

Екстрагенітальна патологія як чинник ризику нетримання сечі та генітального пролапсу

Г. Є. Важова^{1,2}

¹Національний університет охорони здоров'я Україні імені П. Л. Шупика, м. Київ

²КНП Київська міська клінічна лікарня № 6

Мета дослідження: оцінювання ролі екстрагенітальної патології як чинника ризику нетримання сечі та генітального пролапсу.

Матеріали та методи. Проведено попереднє опитування, за результатами якого було виділено 51 пацієнтку зі скаргами на нетримання сечі, які увійшли до основної групи. Верифікацію діагнозу, визначення типу нетримання сечі проводили на підставі заповнення урогінекологічного опитувальника, щоденників сечовипускання, результатів функціональних проб, ультрасонографії нижніх відділів сечовивідних шляхів. Групу порівняння становили 50 жінок, які народили, без ознак нетримання сечі.

На підставі статистичного оброблення даних про спадковість, акушерський, гінекологічний, соматичний анамнез були виділені чинники ризику розвитку нетримання сечі під час вагітності і після пологів з оцінюванням кожного з чинників. На попередньому етапі було розглянуто обтяжений акушерсько-гінекологічний анамнез як чинник ризику розвитку нетримання сечі під час вагітності і після пологів.

Результати. Аналіз результатів досліджень свідчить про істотну роль обтяженого акушерсько-гінекологічного анамнезу як чинника ризику нетримання сечі під час вагітності і після пологів. Результати дослідження необхідно враховувати під час розроблення методики прогнозування нетримання сечі у жінок репродуктивного віку. Генералізований дефект сполучної тканини передбачає поліорганный симптоматику. Вивчена частота екстрагенітальних захворювань, що є клінічними проявами недиференційованої дисплазії сполучної тканини у жінок основної групи і групи порівняння.

Висновки. 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 нетримання сечі під час вагітності і після пологів у жінок репродуктивного віку.

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

Ключові слова: екстрагенітальна патологія, нетримання сечі, пролапс статевих органів.

Якість життя жінок репродуктивного віку визначається багатьма чинниками. Вагітність і пологи є фізіологічними процесами, але значно впливають як на функцію окремих органів, так і на організм жінки загалом і часто спричинюють розвиток різних симптомів, що значно знижують якість життя [1, 2]. Таким симптомом є маніфестація нетримання сечі (НС) під час вагітності і у післяпологовий період.

Багатьма дослідниками доведено, що переважна кількість жінок, які страждають на НС, мали в анамнезі вагітності і пологи [3, 4]. Частота НС у вагітних, за даними різних авторів, становить від 12% до 74% [5, 6]. Частота виникнення НС після перших пологів – від 24% до 29% [7, 8]. 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 НС, а серед жінок, що відзначають навіть рідкі й поодинокі епізоди НС, що зберігаються після пологів, стресове НС розвивається протягом 5 років у 92% випадків [9, 10].

Вплив НС на якість життя коливається від значного до руйнівного [11, 12]. Моральні і фізичні страждання хворих стимулюють акушерів-гінекологів і урологів до спільного пошуку причин НС у жінок, диференційованому розробленню індивідуальних методів профілактики, вдосконаленню діагностики і лікування цієї патології.

У доступній нам вітчизняній літературі не було отримано належного освітлення даних щодо частоти маніфестації симптомів НС під час вагітності і після пологів. У багаточисельних роботах, що вивчають чинники ризику НС, ми не зустріли узагальнення, що дозволяють прогнозувати ризик розвитку НС під час вагітності і після пологів, виділити групи ризику.

Надзвичайно висока частота симптомів НС під час вагітності і після пологів з подальшим стійким НС у жінок репродуктивного віку стала для нас підставою для справжнього дослідження.

