

# Влияние недифференцированной дисплазии соединительной ткани при недержании мочи у женщин во время беременности на качество их жизни

А.А. Процепко, А.Л. Костюк

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о существенной роли недифференцированной дисплазии соединительной ткани в развитии недержания мочи во время беременности и после родов. Это подтверждается изученными нами клиническими аспектами данной патологии, а также негативным влиянием на качество жизни. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий при недержании мочи у женщин во время беременности и после родоразрешения.

**Ключевые слова:** качество жизни, недержание мочи, недифференцированная дисплазия соединительной ткани.

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 способствуют 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, от 12% до 74% [2, 3]. Частота возникновения НМ после первых родов – от 24% до 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, к дифференцированной разработке индивидуальных методов профилактики, совершенствованию диагностики и лечения этой патологии.

В доступной нам отечественной литературе не обнаружено должного освещения сведений 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 стала основанием для проведения настоящего исследования.

**Цель исследования:** изучить влияние недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) у женщин с НМ на качество их жизни.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для достижения поставленной цели был проведен предварительный опрос, по результатам которого была выделена 51 пациентка с жалобами на НМ, – основная группа.

Верификацию диагноза и 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 настоящем исследовании будет рассмотрено влияние НДСТ при НМ во время беременности на качество жизни пациенток.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

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

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

При осмотре больных основной группы оценивали состояние кожных покровов, особенности конституции и жирового обмена, анализировали прибавку массы тела за время беременности.

При изучении особенностей телосложения и жирового обмена у больных основной группы выявлено, что индекс массы тела (ИМТ) колебался от 19 до 41, но у большинства – 76,5% – находился в пределах нормальных значений – от 19 до 30. Нарушения жирового обмена отмечены у 23,5% женщин: у 12,7% пациенток – I степень ожирения, у 8,3% – II степень и лишь у 2,4% – III степень. Ни у одной

Таблица 1

Качество жизни пациенток с НМ

Критерии шкалы	Оценка, баллы	Ответ «да», %
Незначительная проблема, не оказывающая влияния на повседневную жизнь	1	8,0%
Дискомфорт, периодически влияющий на повседневную жизнь	2	16,0%
Выраженная рецидивирующая проблема, влияющая на повседневную жизнь	3	48,2%
Выраженная проблема, постоянно влияющая на повседневную жизнь	4	24,1%
Очень выраженная проблема, постоянно влияющая на повседневную жизнь	5	6,0%

Средний балл по шкале D. Barlow составил 3,03±0,29.

больной не выявлен дефицит массы тела. Прибавка за время беременности составила в среднем 10,7±3,2 кг, что не превышает нормальных величин.

К кожным проявлениям НДСТ относятся тонкая, гиперэластичная кожа, обилие пигментных или депигментированных пятен, веснушек, родинок. Характерно образование келлоидных рубцов, рубцов типа «папиросной бумаги», отсутствие стрий после беременности и родов. В то же время, в случаях, когда НДСТ сопровождается гипоталамическим синдромом (ГС), у больных наблюдаются широкие, розовые или багровые полосы растяжения, бледнеющие по мере увеличения срока дебюта ГС.

У 77,4% пациенток основной группы обнаружены изменения кожных покровов, характерные для синдрома НДСТ, из них у 42,4% отмечены 2 и более признаков.

Все пациентки основной группы на основании критериев степени выраженности синдрома НДСТ были распределены по степени тяжести. При этом легкая степень НДСТ – до 9 баллов – выявлена у 68,2% пациенток; средняя степень тяжести НДСТ – 10–16 баллов – у 28,4% женщин и тяжелая степень – более 17 баллов – у 3,4%.

Всем пациенткам основной группы было предложено оценить свое состояние и качество жизни по шкале D. Barlow (1997) [6]. Результаты представлены в таблице.

Лишь 8,0% женщин основной группы относятся к появлению после родов симптомов НМ как к незначительной проблеме, не оказывающей влияния на повседневную жизнь. Вдвое больше (16,0%) – каждая шестая – считает НМ дискомфортом, периодически влияющим на повседневную жизнь.

Оценивают НМ как выраженную и очень выраженную проблему 78,4% пациенток – две трети женщин основной группы, причем 30,2% – каждая третья – считает, что НМ постоянно влияет на их повседневную жизнь.

Тем не менее, к врачу на момент проведения нашего исследования, не обратилась ни одна пациентка, считая НМ непременным следствием беременности и родов и надеясь на самоизлечение.

