

DOI: 10.52705/2788-6190-2023-04-2
УДК 618.3+618.7-06:616.62-008.222

Фактори ризику урогенітальних розладів під час вагітності і після пологів

А. П. Прищепа, О. А. Ковалишин, А. Д. Вітюк

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика,
м. Київ

Мета дослідження: вивчити фактори ризику урогенітальних розладів під час вагітності та пологів.

Матеріали та методи. В основну групу дослідження включено 51 пацієнтку зі скаргами на урогенітальні розлади. Верифікацію діагнозу, визначення типу розладів проводили на підставі заповнення урогінекологічного опитувальника, щоденників сечовипускання, результатів функціональних проб, ультрасонографії нижніх відділів сечовивідних шляхів. До групи порівняння увійшли 50 жінок, що народили, без ознак урогенітальних розладів.

Результати. Висока частота екстрагенітальних захворювань, що є вісцелярними проявами синдрому недиференційованої дисплазії сполучної тканини у жінок основної групи свідчить про те, що генералізований дефект сполучної тканини є однією з причин маніфестації симптомів урогенітальних розладів під час вагітності і після пологів у жінок репродуктивного віку.

Заключення. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення методики прогнозування урогенітальних розладів у жінок під час вагітності і після пологів.

Ключові слова: урогенітальні розлади, вагітність, пологи, фактори ризику.

Якість життя жінок репродуктивного віку визначається багатьма чинниками. Вагітність і пологи є фізіологічними процесами, проте вони значуще впливають як на функцію окремих органів, так і на організм жінки в цілому і часто сприяють появі різних симптомів, що значно знижують якість життя. Таким симптомом є маніфестація урогенітальних розладів (УГР) під час вагітності і після пологів.

Багатьма дослідниками доведено, що у більшості жінок з УГР в анамнезі були вагітність і пологи [1, 2]. Частота УГР у вагітних, за даними різних авторів, становить від 12% до 74% [3, 4]. Частота виникнення УГР після перших пологів – від 24% до 29% [5, 6]. Відзначено, що у частини жінок контроль над утриманням сечі відновлюється спонтанно протягом декількох тижнів або місяців після пологів. Проте, за даними дослідження EPINCONT (2019), у 42% жінок цієї групи протягом 5 років розвивається стійке стресове нетримання сечі (НС), а серед жінок, що відзначають навіть рідкі і поодинокі епізоди НС, що зберігаються після пологів, стресове НС розвивається протягом 5 років у 92% випадків [7, 8].

Вплив УГР на якість життя коливається від значного до руйнівного [9, 10]. Моральні і фізичні страждання хворих стимулюють акушерів-гінекологів і урологів до спіль-

Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

ного пошуку причин УГР у жінок, диференційованому розробленню індивідуальних методів профілактики, вдосконаленню діагностики і лікування цієї патології.

У доступній вітчизняній літературі ми не отримали належного освітлення матеріалів про частоту маніфестації симптомів УГР під час вагітності і після пологів. У багаточисельних роботах, що вивчають чинники ризику УГР, не були зустрінуті узагальнення, що дозволяють прогнозувати ризик розвитку УГР під час вагітності і після пологів, виділити групи ризику.

Надзвичайно висока частота симптомів УГР під час вагітності і після пологів з подальшим стійким УГР у жінок репродуктивного віку є підставою для цього дослідження.

Мета дослідження: вивчити чинники ризику, а саме – наявність екстрагенітальної патології у жінок з УГР.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено попереднє опитування, за результатами якого було виділено 51 пацієнтку зі скаргами на УГР. Ці жінки увійшли до основної групи. Верифікацію діагнозу, визначення типу УГР проводили на підставі заповнення урогінекологічного опитувальника, щоденників сечовипускання, результатів функціональних проб, ультрасонографії нижніх відділів сечовивідних шляхів.

До групи порівняння включено 50 жінок без ознак УГР, які народили. На підставі статистичного оброблення даних про спадковість, акушерський, гінекологічний, соматичний анамнез були виділені чинники ризику розвитку УГР під час вагітності і після пологів з оцінкою кожного з чинників. На попередньому етапі було розглянуто обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез як чинник ризику розвитку УГР під час вагітності і після пологів.