Мета дослідження: аналіз чинники ризику, а саме – наявність екстрагенітальної патології у жінок із НС.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

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

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

У справжньому дослідженні проаналізовано екстрагенітальну патологію як чинник ризику НС під час вагітності і після пологів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведених досліджень свідчать, що серед 51 пацієнтки основної групи з маніфестацією сечової інконтиненції у 71,1% випадках НС вперше розвинулось після пологів, у 28,9% – перші симптоми спостерігалися вже під час вагітності і

продовжувалися після пологів. До групи порівняння увійшли 50 жінок, що не мають розладів сечовипускання під час вагітності і після пологів.

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

Рівень фізичної активності, згідно з класифікацією чинників ризику НС, є сприятливим чинником. З метою виявлення можливого впливу важкої фізичної праці на розвиток симптомів НС, вивчена структура зайнятості, умов праці і професійної шкідливості в основній групі і в групі порівняння. Водночас виявлено, що жінки 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 по групах за такими ознаками, як зайнятість на шкідливому виробництві, емоційне напруження на роботі, ведення домашнього господарства статистично недостовірні.

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

Згідно з класифікацією чинників ризику, вагітність і пологи є провокуючим чинником розвитку НС [13, 14]. При цьому під час анамнезу було виявлено, що більшість жінок в обох групах – повторнородящі та такі, що мали аборти ($p < 0,001$). Первородящих першовагітних в основній групі більш ніж у чотири рази менше, ніж у групі порівняння ($p < 0,001$), а первородящих, що мали аборти, майже у два рази більше, ніж у групі порівняння ($p < 0,001$). Проте різниця між групами за кількістю повторнородящих жінок, що не мали абортів, виявилася статистично недостовірною ($p > 0,05$).

Аналіз отриманих результатів свідчить про те, що важливе значення має не лише кількість пологів, але і загальна кількість вагітностей у жінки.

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

У світлі теорії структурно-анатомічної недостатності розвитку НС ми передбачаємо, що виникла, а потім перервана вагітність і викликане абортom коливання рівня гормонів й інших біологічно активних речовин, зокрема дефіцит магнію, що розвивається під час вагітності, патологічно впливають на дефектну сполучну тканину. Подальші пологи призводять до декомпенсації і розвитку клінічно значущих патологічних станів, зокрема – маніфестації НС після пологів [15, 16].

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

Серед основних ускладнень у пологах в основній групі частіше спостерігали 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 фіксували оперативне розродження ($p < 0,001$), можливо, це пов'язано з високою частотою ускладнень вагітності і першого періоду пологів.

Отримані результати знаходять підтвердження у 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 [17, 18].

Згідно з класифікацією чинників ризику, пошкодження тазових нервів і м'язів тазового дна є провокуючим чинником розвитку НС [19, 20]. Виявлено, що серед первородящих усього мали порушення цілості м'яких тканин пологових шляхів 44,1% жінок основної групи і 20,0% жінок групи порівняння ($p < 0,001$). Серед повторнородящих пошкодження м'яких тканин пологових шляхів спостерігали у 24,8% жінок основної групи та у 14,0% жінок групи порівняння ($p < 0,05$).

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

Отже, результати попередніх досліджень свідчать про істотну роль обтяженого акушерсько-гінекологічного анамнезу як чинника ризику НС під час вагітності і після пологів. Отримані результати необхідно враховувати під час розроблення методики прогнозування нетримання сечі 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 виявлено у 92,6% жінок основної групи та у 54,0% 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, в числі яких знаходиться пролапс мітрального клапана (ПМК). ПМК у інконтинентних жінок основної групи зафіксовано 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 блоkad, суправентрикулярних і шлуночкових екстрасистол. Зміни ЕКГ, що включають порушення провідності, ритму і реполяризації, спостерігалися у пацієнток основної групи у 2,8 раза частіше, ніж у жінок групи порівняння ($p < 0,001$).

Висока частота розладів вегетативної нервової системи обумовлена успадкованими при НДСТ особливостями структури і функції лімбікоретикулярного комплексу, що включає гіпоталамус, стовбур і скроневі доли мозку. Розлад вегетативної нервової системи (РВНС) у пацієнток основної групи зафіксовано у 2,1 раза частіше, ніж у жінок групи порівняння ($p < 0,001$).

