения ($p < 0,001$). Среди повторнородящих повреждения мягких тканей родовых путей выявлены у 24,8% женщин основной группы и у 14,0% женщин группы сравнения ($p < 0,05$). Случаев разрыва промежности III степени среди женщин основной группы и группы сравнения не было.

Выявлено, что частота акушерских травм и акушерских расщечений промежности, производимых по поводу угрожаемого разрыва, и у первородящих, и у повторнородящих основной группы, значительно превышала аналогичный показатель группы сравнения, но разница в частоте эпизиотомий и перинеотомий статистически недостоверна ($p > 0,05$).

Тем не менее, в целом различия в частоте повреждений мягких тканей родовых путей и у первородящих, и у повторнородящих основной группы и группы сравнения очевидны и свидетельствуют о значительном влиянии нарушения анатомии и функции промежности на риск развития НМ.

Нами проведен анализ массы тела новорожденных для определения возможного влияния на риск возникновения НМ. Так, у пациенток основной группы масса новорожденных детей чаще превышала 3800 г ($p < 0,001$) и была ниже 2500 г ($p < 0,05$). Масса новорожденных детей женщин группы сравнения чаще была нормальной ($p < 0,001$).

ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о существенной роли отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза как фактора риска недержания мочи во время беременности и после родов. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке методики прогнозирования недержания мочи у женщин репродуктивного возраста.

Обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез як фактор ризику нетримання сечі у жінок в період вагітності та після пологів

А.А. Процепко, А.А. Костюк

Результати проведених досліджень свідчать про суттєву роль обтяженого акушерсько-гінекологічного анамнезу як фактора ризику нетримання сечі в період вагітності та після пологів. Отримані результати слід урахувати під час розроблення методики прогнозування нетримання сечі у жінок репродуктивного віку.

Ключові слова: нетримання сечі, обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез.

The burdened obstetrical-gynecologic anamnesis – as a risk factor of an incontinence of urine at women during pregnancy and after sorts

A.A. Protsepko, A.L. Kostjuk

Results of the spent researches testify to an essential role of the burdened obstetrical -gynecologic anamnesis as risk factor of an incontinence of urine during pregnancy and after sorts. The received results are necessary for considering by working out of a technique of forecasting of an incontinence of urine at women of reproductive age.

Key words: the urine incontinence, the burdened obstetrical-gynecologic anamnesis.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буянова С.Н. Диагностика и лечение недержания мочи у женщин / С.Н. Буянова, В.Д. Петрова, М.А. Чечнева // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2009. – № 4. – С. 52–61.
2. Глебова Н.Н. Состояние мочевого системы у больных с опущениями и выпадениями матки / Н.Н. Глебова, А.В. Мирионков // Сборник научных работ Башкирской республиканской клинической больницы. – Уфа, 2005. – С. 357–358.
3. Диагностика и лечение сложных и смешанных форм недержания мочи / С.Н. Буянова, В.Д. Петрова, И.В. Краснополяский, Т.Г. Муравьева // Акушерство и гинекология. – 2005. – № 1. – С. 54–57.
4. Дисплазия соединительной ткани как одна из возможных причин недержания мочи у женщин с пролапсом гениталий / Г.Ю. Смольнова, С.Н. Буянова, С.В. Савельев, В.Д. Петрова // Урология. – 2007. – № 2. – С. 25–30.
5. Кира Е.Ф. Слинговые операции в лечении стрессового недержания мочи у женщин / Е.Ф. Кира, А.А. Безменко // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 5. – С. 14–16.
6. Комплексный подход к диагностике и лечению недержания мочи у гинекологических больных / О.В. Макаров, Е.Б. Мазо, Ю.Э. Доброхотова [и др.] // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2008. – № 4. – С. 23–29.
7. Краснополяский В.И. Современные методы диагностики состояния мочевого пузыря и уретры при стрессовом недержании мочи / В.И. Краснополяский, Л.И. Титченко, М.А. Чечнева // Вестн. Рос. асоц. акушеров-гинекологов. – 2008. – № 3. – С. 54–61.

Н О В О С Т И М Е Д И Ц И Н Ы

АНТИБИОТИКИ МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ ОЖИРЕНИЕ

Согласно статье, опубликованной в журнале *New Scientist*, злоупотребление антибактериальными препаратами может стать толчком к ожирению. Возможно, что это связано с тем известным обстоятельством, что антибиотики сокращают количество полезной микрофлоры в кишечном тракте. Эта микрофлора, кроме всего прочего, предупреждает развитие ожирения.

Исследования на лабораторных мышах показали, что применение антибиотиков заставляет животных набирать вес. Известно также, что

антибиотики используются для откорма животных, планируемых на убой.

Исследователи из Университета Нью-Йорка скармливали грызунам антибиотики короткими курсами. Подопытные животные имели более низкие уровни Т-лимфоцитов, которые отвечают за иммунный ответ. Что провоцировало ожирение. А датские учёные установили, что дети, принимавшие антибиотики в течение шести месяцев после рождения, были более склонны к полноте в течение последующих 7 лет.

Антибиотики нередко называют провокаторами различных осложнений и отрицательных изменений в организме. Так, некоторые антибиотики негативно влияют на бактерии, обитающие в кишечнике и связанные с аллергической астмой. В желудочно-кишечном тракте обитает около триллиона бактерий. Данная флора выполняет важные функции, в том числе, с точки зрения работы иммунитета.

medkarta.com