У дослідженні було проаналізовано екстрагенітальну патологію як чинник ризику УГР під час вагітності і після пологів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що серед 51 пацієнтки основної групи з маніфестацією УГР у 71,1% випадках вони вперше з'явилися після пологів, у 28,9% жінок перші симптоми спостерігалися вже під час вагітності і продовжувалися після пологів. До групи порівняння увійшли 50 жінок, що не мають УГР, під час вагітності і після пологів.

Усі жінки були репродуктивного віку (від 18 до 42 років). Середній вік в основній групі був достовірно вище і становив $30,8 \pm 6,6$ року, у групі порівняння – $25,4 \pm 5,4$ року ($p < 0,05$).

З метою виявлення можливого впливу важкої фізичної праці на розвиток симптомів УГР було вивчено структура зайнятості, умов праці і професійної шкідливості у жінок основної групи і групи порівняння. Виявлено, що хворі основної групи достовірно частіше були зайняті важкою фізичною працею ($p < 0,05$), працюючі жінки з групи порівняння достовірно частіше виконували легку працю ($p < 0,05$). Відмінності у групах за такими ознаками, як зайнятість на шкідливому виробництві, емоційне напруження на роботі, ведення домашнього господарства статистично недостовірні.

При вивченні гінекологічного анамнезу виявлені порушення менструальної функції у 27,9% жінок основної групи і у 16,0% жінок з групи порівняння ($p < 0,001$). Усього гінекологічні захворювання діагностовано у 65,7% жінок основної групи і 38,0% жінок групи порівняння ($p < 0,001$), із них 2 і більше захворювань зафіксовано у 31,8% жінок основної групи і у 24,0% жінок групи порівняння ($p < 0,05$).

Згідно з класифікацією чинників ризику, вагітність і пологи є провокуючим чинником розвитку УГР [11, 12]. Було виявлено, що більшість жінок в обох групах – повторнородящі, такі, що мали аборти ($p < 0,001$). Первородящих первовагітних в основній групі більш ніж у 4 рази менше, ніж у групі порівняння ($p < 0,001$), а первородящих, що мали аборти, майже в два рази більше, ніж у групі порівняння ($p < 0,001$). Проте різниця між групами у числі повторнородящих жінок, що не мали абортів, виявилася статистично недостовірною ($p > 0,05$).

Отримані результати свідчать, що важливе значення має не лише кількість пологів, але і загальна кількість вагітностей у жінок.

Проведений аналіз кількості вагітностей усього у жінок основної групи і групи порівняння засвідчив, що середня кількість вагітностей на одну жінку в основній групі в 1,7 раза вище, ніж у групі порівняння і становить відповідно $4,2 \pm 0,08$ і $2,6 \pm 0,07$ ($p < 0,001$).

У світлі теорії структурно-анатомічної недостатності розвитку УГР, ми передбачаємо, що виникла, а потім перервана вагітність і викликане абортom коливання рівня гормонів та інших біологічно активних речовин, зокрема дефіцит магнію, що розвивається під час вагітності, негативно впливають на спочатку дефектну сполучну тканину. Подальші пологи призводять до декомпенсації і розвитку клінічно значимих патологічних станів, в числі яких – маніфестація УГР після пологів [13, 14].

Вивчено перебіг і ускладнення вагітності у жінок основної групи і групи порівняння. В обох групах виявлена висока частота різних ускладнень вагітності. Усього мали ускладнення вагітності 83,3% жінок основної групи і 76,0% жінок з групи порівняння ($p < 0,05$). Відзначено, що два і більше ускладнень відмічені в основній групі у 64,7% жінок, а в групі порівняння – у 48,0% пацієнток ($p < 0,001$).

Серед основних ускладнень у пологах в основній групі частіше спостерігався передчасний розрив плодових оболонок ($p < 0,05$), пологи частіше були передчасними ($p < 0,05$), швидкими ($p = 0,05$) і стрімкими ($p < 0,05$). Майже удвічі частіше в основній групі відзначено оперативне розродження ($p < 0,001$), можливо це пов'язано з високою частотою ускладнень вагітності і першого періоду пологів.