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

Бронхолегеневі ушкодження при НДСТ характеризуються порушенням архітекτονіки легеневої тканини, що призводить до підвищеної її розтяжності і зниженню еластичності, трахеобронхіальна дискінезія є однією з причин бронхіальної обструкції

і хронічного кашлю. Встановлені порушення в імунній системі за наявності НДСТ проявляються 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 сполучно-тканинного дефекту є вісцероптоз і грижеутворення. Найбільш актуальною урологічною патологією, пов'язаною із сполучно-тканинними дефектами зв'язкового апарату нирки, є нефроптоз. У пацієнток основної групи нефроптоз відзначено у 3,3 раза частіше, грижі різної локалізації – у 9,2 раза частіше, ніж у групі порівняння ($p < 0,001$).

Для НДСТ характерна патологія органів зору, представлена міопією, гіпер- і гіпометропією, змінами на очному дні, збільшенням довжини очного яблука, плоскою рогівкою, блакитними склерами, косоокістю. Патологія зору, зокрема зміни на очному дні і міопія у хворих основної групи, фіксують у 2 рази частіше, ніж у групі порівняння ($p < 0,001$).

Рихлість колагенового каркаса судин пояснює схильність хворих з НДСТ до алергічних реакцій, причому ступінь тяжкості можливий від шкірних проявів до анафілактичного шоку. Алергічні реакції на медикаменти, продукти, полінози у хворих основної групи діагностували у 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 больового синдрому і запальних змін слизової оболонки, аномалії жовчного міхура, що часто поєднуються з порушенням моторики 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 закрепи 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 недиференційованої дисплазії сполучної тканини у жінок основної групи, свідчить про те, що генералізований дефект сполучної тканини є однією з причин маніфестації симптомів нетримання сечі під час вагітності і після пологів у жінок репродуктивного віку.

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

Extragenital pathology as a factor of risk of incontinence of urine and pelvic organ prolapse

G. E. Vazhova

The objective: to estimate the role of extragenital pathology as a factor of risk of incontinence of urine and pelvic organ prolapse.

Materials and methods. The previous questioning, as a result of which a 51 patient was selected with complaints about incontinenes of urine, which made a basic group, was conducted. Verification of diagnosis, determination of type of incontinence of urine conducted on the basis of filling of urogynecological questionnaire, diaries of urination, results of functional tests,

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

ultrasonography of lower departments of urinoexcretory tract. The group of comparison was made by 50 women which gave, without the signs of incontinence of urine.

In future, on the basis of the statistical processing of data about heredity, obstetric, gynaecological, somatic anamnesis, there were the selected factors of risk of development of incontinence of urine during pregnancy and after births with an estimation each of factors. On the previous stage we considered burdened obstetric-gynaecological anamnesis as factor of risk of development of incontinence of urine during pregnancy and after births.

Results. The results of researches testify to the substantial role burdened obstetric-gynaecological anamnesis as factor of risk of incontinence of urine during pregnancy and after births. The got results must be taken into account at development of method of prognostication of incontinence of urine for the women of reproductive age. Generalized the defect of connective tissue foresees multiple organ symptoms. Studied frequency of extragenital diseases which are the clinical displays of undifferentiated connective tissue dysplasia for the women of basic group and group of comparison.

Conclusions. 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 generalized defect of connective tissue is one of reasons of manifestation of symptoms of incontinence of urine during pregnancy and after births for the women of reproductive age. The got results must be taken into account at development of method of prognostication of incontinence of urine for women during pregnancy and after births.

Keywords: *extragenital pathology, incontinence of urine, pelvic organ prolapse.*

Відомості про автора

Важова Ганна Євгенівна – аспірант, кафедра акушерства, гінекології та перинатології, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ; тел.: (097) 964-97-33. *E-mail: a.e.vazhova@gmail.com*

