

DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2018-22(1)-23

УДК: 618.62-008.221:618.3+618.56:616.62-008.22:616-071

## ОСНОВНІ ЧИННИКИ РИЗИКУ МАНІФЕСТАЦІЇ СИМПТОМІВ НЕТРИМАННЯ СЕЧІ У ЖІНОК ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ ІЗ СИНДРОМОМ ГІПЕРАКТИВНОГО СЕЧОВОГО МІХУРА

Костюк І.Ю.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

Відповідальний за листування:  
e-mail: iren.kostjuk@gmail.com

Статтю отримано 27 грудня 2017 р.; прийнято до друку 26 лютого 2018 р.

**Анотація.** Оскільки багато чинників можуть впливати на прояв порушень сечовивипускання у конкретної жінки в різні періоди життя, деякі з них можуть викликати нетримання сечі, вплинути на вибір методу і успіх в лікуванні. Синдром гіперактивного сечового міхура є, окрім медичної, серйозною соціально-економічною проблемою і призводить до соціальної дезадаптації особистості. Мета дослідження - виявлення предикторів розвитку синдрому гіперактивного сечового міхура у вагітних жінок різних вікових груп на різних етапах вагітності. Було обстежено 75 вагітних з синдромом гіперактивного сечового міхура, що склали основну групу дослідження, і 60 практично здорових вагітних з відсутністю будь-яких проявів нетримання сечі (контрольна група) в терміні гестації 12 тижнів. З'ясовано, що в загальній групі жінок з ГАСМ переважали працюючі, із задовільними та незадовільними економічними умовами. Серед професійних шкідливостей 61,3% вагітних відмітили постійні фізичні навантаження, вимушене відстрочення акту сечовивипускання (44%), тривале ортостатичне положення тіла (20,0%), а також значні фізичні навантаження (29,3%). Було встановлено, що серед хворих вагітних більше екстрагенітальної патології, майже всі жінки палять (93,3%) та вживають досить часто алкогольні напої (89,3%), до того ж стаж куріння набагато більший, в порівнянні з заздими курцями практично здорових жінок. Виявлено, що в групі ГАСМ переважають незадовільні сімейні відносини (58,7%), внаслідок чого більше одиноких жінок. Переважна більшість жінок з ГАСМ починають статеве життя до 14 років та мають більше 4 статевих партнерів, що в поєднанні з контрацепцією у виді перерваного статевих акту спричиняє збільшення III та IV ступеню чистоти піхви, а також виникнення у жінок з ГАСМ більшої кількості бактеріальних вагінозів та захворювань, що передаються статевим шляхом. Було встановлено що у основній групі переважають усі показники спадкового анамнезу, порівняно з основною групою. У загальній групі більшість вагітних пов'язувала виникнення ГАСМ з вагітністю та пологами (40%), великою масою плода (18,3%); 14,7% жінок вважали причиною порушення сечовивипускання стреси, перенесені в період місячних та вагітності; у 13,7% нетримання сечі з'явилося після зміни статевих партнерів, а також після початку статевих актів (13,3%). Отримані результати досліджень свідчать про те, що обстеження таких захворювань, як синдром гіперактивного сечового міхура, вимагає комплексного підходу шляхом ретельного збору соціально-економічного стану, стилю і якості життя, екстрагенітальних захворювань, сімейного, акушерсько-гінекологічного та спадкового анамнезу, а також статевої функції жінки в репродуктивному періоді.

**Ключові слова:** порушення сечовивипускання, нетримання сечі, гіперактивний сечовий міхур, вагітність.

### Вступ

Незважаючи на цілковиту фізіологічність, у житті жінки гравідарний період та пологи можуть спричинити досить неприємні наслідки, оскільки дані процеси можуть стати пусковим механізмом в маніфестації різноманітних патологічних станів та захворювань інших органів, які досить часто можуть сприяти зниженню якості життя [1, 2, 12]. Серед таких порушень не останнє місце займають проблеми порушення сечовивипускання (ПС).

Досить довго вважали, що розвиток нетримання сечі (НС) у жінок тісно пов'язаний з віковими змінами, які відбуваються в сечостатевій та деяких інших системах переважно в періоді клімактерію. Однак, згідно даних проспективного зарубіжного дослідження, присвяченого нетриманню сечі, кожна 5-а європейська жінка репродуктивного віку страждає на різні види порушень сечовивипускання (Prospective Urinary Incontinence Research- PUIRE, 2009)

Остаточо незрозуміло і зараз, вагітність чи розродження сприяє розвитку нетримання сечі в подальшому [1, 4].