Отримані результати знаходять підтвердження в літературі – у жінок, що мають природжений дефект сполучної тканини, вагітність призводить до зриву адаптаційних механізмів, що виявляється збільшенням частоти ускладнень вагітності, пологів і післяпологового періоду [2, 5].

Згідно з класифікацією чинників ризику, пошкодження тазових нервів і м'язів тазового дна є провокуючим чинником розвитку УГР [3, 7]. Виявлено, що серед первородящих мали порушення цілості м'яких тканин пологових шляхів 44,1% жінок основної групи і 20,0% груп порівняння ($p < 0,001$). Серед повторнородящих пошкодження м'яких тканин пологових шляхів мали 24,8% жінок основної групи і 14,0% жінок групи порівняння ($p < 0,05$).

Отже, відмінності в частоті пошкоджень м'яких тканин пологових шляхів і у первородящих, і в повторнородящих основної групи і групи порівняння свідчать про значний вплив порушення анатомії і функції промежини на ризик розвитку УГР.

Результати попередніх досліджень демонструють істотну роль обтяженого акушерсько-гінекологічного анамнезу як чинника ризику УГР під час вагітності і після пологів. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення методики прогнозування УГР у жінок репродуктивного віку.

Генералізований дефект сполучної тканини передбачає поліорганну симптоматику. Вивчена частота екстрагенітальних захворювань, що є клінічними проявами недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ) у жінок основної групи і групи порівняння.

Усього обтяжений соматичний анамнез виявлений у 92,6% жінок основної групи і в 54,0% з групи порівняння ($p < 0,001$).

Привертає увагу, що 63,2% жінок основної групи мали два і більше екстрагенітальних захворювання, у групі порівняння – лише 20,0% ($p < 0,001$).

Серед вісцелярних маркерів НДСТ найбільш вивченими є малі аномалії серця, зокрема пролапс мітрального клапана (ПМК). ПМК у інконтинентних жінок основної групи виявлений у 3,7 раза частіше, ніж у здорових жінок групи порівняння ($p < 0,001$). ПМК часто супроводжується виникненням різних порушень ритму серця, вегетативних дисфункцій синусового вузла, атріовентрикулярних блокад, суправентрикулярних і шлуночкових екстрасистол. Зміни ЕКГ, що включають порушення провідності, ритму і реполяризації, спостерігалися у пацієток основної групи у 2,8 раза частіше, ніж у групі порівняння ($p < 0,001$).

Висока частота розладів вегетативної нервової системи обумовлена успадкованими при НДСТ особливостями структури і функції лімбікоретикулярного комплексу, що включає гіпоталамус, ствол і скроневі доли мозку. Розлади вегетативно-нервової системи (РВНС) у пацієток основної групи відзначено в 2,1 раза частіше, ніж у групі порівняння ($p < 0,001$).

Природжена неповноцінність венозної стінки й uszkodження клапанного апарату при НДСТ є причиною розвитку патології венозної системи і ранньої маніфестації геморою. Наявність гемороїдальних вузлів свідчить про порушення кровообігу тазового дна, яке може бути причиною його неспроможності. При вивченні частоти судинної патології серед хворих основної групи варикозне розширення вен (ВРВ) нижніх кінцівок виявлене у 2,6 раза частіше, гемороєм – у 3,7 раза частіше ніж у групі порівняння ($p < 0,001$).

Бронхолегеневі uszkodження при НДСТ характеризуються порушенням архітекτονіки легеневої тканини, що призводить до підвищеної її розтяжності і зниженої еластичності. Трахеобронхіальна дискінезія виступає однією з причин бронхіальної обструкції і хронічного кашлю. Встановлені порушення в імунній системі при НДСТ, що виявляються рецидивуючими хронічними запальними процесами верхніх дихальних шляхів, ЛОР-органів, легенів, нирок і шкірних покривів. Серед інконтинентних жінок основної групи часті простудні захворювання спостерігалися в 1,9 раза частіше, хронічні запальні захворювання верхніх дихальних шляхів – у 3,2 раза частіше, хронічний тонзиліт і тонзилектомія – у 2,8 раза частіше ніж у групі порівняння ($p < 0,001$).

