

© Костюк І.Ю., Чайка Г.В.

УДК: 616.2:616.62-008.22

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21000)

НЕТРИМАННЯ СЕЧІ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Резюме. *Останнім часом світова статистика порушень сечовипускання стрімко зростає, що свідчить про серйозність проблеми. Нетримання сечі спостерігається у всіх вікових та расових групах людей. Якість життя у осіб з різноманітними видами порушень сечовипускання суттєво знижується. Серед усіх порушень сечовипускання саме синдром гіперактивного сечового міхура являється найсерйознішою соціально-економічною проблемою, що призводить до соціальної дезадаптації особистості. В даній статті висвітлені показники захворюваності та поширеності порушень сечовипускання та, власне, синдрому гіперактивного сечового міхура з метою подальшої роботи над проблемою ранньої гравідарної діагностики та лікування порушень сечовипускання у післяпологовому періоді.*

Ключові слова: *порушення сечовипускання, нетримання сечі, гіперактивний сечовий міхур, сироватковий релаксин*

Вагітність та пологи є фізіологічними процесами в організмі. Разом із тим, саме ці стани поряд із впливом на функціональний стан усіх органів та систем, нерідко сприяють появі різних симптомів, які значно впливають на якість життя [4]. У світовій практиці порушення сечовипускання до недавнього часу відносилось до переліку захворювань, яким приділяли недостатню увагу. Саме тому труднощі в належному комплексному симптоматичному та патогенетичному діагностуванні та підборі адекватного лікування загрожують практичних лікарів у глухий кут [4].

Так, згідно статистичних даних в Російській Федерації більше 30% жінок, які звертаються за медичною допомогою, її не отримують [1, 5]. За даними НДЦ Урології Міністерства охорони здоров'я Росії протягом 2006-2009 рр. щодо надання медичної допомоги, 20% жінок з нетриманням сечі (НС) мали ускладнення після раніше проведеного лікування, а 80% жінок були недостатньо обстежені. У 50-70% випадків низька якість попередніх досліджень змушувала їх проводити повторно, а у 20-25% випадків пацієнткам було виставлено неправильний, помилковий або ж неповний діагноз [5].

Серед економічно-розвинених країн показники НС не перевищують 50%, зокрема у жіночій популяції Франції частота НС складає 42%, Німеччині - 44%, Великобританії - 40% [13, 15, 20].

Зверненість жінок з порушеннями сечовипускання за спеціалізованою допомогою залежить від виду, тривалості, тяжкості симптоматики, віку пацієнтки, загального стану, доступності медичної допомоги та відношення населення до медичного обслуговування.

Так, майже 30% жінок з легким перебігом НС не звертаються за допомогою. З 56% жінок з середнім ступенем тяжкості втрати сечі лише 19% звертаються за медичною допомогою, 90% з яких є жителями міст [5].

За даними Пушкаря Д.Ю. та співавт. станом на 2003 р. поширення НС у міських жінок РФ - 38,6% з яких лише 4% звернулися до терапевтів чи гінекологів [3].

Соромлячись своєї проблеми, переважна більшість жінок з порушенням сечовипускання смиренно віддають перевагу використанню засобів особистої гігієни,

вважаючи це найбільш сприятливим.

Узагальнюючи літературну інформацію та данні власних досліджень, можна чітко сформулювати наступні причини низького звернення жіночого населення за медичною допомогою:

- нетримання сечі - це наслідки процесу старіння;
- сприйняття жінкою втрати сечі під час вагітності та в післяпологовому періоді, як нормального післяпологового стану організму;
- відчуття сорому та зніяковіння;
- низький соціально-економічний стан населення;
- страх високих фінансових витрат;
- неосвіченість суспільства з приводу даної патології;
- незнання до кого зі спеціалістів звертатись;
- самоусвідомлення незначущості проблеми на тлі інших захворювань та патологічних станів;
- нерівномірне покриття медичною службою усієї території країни через недоступність медслужби для жителів сільської місцевості;
- недовіра до медичної служби в цілому, що породжує
- бажання самостійно впоратися з хворобою.