Літературні дані з проблеми ПС досить суперечливі щодо раціональних методів діагностики та ефективності

методів консервативного лікування нетримання сечі [1, 2, 4, 5, 6, 13]. Відсутність індивідуального підходу, а також неможливість хірургічної корекції НС у жінок фертильного віку не дають змоги створити та впровадити в практику чіткі алгоритми діагностики та менеджменту проблеми порушень сечовивипускання.

Провівши аналіз доступної нам літератури необхідно відмітити, що показники захворюваності та поширення порушень сечовивипускання достатньо освітлені, як у роботах американських, так і у європейських науковців [3, 4, 6, 13]. Деяко менше інформації можна знайти в працях країн пострадянського простору [1, 2].

Вітчизняні наукові дослідження в переважній більшості спрямовані на впровадження лікувально-діагностичних алгоритмів саме стресового нетримання сечі у жінок клімактеричного періоду. Однак, узагальнені та дані, за якими можна було б прогнозувати ризик розвитку нетримання сечі у гравідарному та в післяпологовому періодах, нам знайти не вдалося. Багато аспектів даної проблеми залишаються предметом дискусій, що

унемоżliвлює виділити групи ризику пацієнок з порушеннями сечовипускання.

Зверненість жінок з ПС за спеціалізованою допомогою залишається досить низькою з різних причин, які висвітлені в багатьох літературних джерелах [1, 2, 9, 11]. Проте, ми вирішили дослідити, з яких причин вагітні жінки з клінічними проявами різних порушень сечовипускання та, власне, синдрому гіперактивного сечового міхура (жінки, які сформували основну групу), не зверталися до спеціалістів за медичною допомогою чи, принаймні, консультацією.

Вік пацієнтки, спосіб життя та соціально-побутові умови, індекс маси тіла, екстрагенітальна патологія, акушерський та урогінекологічний статус, а також генетична схильність відіграють важливу роль у розвитку порушень урогенітального тракту [1, 9, 12, 13].

Суперечливі літературні дані щодо ефективності методів консервативного лікування ПС, а також неможливість хірургічної корекції нетримання сечі у жінок фертильного віку, не дають змогу створити та впровадити в практику чіткі алгоритми, діагностики та менеджменту проблеми порушення сечовипускання [1, 3, 5, 10]. Недостатня ефективність методів консервативного лікування ПС у вагітних жінок і неможливість оперативної корекції ПС 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 [1, 10].

На підставі виявлення синдрому гіперактивного сечового міхура (ГАСМ) серед жінок репродуктивного віку внаслідок маніфестації симптомів ПС протягом гравідарного періоду та після пологів було обрано за мету даного дослідження - вивчити особливості клінічного перебігу даного синдрому у вагітних жінок різних соматотипів на основі визначення предикторів розвитку синдрому гіперактивного сечового міхура.

## Матеріали та методи

Під час виконання даного дослідження були дотримані етичні норми, детально викладені у діючій редакції Хельсінкської декларації Всесвітньої медичної асоціації, Гонконг, 1989 р. Усі жінки були заздалегідь поінформовані про запланований обсяг досліджень та дали згоду на їх проведення.

Відповідно до мети дослідження за допомогою анкети-опитувальника було опитано близько 1,5 тисячі вагітних жінок на предмет наявності скарг на порушення сечовипускання будь-якого типу.

Клінічне обстеження пацієнок проводили за спеціально розробленою анкетною, яка включала перш за все детальний збір анамнестичних даних: перенесені захворювання, генетична детермінація, соціально-побутові умови, умови праці, сексуальну, менструальну та репродуктивну функцію. Після аналізу додаткового урологічного опитувальника (ДРИП-тест), в ході перебігу

вагітності, пологів та післяпологового періоду, відповідно до критеріїв виключення було відібрано 75 вагітних з клінічними ознаками ГАСМ, які сформували основну групу. Контрольну групу склали 60 практично здорових вагітних жінок, які не мали порушень сечовипускання під час вагітності та після пологів. Усі показники порівнювалися між загальними групами хворих та здорових вагітних, а також між віковими групами - до 25 років, 26-35 років та старше 35 років.