Яскравим проявом генералізованого сполучнотканинного дефекту є вісцероптоз і утворення гриж. Найбільш актуальною урологічною патологією, пов'язаною з сполучнотканинними дефектами зв'язкового апарату нирки, є нефроптоз. У пацієток основної групи нефроптоз відзначено у 3,3 раза частіше, грижі різної локалізації в 9,2 раза частіше ніж у групі порівняння ($p < 0,001$).

Для НДСТ характерна патологія органів зору, представлена міопією, гіпер- і гіпометропією, змінами очного дня, збільшенням довжини очного яблука, плоскою рогівкою, блакитними склерами, косокістю. Патологія зору, зокрема зміни на очному дні і міопія у хворих основної групи відзначені у два рази частіше, ніж у групі порівняння ($p < 0,001$).

Рихлість колагенового каркаса судин пояснює схильність хворих з НДСТ до алергічних реакцій, причому ступінь тяжкості можлива від шкірних проявів до анафілактичного шоку. Алергічні реакції на медикаменти, продукти, полінози хворі основної групи мали в 3,4 раза частіше за жінок групи порівняння ($p < 0,001$).

Високий ступінь колагенізації органів травлення обумовлює різноманіття патологічних проявів з боку травного тракту. Для хворих, що мають ознаки НДСТ, характерний ранній дебют патології органів травлення, велика вираженість болювого синдрому і запальних змін слизової оболонки, аномалії жовчовивідних шляхів, рефлюкс-езофагіт і дуоденогастральний рефлюкс, а так само симптоми, пов'язані з порушенням евакуаторної функції термінального відділу кишки.

У пацієнток основної групи хронічні замки наголошувалися у 2,7 раза частіше ($p < 0,001$), дискінезія жовчовивідних шляхів – в 1,5 раза частіше ($p < 0,05$), хронічний гастрит, гастродуоденіт в 1,2 раза частіше ($p < 0,05$), ніж у групі порівняння.

ВИСНОВКИ

Отже, висока частота екстрагенітальних захворювань, що є вісцелярними проявами синдрому НДСТ у жінок основної групи, свідчить про те, що генералізований дефект сполучної тканини є однією з причин маніфестації симптомів УГР під час вагітності і після пологів у жінок репродуктивного віку.

Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення методики прогнозування УГР у жінок під час вагітності і після пологів.

Factors of risk of urogenital disorders during pregnancy and after births A. P. Prishchepa, O. A. Kovalishin

The objective: to learn the factors of risk of urogenital disorders during pregnancy and births.

Materials and methods. A basic group was made by a 51 patient with complaints about urogenital disorders. Verification of diagnosis, determination of type of disorders conducted on the basis of filling of urogynecological questionnaire, diaries of urination, results of functional tests, ultrasonography of lower departments of urinoexcretory ways. The group of comparison was made by 50 women which gave, without the signs of urogenital disorders.

Results. High-frequency of extragenital diseases which are the visceral displays of syndrome of undifferentiated connective tissue dysplasia for the women of basic group testifies that a generalizations defect of connective tissue is one of reasons of manifestation of symptoms of urogenital disorders during pregnancy and after births for the women of reproductive age.

Conclusion. The got results must be taken into account at development of method of prognostication of urogenital disorders for women during pregnancy and after births.

Keywords: urogenital disorders, pregnancy, births, risk factors.