На 2002 рік поширеність НС складає 36,8%, серед них старше віку 55 років - 37%, а серед 25-34 річних 9% [3, 20]. З 2006 по 2010 рр. від 30% до 70% жінок Росії мають різні типи нетримання сечі [1, МОЗЕС, 2005].

Близько 30 мільйонів жінок Росії виявляють скарги на НС, до того ж 20 мільйонів - жінки репродуктивного віку - це кожна 5 жінка [3, 8]. Після 60 років частота НС становить 50% - кожна друга жінка скаржиться на дану проблему. Згідно зарубіжних даних частота НС у жінок різного віку становить 11-72% [15, 21, 22].

При аналізі амбулаторно-поліклінічних даних Вінницької області станом на 2014 рік, за медичною допомогою звернулось 415 жінок з НС (у тому числі 151 вперше). У 2014 році скарги на нейрогенний сечовий міхур вперше були пред'явлені 156 особами з усіх 668 пацієнтів. У 2015 році НС було виявлено у 692 пацієнток, з яких 263 було вперше діагностовано дану патологію. Щодо нейро-м'язевої дисфункції сечового міхура, цю проблему вперше було виявлено у 182

пацієнтів, з 546 в загальному.

У наслідок збільшення функціональних потреб організму уже з I триместру вагітності відбувається ряд анатомо-фізіологічних та біохімічних змін. Сечовидільний тракт не є виключенням [9].

Посилення клубочкової фільтрації на половину сприяє гіперплазію нефроцитів, видовження проксимальних каналців нирки, що призводить до збільшення розмірів нирки. Починаючи з 2 тижня вагітності відбувається дилатація чашечково-мискової системи та сечоводів, особливо з правого боку, поряд із зниженням перистальтики сечоводів, що є причиною збільшення об'єму залишкової сечі [25]. Такі гідронефротичні сечоводи можуть служити резервуаром для 200 (у деяких випадках - 300) мл сечі.

Виникнення пієлонефриту вагітних та безсимптомної бактеріурії пояснюється виявленням у 7,5% вагітних жінок міхурово-сечовідного рефлюксу, внаслідок латерального зміщення осі входу сечоводів в сечовий міхур через вкорочення їх ітравезикальної частини під тиском вагітної матки. Внаслідок гравідарних змін функціональний об'єм сечового міхура збільшується до 450 - 700 мл, що, разом із гіперпродукцією сечі, призводить до поліурії та ніктурії. До того ж, концентрація антидіуретичного гормону також зменшується при вагітності. А сама вагітна матка є причиною механічної дилатації сечоводів, а також антефлексію сечового міхура [23].

Ниркова гемодинаміка, незважаючи на відносно стабільну авторегуляцію ренального кровотоку, зазнає серйозних (гемодинамічних) реологічних змін [12]. В нормі під впливом оксиду азоту, ендотеліну та сироваткового релаксину тиск в ренальній артерії збільшується до 50-70% в II триместрі вагітності, з поступовим зниженням на 15-20% в ранньому післяпологовому періоді [17].

Спільний ембріогенез сечового та генітального трактів пояснює рецепторну тропність до естрогенів, прогестерону та андрогенів в усіх органах репродуктивної системи та уротракту, зокрема в епітелії проксимального та дистального відділів уретри, піхви, лобково-куприкового м'язу, ділянки трикутника Льюто [2, 7, 25].

Як відомо, естрогени є жіночими гормонами "молодості", оскільки вони покращують кровопостачання уретри та сечового міхура, збільшують (підвищують) еластичність сполучної тканини та гладком'язевих волокон, з яких складається стінка уретри, забезпечують наявність слизу в просвіті уретри, для підтримки адекватного внутрішньоуретрального тиску [2, 10, 25].

Однак, інтрагравідарне збільшення рівня естрогенів і прогестерону є причиною гіперемії слизової оболонки сечового міхура та уретри, гіпертрофії детрузора, посилюють складчастість перехідного епітелію уретри. Збільшення прогестерону викликає гіпотонію та збільшення об'єму сечового міхура, гіпомобільність сечоводів.

Згідно даних [16], під час вагітності пікові показники

добового діурезу та об'єму сечового міхура виявленні в II триместрі, підвищується загальна та функціональна довжина уретри, максимальний тиск закриття уретри з незначною інволюцією критеріїв у післяпологовому періоді.