Information about the author

Vazhova Hanna E. – graduate student department of obstetric, gynecology and perinatology, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv; tel.: (097) 964-97-33. *E-mail: a.e.vazhova@gmail.com*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Barber MD, Maher C. Apical prolapse. *Int Urogynecol.* 2021;34:1815–33.
2. Baud D, Meyer S, Vial Y, Hohlfeld P, Achtari C. Pelvic floor dysfunction 6 years post-anal sphincter tear at the time of vaginal delivery. *Int Urogynecol.* 2021;32(9):1127–34.
3. Bo K, Fleten C, Nystad W. Effect of antenatal pelvic floor muscle training on labor and birth. *Obstet Gynecol.* 2019;126(6):1279–84.
4. Boroumandfar K, Rahmati MG, Farajzadegan Z, Hoseini H. Reviewing sexual function after delivery and its association with some of the reproductive factors. *Iran J Nurs Mid Res.* 2020;25(4):220–3.
5. Borstad E, Abdelnoor M, Staff AC, Kulseng-Hanssen S. Surgical strategies for women with pelvic organ prolapse and urinary stress incontinence. *Int Urogynecol.* 2019;31:179–86.
6. Bortolini MA, Drutz HP, Lovatsis D, Alarab M. Vaginal delivery and pelvic floor dysfunction: current evidence and implications for future research. *Int Urogynecol.* 2020;31(8):1025–30.
7. Bucknor A, Egeler SA, Chen AD, Chattha A, Kamali P, Brownstein G, et al. National Mortality Rates After Outpatient Cosmetic Surgery and Low Rates of Perioperative Deep Vein Thrombosis Screening and Prophylaxis. *Plast Reconstruct Surg.* 2018;142(1):90–8.
8. Bugge C, Adams EJ, Gopinath D, Stewart F, Dembinsky M, Sobiesuo P, Kearney R. Pessaries (mechanical devices) for managing pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2020 18 November. [Internet]. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004010.pub4>
9. Campagna G, Panico G, Vacca L, Caramazza D, Gallucci V, Rumolo V, et al. Laparoscopic sacral colpopexy for pelvic organ prolapse recurrence after transvaginal mesh surgery. *Eur Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020;248:222–6.

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

10. Chaliha C. Postpartum pelvic floor trauma. *Cur Opin Obstet Gynecol.* 2019;31(6):474–9.
11. Chantereau P, Brieu M, Kammal M. Mechanical properties of pelvic soft tissue of young women and impact of aging. *Int Urogynecol.* 2019;30:1–7.
12. Chen B, Wen Y, Wang H, Polan ML. Differences in estrogen modulation of tissue inhibitor of matrix metalloproteinase-1 and matrix metalloproteinase-1 expression in cultured fibroblasts from continent and incontinent women. *Am Obstet Gynecol.* 2013;199(1):59–65.
13. Chow D, Rodriguez LV. Epidemiology and prevalence of pelvic organ prolapse. *Curr Opin Urol.* 2013;23(4):293–8.
14. Connell KA, Guess MK, Chen H. HOXA11 is critical for development and maintenance of uterosacral ligaments and deficient in pelvic prolapse. *Clin Invest.* 2018;128(3):1050–5.
15. Coyne KS, Sexton CC, Kopp ZS. Rationale for the study methods and design of the epidemiology of lower urinary tract symptoms (EpiLUTS) study. *BJU Int.* 2019;114(3):348–51.
16. Crepin G, Cosson M, Lucot JP. Genital prolapse in young women: a topical issue. *Acad Natl Med.* 2017;197(4-5):827–36.
17. Davidson ERW, Thomas TN, Lampert EJ. Route of hysterectomy during minimally invasive sacrocolpopexy does not affect postoperative outcomes. *Int Urogynecol.* 2019;30(4):649–55.
18. Demirci F, Ozdemir I, Somunkiran A. Perioperative complications in abdominal sacrocolpopexy and vaginal sacrospinous ligament fixation procedures. *Int Urogynecol.* 2020;11:29–33.
19. Demirci F., Ozdemir I., Somunkiran A. Abdominal sacrohysteropexy in young women with uterovaginal prolapse: results of 20 cases. *Reprod Med.* 2016;61(7):539–43.
20. Denman M.F., Gregory T., Boyles S.H., et al. Reoperation 10 years after surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol.* 2018;125(1):555–6.