Усім пацієнткам було проведено поетапне комплексне діагностичне обстеження, що включало спеціальні методи: щоденники сечовипускання, лабораторні, соннографічні, антропометричні, а також загально клінічні дослідження (збір скарг, акушерського, гінекологічного, соматичного, спадкового анамнезу, загальний огляд,) дані яких представлені в статі.

## Результати. Обговорення

Пацієнтки обох груп перебували в репродуктивному періоді віком від 21 до 42 років. Середній вік у групі практично здорових жінок був дещо нижчим (29,43±6,5 р.) у порівнянні з даним показником серед вагітних з ГАСМ (33,56±7,1 р.) ( $p > 0,05$ ).

При вивченні соціального статусу обстежених жінок було виявлено 54,7% працюючих, 36% домогосподарок та 9,3% студентів у загальній групі хворих жінок на ГАСМ, однак суттєвих розбіжностей між двома групами не виявлено.

Щодо матеріальної забезпеченості сім'ї у групі практично здорових жінок переважають добрі (46,7%) та задовільні матеріально-економічні умови (54,7%) в загальній групі хворих жінок на ГАСМ ( $p < 0,001$ ). Також виявлено тенденцію ( $p = 0,059$ ) до переважання в загальній групі хворих сімей з незадовільними матеріально-економічними умовами (26,7%).

Умови праці та професійні шкідливості відіграють важливу роль у формуванні й розвитку різноманітних захворювань [1, 7, 8, 13]. Майже всі жінки основної групи загалом скаржилися на важкі умови праці через вимушене відстрочення акту сечовипускання у 44% випадків, тривале ортостатичне положення тіла (20,0%), а також значні фізичні навантаження (29,3%). Для порівняння, 61,7% жінок групи контролю загалом не мали професійних шкідливостей взагалі. У зв'язку з великою кількістю жінок, що відмічали фізичні навантаження, було вирішено детальніше опрацювати дану інформацію. Більшість жінок основної групи (61,3%) загалом мали постійні фізичні навантаження в порівнянні з вагітними контрольної групи (6,7%).

У структурі екстрагенітальної патології в загальній групі хворих на ГАСМ, переважає відсоток захворювань шлунково-кишкового тракту (20%), метаболічний синдром наявний у 13,3%, НДЦ по гіпертонічному типу - у 8%, алергічні реакції - у 6,7%, патологія дихальної системи та НДЦ по гіпотонічному типу - по 4%, а також патологія серцево-судинної системи у 1,3% вагітних. У 42,7% вагітних основної групи відсутні будь-які захворювання.

За даними багатьох дослідників, шкідливі звички негативно впливають на розвиток та прогресування порушень сечовипускання. Як відомо, паління, прийом алкогольних та слабоалкогольних напоїв (окрім пива), газовані (типу фанта, кола) та кофеїн-вмісні напої (кава) спричиняють розвиток ПС [9, 13]. Тому ми вирішили перевірити ці дані власними дослідженнями.

При аналізі показників куріння було встановлено достовірно ( $p < 0,001$ ) менші значення усіх показників загалом у здорових жінок у порівнянні з загальною групою хворих на ГАСМ вагітних. Серед 93,3% жінок основної групи загалом, що палять, переважали жінки, які палять щодня (41,3%) та часто (24%).

Стаж куріння у хворих вагітних достовірно ( $p < 0,001$ ) більший порівняно з практично здоровими жінками у усіх вікових групах.

Щодо показників вживання кави, щодня п'ють каву 72% хворих на ГАСМ жінок та 6,7% практично здорових вагітних, які вживають каву дуже рідко (46,7 %) у порівнянні з основною групою вагітних (6,7%).

При порівнянні показників вживання газованих напоїв суттєвих відмінностей виявлено не було. Загалом більшість жінок основної групи вживають алкоголь часто (42,7%) та щоденно (10,7%), а здорові вагітні часто випивають у 3,3% випадків ( $p < 0,001$ ), що є підтвердженням світових даних [9, 11].

Аналіз показників сімейного стану свідчить, що в загальних групах хворих та практично здорових жінок переважна більшість вагітних - 65% та 46,7% - знаходилася в шлюбі ( $p < 0,05$ ). Однак серед хворих жінок набагато більше одиноких (36%) у порівнянні з практично здоровими (6,7%). При порівнянні даного показника в різних вікових групах, виявлено, що відсоток заміжніх зі зростанням віку зменшується. Натомість збільшується кількість одиноких, які залишаються на самоті зі своєю проблемою.