S. Wesnes і співавт. [28] у великому рандомізованому дослідженні за участі 43279 вагітних жінок в терміні гестації 30 тиж. виявили симптоми порушень сечовипускання у 58% випадків.

У літературі виділено наступні варіанти порушень сечовипускань під час вагітності [6, 8, 10, 11, 22]:

- симптом гіперактивного сечового міхура;
- нетримання сечі напруги (характерно для повторнонароджуючих);
- утруднене сечовипускання.

Гіперактивний сечовий міхур - ГАСМ (International Continence Society) клінічний синдром, який визначає ургентне сечовипускання (з чи без ургентного нетримання), що, зазвичай, супроводжується частим сечовипусканням та ніктурією [8, 27].

Основними причинами виникнення ГАСМ є:

- ідіопатична нестабільність детрузора;
- нейрогенна гіперактивність детрузора;
- атрофічні зміни нижніх сечовидільних шляхів внаслідок дефіциту естрогенів.

Науковці виділяють наступні клінічні симптоми гіперактивного сечового міхура [6, 8, 11, 22]:

1. Ургентне сечовипускання.
2. Часті сечовипускання (більше 8 разів на добу).
3. Ніктурія (більше = 2 рази на ніч).
4. Ургентне нетримання сечі ("сухий" чи "мокрый" сечовий міхур).

A. Полакіурія та ніктурія.

S. Chaliha та співав. [19] провели обстеження 549 першонароджуючих жінок в терміні гестації 34 тижні та через 3 місяці після пологів. Симптом ніктурії до настання вагітності відмітили 5,1% жінок, в 34 тижні цей показник підвищився до 67,7%. Через 3 місяці після пологів на ніктурію скаржилися 7,4% породіль. Полакіурія до вагітності була присутньою у 18% пацієнток, в 34 тижні зросла до 81,1%, та вже через 3 міс. після пологів даний показник знизився більше ніж в половину (32,4%).

H. Brummen та співав. [15] в анкетах опитувальників 515 першовагітних жінок в терміні гестації 12 тижнів виявили поширеність полакіурії та ніктурії до 74%. Через 6 місяців скарги на полакіурію та ніктурію виявили 96% жінок.

За даними S. Stantanu [26, 27] полакіурія домінує серед вагітних у I триместрі вагітності. Щодо вагітності в гестаційному терміні 38-40 тиж. серед повторно вагітних показники частоти симптомів частого сечовипускання були значно нижчими, ніж у першовагітних жінок.

A. Cutner [20, 21] провів обстеження вагітних жінок у терміні гестації 6-15 тиж., серед яких відчуття неповного спорожнення сечового міхура констатували 91%

жінок. Щодо симптомів ніктурії та полакіурії, останні зустрічалися у 23% та 40% жінок.

Чітко визначитися з можливими причинами гравідарної полі- та полакіурії, а також ніктурії не вдається через розбіжності даних ретроспективного аналізу світової літератури. Так, деякі автори [4, 16, 19, 23, 26] стверджують, що персистенція полакіурії відбувається по причині тиску вагітної матки на сечовий міхур. За іншими даними [22, 27], частота симптомів порушень сечовипускання корелює лише з кількістю пологів: у багатонароджуючих симптоматика НС більш яскраво виражена, ніж у першовагітних. Низка науковців [9, 13, 18, 24] вважає, що лише паритет жінки має зв'язок з клінікою інконтиненції. Протиріччя виявленні у наявності залежності частоти сечовипускання від положення голівки плода [16,28].

Ніктурію вагітних більшість авторів [1, 9, 10, 16, 23] пояснює фізіологічним посиленням екскреції натрію у відповідь на збільшення потреб організму у рідині вже на початку I триместру вагітності. Внаслідок цього підвищується нічний діурез та, відповідно, з'являється ніктурія. Хоча в III триместрі відчуття спраги та діурез знижуються (через зменшення рівня натрію), однак клініка НС залишається сталою внаслідок тиску вагітної матки на сечовий міхур [21, 25].

Б. Ургентність та ургентне НС

Проблемою ургентності активно займалися А. Cutner [21], Н. Brummen [15]. Ургентність (імперативний позив) - ключовий симптом ГАСМ.