Сведения об авторах

**Процепко Александр Алексеевич** – Винницкий национальный медицинский университет, 21018, г. Винница, ул. Пирогова, 56; тел.: (067) 433-90-50. E-mail: procepkoaa@bigmir.net

**Костюк Алевтина Леонтиевна** – Винницкий национальный медицинский университет, 21018, г. Винница, ул. Пирогова, 56; тел.: (096) 983-58-10. E-mail: irina-kostjuk@hotmail.com

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют, что пациентки основной группы достоверно чаще были старше 26 лет, имели отягощенный гинекологический и акушерский анамнез, осложнения беременности и родов, экстрагенитальные заболевания, являющиеся клиническими проявлениями синдрома НДСТ, отягощенную наследственность. Наличие НМ у женщин основной группы подтверждено урогинекологическим обследованием, функциональными пробами, ультрасонографическим исследованием. Кроме того, среди больных основной группы с высокой частотой выявлены явления нестойкости тазового дна, варикозное расширение вен малого таза, сниженный уровень сывороточного магния, а также такие внешние фенотипические признаки НДСТ, как стигмы дизэмбриогенеза, синдром ГМС, изменения кожных покровов. Проведена оценка диагностической и прогностической ценности выявленных факторов риска с целью разработки метода прогнозирования риска НМ во время беременности и после родов.

ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о существенной роли недифференцированной дисплазии соединительной ткани в развитии недержания мочи во время беременности и после родов. Это подтверждается изученными нами клиническими аспектами данной патологии, а также негативным влиянием на качество жизни. Полученные результаты необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических и лечебно-профилактических мероприятий при недержании мочи у женщин во время беременности и после родоразрешения.

**Вплив недиференційованої дисплазії сполучної тканини при нетриманні сечі у жінок під час вагітності на якість їхнього життя**

**О.О. Процепко, А.Л. Костюк**

Результати проведених досліджень свідчать про істотну роль недиференційованої дисплазії сполучної тканини в розвитку нетримання сечі під час вагітності і після пологів. Це підтверджується вивченими нами клінічними аспектами даної патології, а також негативним впливом на якість життя. Отримані результати необхідно враховувати при розробленні алгоритму діагностичних і лікувально-профілактичних заходів при нетриманні сечі у жінок під час вагітності і після розродження.

**Ключові слова:** якість життя, нетримання сечі, недиференційована дисплазія сполучної тканини.

**Influence not differentiated dysplasia of connecting fabric at an incontience of urine at women during pregnancy on quality of life of patients**

**A.A. Protsepkо, A.L. Kostjuk**

Results of the spent researches testify to an essential role not differentiated dysplasia of connecting fabric in development of an incontience of urine during pregnancy and after the delivery. It proves to be true the clinical aspects of the given pathology studied by us, and also negative influence on quality of life. The received results are necessary for considering by working out of algorithm of diagnostic and treatment-and-prophylactic actions at an incontience of urine at women during pregnancy and after delivery.

**Key words:** quality of life, the urine incontience, not differentiated dysplasia of connecting fabric.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

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 пузыря 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. Краснополянский, 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. Слингвые 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. Краснополянский В.И. Современные методы диагностики состояния мочевого пузыря и уретры при стрессовом недержании мочи / В.И. Краснополянский, Л.И. Титченко, М.А. Чечнева // Вестн. Рос. ассоц. акушеров-гинекологов. – 2008. – № 3. – С. 54–61.

*Статья поступила в редакцию 25.03.2013*

Н О В О С Т И М Е Д И Ц И Н Ы

**МЕДЛЕННЫЙ НАБОР ВЕСА РЕБЕНКА В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ – НЕ ПОВОД ДЛЯ БЕСПОКОЙСТВА**

Если ребёнок медленно набирает вес в первые три месяца жизни - это ещё не повод для беспокойства, доказали учёные из университета в Бристолле, Великобритания. Результаты проведённого обзора были опубликованы в журнале The Journal of Pediatrics.

Каждого новорождённого обязательно взвешивают и измеряют его рост. За изменением этих показателей постоянно следят не только педиатры, но и сами родители малышей, а отклонение от нормы сразу вызывает у них беспокойство.

Группа учёных, во главе с профессором Аланом Эмондом, проанализировали данные 11499 де-

тей, принимавших участие в одном из других исследований. Было выявлено, что 507 детей, которые медленно набирали вес в течение первых восьми недель жизни, догоняли своих сверстников к двум годам. Ещё 480 детей медленно росли до девяти месяцев, но к 13 годам они совсем не отличались от ровесников. Разные сроки в этих двух группах объясняются различными причинами медленного увеличения массы тела.

Учёные отметили, что неоправданное беспокойство родителей приводит к тому, что они начинают больше кормить своих детей. Но необходимо помнить, что особенности питания во втором полугодии жизни определя-

ют будущее увеличение веса ребёнка. Поэтому потребление большого количества калорий в младенческом возрасте позже может привести к ожирению.

Если у ребёнка нет симптомов каких-либо заболеваний, а он только медленно набирает вес, это не говорит ни о какой патологии.

Доктор Саймон Ньюэлл, вице-президент Королевского колледжа педиатрии и детского здоровья, отметил: «Если вес и рост вашего ребёнка не подходит под средние показатели для его возраста, они всё равно могут быть совершенно нормальными».

<http://www.gazeta.ru>