Відомості про авторів

Прищепя Андрій Петрович – канд. мед. наук, лікар акушер-гінеколог, Київський клінічний пологовий будинок № 3; тел.: (050) 562-88-80. E-mail: prandrew123@yahoo.com
ORCID: 0009-0008-0246-581X

Ковалишин Орія Анастасія – д-р мед. наук, доц., декан, медичний університет Львівського медичного університету; тел.: (067) 335-07-00. E-mail: orusia75@gmail.com
ORCID 0000-0002-9710-0694

Вітюк Алла Дмитрівна – д-р мед. наук, професор, кафедра акушерства, гінекології та перинатології, НУОЗУ імені П. Л. Шупика, м. Київ;
ORCID: 0000-0003-0550-7196

Information about the authors

Prishchepa Andrey P. – candidate of medical sciences, doctor obstetrician-gynecologist of the Kiev clinical maternity hospital N3 ; tel.: (050) 562-88-80. *E-mail: prandrew123@yahoo.com*
ORCID: 0009-0008-0246-581X

Kovalishin Orysa A. – a doctor of medical sciences, associate professor, dean of medical faculty of the Lviv medical university; tel.: (067) 335-07-00. *E-mail: orusia75@gmail.com*
ORCID: 0000-0002-9710-0694

Vitiuk Alla D. – a doctor of medical sciences, Professor, Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv;
ORCID: 0000-0003-0550-1076

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Wilcken D.E., 2020. Lifetime risk for patients with mitral valve prolapse of developing severe valve regurgitation requiring surgery / D.E. Wilcken, A.J. Hickey // *Circulation*: 78(1): 10-14.
2. Devereux R.B., 2021. Inheritance of mitral valve prolapse: effect of age and sex on gene expression / R.B. Devereux, W.T. Brown, R. Kramer-Fox // *Ann Intern Med.*: 97(6): 82-832.
3. Lind J., 2022. The Marfan syndrome and pregnancy: A retrospective study in a Dutch population / J. Lind, H.C. Wallenburg // *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*: 98: 28-35.
4. Nishimura R.A., 2021. Echocardiographically documented mitral-valve prolapse. Long-term follow-up of 237 patients / R.A. Nishimura, M.D. McGoon, C. Shub // *N Engl J Med.*: 313(21): 1305-1309.
5. Yuan S.M., 2022. Cardiac myxoma in pregnancy: a comprehensive review / S.M. Yuan // *Rev Bras Cir Cardiovasc.*: 30(3): 386-394.
6. Faiz S.A., 2022. Pregnancy and valvular heart disease / S.A. Faiz, A.A. Al-Meshari, B.G. Sporrang // *Saudi Med J.*: 24(10): 1098-1101.
7. Nanna M., 2020. Pregnancy complicated by valvular heart disease: an update / M. Nanna, K. Stergiopoulos // *J Am Heart Assoc.*: 3(3): 76-80.
8. Gelson E., 2022. Cardiac disease in pregnancy. Part 2: acquired heart disease / E. Gelson, M. Johnson, M. Gatzoulis // *Obstet Gynaecol (TOG)*: 9(2): 83-87.
9. Kucharczyk-Petryka E., 2021. Mitral valve prolapse at pregnancy: is it a real clinical problem? / E. Kucharczyk-Petryka, A. Mamcarz, W. Braksator // *Pol Arch Med Wewn.*: 114(5): 1084-1088.
10. Hass J.M., 2022. The effect of pregnancy on the midsystolic click and murmur of the prolapsing posterior leaflet of the mitral valve / J.M. Hass // *Am Heart J.*: 92(3): 407-408.
11. Jana N., 2021. Pregnancy in association with mitral valve prolapse / N. Jana, K. Vasishta, B. Khunnu // *Asia Oceania J Obstet Gynaecol.*: 19(1): 61-65.
12. Hickey A.J., 2022. Mitral valve prolapse and bacterial endocarditis: when is antibiotic prophylaxis necessary? / A.J. Hickey, S.W. MacMahon, D.E. Wilcken // *Am Heart J.*: 109(3): 431-435.
13. Zhang C.Q., 2020. Transthoracic echocardiographic evaluation of the location of mitral valvular prolapse / C.Q. Zhang, Y.N. Liu, J.J. Xu // *Chin J Ultras Med.*: 25(1): 33-35.
14. Ueki Y., 2021. Infective endocarditis associated with mitral valve prolapse in a patient with Klinefelter syndrome / Y. Ueki, A. Izawa, S. Ebisawa // *Intern Med.*: 53(9): 969-972.