За різними даними [2, 4, 9, 10, 11, 26] поширеність ургентності в деяких країнах сягає 63%, ургентне нетримання сечі становить в середньому 18% у різні гравідарні терміни.

В окреме дослідження увійшли 550 жінок, які завагітніли вперше [7]. Проаналізувавши наявність ургентності під час та поза вагітністю, було виявлено 2,2% випадків до вагітності, а під час вагітності показник істотно зріс до 22,9%, та через 12 тижнів після пологів знизився 7,8%.

Схожі данні щодо частоти порушень сечовипускання на пізніх термінах вагітності можна знайти в дослідженнях S. Wesnes [28]. Так за допомогою рандомізованого анкетного дослідження 43279 вагітних в 30 тиж., було зафіксовано 21,2% випадків симптомів ургентного нетримання сечі. Схожі дані по у НС - 32,8% в 32 тижні, 27,4% випадків зафіксовано через 3 міс. після пологів [24].

С. Chaliha і співав. провели уродинамічну оцінку гіперактивності детрузора під час вагітності та після пологів. В III триместрі вагітності дану симптоматику було виявлено у 8,1% випадків, у порівнянні з 6,8% через 12 тижнів після пологів. Однак, при аналізі анамнестичних даних, лише 4,9% даної групи жінок пред'являли скарги на ургентне НС [19].

В. Утруднене сечовипускання (УС).

УС можна зустріти серед скарг вагітних жінок у

терміні гестації 14-16 тижнів. Дана проблема спричинена переходом матки в положення *retroversio* та механічним тиском вагітної матки на шийку сечового міхура з подальшим подовженням уретри та защемленням шийки сечового міхура аж до набряку останньої, що не рідко спричиняє труднощі при катетеризації сечового міхура [3, 10].

Простагландини вважаються генетично детермінованим фактором, що сприяє розвитку деструктивних змін в тканинах з колагеновим вмістом під час вагітності. Дослідження поширеності симптомів НС в групі жінок, яким призначалися простагландини під час вагітності та в пологах показали, що одразу після пологів та через 3 місяці даний показник був значно вищий, ніж у контрольній групі [18].

В останні роки все більшої популярності набувають дослідження, присвячені проблемам патогенетичних ланок виникнення захворювання з подальшим вибором етіопатогенетичного лікування. Не винятком є проблема НС.

Велика кількість зарубіжних дослідників стверджує, що провідну роль в патогенезі виникнення НС відіграють зміни рівня сироваткового релаксину [9].

Сироватковий релаксин - білковий гормон, що синтезується тканиною яєчників та плацентою, складається з 2 ланцюгів (А і В), які пов'язані між собою 2 дисульфідними містками. Ланцюг А має 22 амінокислотних залишки і 1 дисульфідний місток, ланцюг В має 30 амінокислотних залишків. Під час цитогенетичних досліджень рецептори релаксина (LGR7 та LGR8), були виявленні не лише в органах репродуктивної системи, а й в тканині мозку, нирок, у серцево-судинній системі, респіраторному тракті та у сполучній тканині [9].

За даними нещодавніх досліджень в галузі кардіології [20] використання релаксина в I добу при інфаркті міокарда знижує смертність від серцевої та ниркової недостатності. Саме тому вважається, що збільшення рівня релаксина - це фізіологічний захист судинної системи та структур сполучної тканини. Динамічні показники рівня релаксину свідчать, що сироватковий релаксин з незначної кількості до вагітності, підвищується з настанням вагітності, досягаючи піку в 12-13 тиж., з подальшим зниженням концентрації на 50% після 17 тижнів [9, 18].

Фізіологічні ефекти сироваткового релаксину полягають в наступному:

1. Стимуляція росту епітеліальних клітин піхви.
2. Посилення синтезу гладком'язевих клітин.
3. Вазодилатація судин мікроциркуляторного русла.

Саме завдяки фізіологічним властивостям релаксину підвищується максимальний тиск закриття уретри, попереджується ремоделювання сполучної тканини в судинній стінці, та стінці сечового міхура в ділянці шийки для посилення утримання сечі під час вагітності. Деякі науковці [15] наголошують на негативній залежності між сироватковим релаксином та кількістю вагітностей в

анамнезі.

Провівши аналіз доступної нам літератури необхідно відмітити, що показники захворюваності та поширеності нетримання сечі достатньо освітленні, як у роботах американських, так і у європейських науковців. Деяко менше інформації можна знайти в працях країн пострадянського простору. Однак, багато аспектів даної проблеми залишається предметом дискусій, що унеможливає виділити групи ризику пацієнток з порушенням сечовипускання.

Суперечливі літературні дані щодо ефективності методів консервативного лікування порушень сечовипускання, а також неможливість хірургічної корекції нетримання сечі у жінок фертильного віку, не дають змогу створити та впровадити в практику чіткі алгорит-

ми, діагностики та менеджменту проблеми нетримання сечі. Недостатня ефективність методів консервативного лікування порушень сечовипускання у вагітних жінок і неможливість оперативної корекції нетримання сечі для жінок після пологів та протипокази до використання будь якого медикаментозного лікування під час вагітності, роблять особливо актуальним вдосконалення заходів профілактики та впровадження поведінкової терапії у вагітних.

Таким чином, вивчення частоти та характеру порушень сечовипускання у вагітних жінок різних морфотипів, найбільш значущих факторів ризику, особливостей діагностики може бути покладено в основу прогнозування даної патології з подальшою її профілактикою.

Список літератури

1. Аполихина И. А. Клиническая эпидемиология, дифференциальная диагностика и консервативное лечение недержания мочи у женщин: автореф. дис. на соискание уч. степени д. мед. наук / Аполихина И.А. - Москва, 2006. - 40 с.
2. Аполихина И. А. Применение анкеты-опросника ICIQ-SF в гинекологической практике / И.С. Ибинаева, Ф.Н. Махмеджанова, Г.Т. Сухих // Материалы конгресса Международного общества, занимающегося проблемами недержания мочи, и Международной ассоциации урогинекологов. - Торонто, Канада, 2010. - № 657. - С. 12-17.
3. Пушкарь Д. Ю. Обструктивная ноктурия / Пушкарь Д.Ю., Вишневский Е.Л., Лоран О.Б. - М.: АНМИ, 2007. - 162 с.
4. Закрытная О. С. Прогнозирование недержания мочи у женщин во время беременности и после родов с обоснованием профилактики: автореф. дис. на соискание уч. степени к. мед. наук / О.С. Закрытная. - Казань, 2008. - 44 с.
5. Ибинаева И. С. Научное обоснование разработки алгоритма ведения женщин с недержанием мочи: автореф. дис. на соискание уч. степени к. мед. наук / И.С. Ибинаева. - М., 2012. - 39 с.
6. Лоран О. Б. Морфологическая характеристика гиперактивного мочевого пузыря / О.Б. Лоран, С. А. Писарев // Консилиум медикум. - 2006. - экстр. вып. - С. 5-9.
7. Мазо Е. Б. Результаты электромиографических исследований при консервативном лечении стрессового недержания мочи у женщин / Е.Б. Мазо, Г.Г. Кривобородов, Л.Ф. Касаткина // Урология. - 2001. - № 5. - 2 с.
8. Мазо Е. Б. Гиперактивный мочевого пузыря / Е.Б. Мазо, Г.Г. Кривобородов. - М.: Вече, 2003. - 180 с.
9. Перматова А. Э. Недержание мочи у беременных: магист. дис.: 5A720101 / Перматова А.Э. - Ташкент - 2014. - 121 с.
10. Пушкарь Д. Ю. Гиперактивный мочевого пузыря у женщин / Д.Ю. Пушкарь. - М.: МЕДпресс-информ, 2003. - 160 с.
11. Пушкарь Д. Ю. Синдром гиперактивного мочевого пузыря в клинической практике врача-уролога / Пушкарь Д.Ю., Касян Г.Р., Ходырева Л.А. - М., 2016. - 38 с.
12. Ряполова М. В. Ультразвуковое исследование нижних мочевых путей у женщин со стрессовым недержанием мочи как метод диагностики и эффективности хирургической коррекции / М.В. Ряполова, А.В. Москвитин // Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии. - 2000. - № 2. - С. 128-130.
13. Barunoday C. A Giant Vesical Stone Causing Impending Rupture of Bladder During Labor / С. Barunoday, P.C. Mondal, R. Sahana // The Journal of Obstetrics and Gynecology of India. - 2015. - 654 p.
14. Bourguignon J. Effect of delivery on the anal sphincter / J. Bourguignon, P. Bauer, P. Atienza // Presse medical. - 1998. - Vol. 27, № 33. - P. 1702-1706.
15. Brummen H. J. Botherome lower urinary tract symptoms 1 year after first delivery: prevalence and the effect of childbirth / H.J. Brummen, H.W. Bruinse, G. van de Pol // BJU Int. 2006. - Vol. 98, № 1. - P. 89-95.
16. Sangsawang B. Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment / B.Sangsawang, N. Sangsawang // International Urogynecology Journal. - 2013. - Vol. 24. - 6 p.
17. Caroline E. Childbearing and the Risk of Bladder Cancer / E. Caroline, S. Eloranta, D. Altman // A Nationwide Population-based Cohort Study, European Urology. - 2013. - Vol. 63. - 4 p.
18. Chaliha C. Textbook of Female Urology and Urogynecology / C. Chaliha, S. Athanasiou. - Режим доступу: <https://www.crcpress.com/Textbook-of-Female-Urology-and-Urogynecology-Fourth-Edition---Two-Volume/Cardozo-Stackin/p/book/9781498796316>
19. Chaliha C. Ultrasound imaging of the pelvic floor / C. Chaliha, S. Salvatore // Obstet. Gynecol. - 2007. - Vol. 111.
20. Cutner A. The effects of pregnancy on previous incontinence surgery. Case report / A. Cutner, L.D. Cardozo, B.G. Wise // Br. J. Obstet. Gynaecol. - 1991. - Vol. 98 (11). - P. 1181-3.
21. Cutner A. Assessment Of Urinary Symptoms In Early Pregnancy / A. Cutner, L.D. Cardozo, C.J. Benness // British Journal of Obstetrics and Gynaecology. - 1991. - Vol. 98 (12). - P. 1283-6.
22. Edmonds P. Textbook of Obstetrics & Gynaecology // Edmonds P., Dewhurst S., Keith D. - 2012. - 363 p.
23. Fiadjoe P. Maternal urological problems in pregnancy / P. Fiadjoe, K. Kurinji, A. Rane // European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. - 2010. - Vol. 152 (1). - P. 13-7.
24. Granese R. Botox(®) for idiopathic overactive bladder: efficacy, duration and safety. Effectiveness of subsequent injection / R. Granese, G. Adile, G. Gugliotta // Arch Gynecol Obstet. - 2012. - Vol. 286 (4). - P. 923-9.
25. Law H. Urogynaecological problems in pregnancy / H. Law, P. Fiadjoe // Journal of Obstetrics and Gynaecology. - 2012. - Vol. 32 (2). - P. 109-12.
26. Santanu S. Controlling Urine Odors While Managing Urinary Incontinence [Елек-

тронний ресурс] / S. Santanu // HIVE. Health Media. - 2013. - Режим доступу: <https://www.hivehealthmedia.com/controlling-urine-odors-while-managing-urinary-incontinence/>
27. Santanu S. The Use of Vaginal Cones

for Pelvic Floor Weakness and Incontinence [Електронний ресурс] / S. Santanu // HIVE. Health Media. - 2012. - Режим доступу: [https://www.hivehealthmedia.com/the-use-of-vaginal-cones-for-pelvic-floor-](https://www.hivehealthmedia.com/the-use-of-vaginal-cones-for-pelvic-floor-weakness-and-incontinence/)

weakness-and-incontinence/
28. Wesnes S. L. Urinary incontinence during pregnancy / S.L. Wesnes, G. Rortveit, S. Hunskaar // Obstet. Gynecol. - 2007. - Vol. 109 (4). - P. 922-8.

Костюк І.Ю., Чайка Г.В.

НЕДЕРЖАННЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА (ОБЗОР ЛІТЕРАТУРИ)

Резюме. В последнее время мировая статистика нарушений мочеиспускания стремительно растет, что свидетельствует о серьезности проблемы. Недержание мочи наблюдается во всех возрастных и расовых группах людей. Качество жизни у лиц с различными видами нарушений мочеиспускания существенно снижается. Среди нарушений мочеиспускания именно синдром гиперактивного мочевого пузыря является серьезной социально-экономической проблемой и приводит к социальной дезадаптации личности. В данной статье освещены показатели заболеваемости и распространенности нарушений мочеиспускания и, собственно, синдрома гиперактивного мочевого пузыря с целью дальнейшей работы над проблемой ранней гравидарной диагностики и лечения нарушений мочеиспускания в послеродовом периоде.

Ключевые слова: нарушение мочеиспускания, недержание мочи, гиперактивный мочевой пузырь, сывороточный релаксин.

Kostjuk I., Chaika H.

URINARY INCONTINENCE IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE (LITERATURE REVIEW)

Summary. Recently, global statistics of urination disorders is growing rapidly, indicating the seriousness of the problem. Urinary incontinence occurs in all age and racial groups of people. Quality of life in patients with different types of urinal disorders significantly reduced. Among all these contraventions overactive bladder syndrome is the most serious social and economic problem that leads to social exclusion of the individual. This article highlights the incidence and prevalence of urinary disorders and, in fact, overactive bladder syndrome to further work on the problem of early pregnancy diagnosis and treatment of urinary disorders in the postpartum period.

Key words: urination disorders, urinary incontinence, overactive bladder, serum relaxin.

Рецензент - д.мед.н., проф. Проценко О.О.

Стаття надійшла до редакції 09.12.2016р.

Костюк Ірина Юріївна - аспірант кафедри акушерства і гінекології №1 Вінницького медичного університету імені М.І.Пирогова, iren.kostjuk@gmail.com; +38(097)9852023

Чайка Григорій Васильович - д.мед.н., проф., зав. кафедри акушерства та гінекології №1 Вінницького медичного університету ім. М.І. Пирогова; chaykag001@gmail.com; +38(067)4334152

© Гилюк О.Г., Булат Л.М., Олійник В.С., Керанчук Л.В.

УДК: 616.9-053.2-07:578.825

Гилюк О.Г., Булат Л.М., Олійник В.С., Керанчук Л.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, кафедра пропедевтики дитячих хвороб, вул. Пирогова, 56, Вінниця, Україна, 21018)

ІМУННО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ ЗМІНИ ТА КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ГЕРПЕСВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ

Резюме. У статті висвітлені питання захворюваності герпесвірусними інфекціями, патогенетичні механізми впливу збудника на органи та системи, особливості клінічного перебігу та розвиток можливих ускладнень. Відображені можливості сучасної лабораторної діагностики у верифікації нозологій, спричинених герпесвірусною інфекцією та наведений перелік досліджень.

Ключові слова: діти, герпесвірусна інфекція, клініко-патогенетичні зміни, ураження печінки, діагностика.

Європейське регіональне бюро ВООЗ відносить герпесвірусні інфекції до групи хвороб, які визначають майбутню інфекційну патологію. Масштаби захворювання в поєднанні з тією втратою - психологічною і фізіологічною - визначають важливе медичне і соціальне значення цих інфекцій. В 1999 році ВООЗ оголосила про пандемію герпесвірусних інфекцій у світі [11].

Медичні аспекти герпесвірусної інфекції пов'язані з розвитком характерного пантропізму до органів та тканин, довічною персистенцією в організмі людини і здатністю викликати різноманітні маніфестні форми захворювання, складністю діагностики і труднощів в лікуванні

через брак можливості повного позбавлення організму господаря від вірусу. Відомо, що до 5-річного віку близько 60% дітей вже інфіковано герпесвірусами, а до 15 років - приблизно 90% дітей і підлітків. Більшість людей є довічними вірусоносцями. Причому у 85-99% випадків первинна інфекція у них перебігає безсимптомно і тільки в 1-15% - у вигляді системної інфекції.

Мета - проаналізувати сучасні наукові дані щодо імунно-патогенетичних, діагностичних, клініко-морфологічних маркерів Епштейна-Барр герпесвірусної інфекції у дітей та розробити перспективу подальших досліджень Епштейна-Барр асоційованої нозології з урахуван-