В основній групі домінують незадовільні відносини (58,7%) на відміну від групи контролю (70%), де відносини між членами сім'ї хороші ( $p < 0,001$ ).

При аналізі показників менструальної функції достовірно значущих показників чи тенденцій розбіжностей величин між здоровими та хворими жінками загалом та між різними віковими групами не виявлено.

Для оцінки соціальних аспектів поведінки обстежуваних пацієнток був проведений аналіз особливостей статевих життів в клінічних групах.

Щодо характеристики сексуальної функції жінок досліджуваних груп, переважний вік початку статевих життів жінками обох груп становив 14-17 років, однак у загальній групі хворих жінок значення даного показника (70,7%) достовірно ( $p < 0,001$ ) більше порівняно з 51,7% практично здорових жінок. До 14 років почали статеве життя 27,7% хворих та 17% здорових вагітних. Показник початку статевих життів після 18 років у групі практично здорових вагітних загалом становить 31,3%, порівняно з 2,7% у хворих на ГАСМ.

З метою оцінки інтенсивності статевих життів була проаналізована кількість статевих партнерів. Загальна кількість статевих партнерів жінок основної групи варіювала від 1 до 8, в той час як число статевих партнерів групи контролю - від 1 до 3 ( $p < 0,001$ ). У більшості пацієнток основної групи загальне число статевих партнерів було більше 4. Жінки групи контролю засвідчили про наявність 2-3 статевих партнерів протягом життя.

При порівнянні показників відношення до статевих актів в основній групі переважає сумнівне (68,7%) та негативне (11,3%) відношення до статевих життів. Було виявлено достовірне ( $p < 0,001$ ) переважання позитивного ставлення до coitus у загальній групі здорових вагітних (85,0%) у порівнянні з 20 % у загальній групі хворих жінок. Виявлено тенденцію до збільшення показника негативного відношення до статевих актів з віком, що знайшло підтвердження в зарубіжних джерелах [9, 10, 11, 12].

У зв'язку з великим відсотком вагітних, які мали сумнівне та негативне відношення до статевих актів, було вирішено більш детально опрацювати причини такого рішення. Жінки пояснювали це браком часу, скаргами на погане самопочуття та місячні, переважною на роботі та навчанні, дискомфортом під час актів, страхом мимовільного сечовипускання. Так, якщо здорові жінки не мають часу на статеве життя у 10% випадків, погане самопочуття у 3,3% та деякий дискомфорт під час coitus у 1,7% випадків, то 66,7% хворих жінок уникає coitus через страх мимовільного сечовипускання, порівняно з абсолютною відсутністю такої проблеми у здорових жінок (з віком даний показник збільшується) та дискомфортом під час статевих актів (24%) ( $p < 0,001$ ).

При аналізі показників контрацептивних засобів було встановлено, що бар'єрними методами користувалися 10% жінок з гіперактивним сечовим міхуром, 26,7% жінок використовували комбіновані оральні контрацептиви, внутрішньоматкову контрацепцію застосовували 18,7% хворих жінок. Жінки групи контролю віддавали перевагу використанню бар'єрних методів (41,7%) та комбінованих оральних контрацептивів (31,7%) та у 5% - ВМК.

Для більш повної оцінки сексуальної активності жінок було вирішено дослідити показники інтенсивності статевих життів обох груп різного віку. В анкеті-опитувальнику жінкам було запропоновано встановити кількість статевих актів за різні проміжки часу. Загалом у жінок з ГАСМ відсутні показники високої сексуальної активності (3-5 разів на тиждень) порівняно з загальною групою здорових вагітних (36,7%); достовірно ( $p < 0,01$ ) менші значення показників середньої сексуальної активності (2 рази на тиждень (5,3 %)) у загальній групі жінок з ГАСМ порівняно з контрольною групою вагітних загалом. У загальній групі жінок з ГАСМ переважають вагітні, які мають статеві зносини 3 рази на 6 місяців і рідше (48,0%), а також 3 рази на місяць (46,7%) з тенденцією до погіршення сексуальної активності з віком.

При порівнянні репродуктивного навантаження встановлено достовірно ( $p < 0,001$ ) більші значення показ-

ників 5-8 вагітностей у загальній групі (54,0%) та у вікових групах 26-35 років (56,9%) та старше 35 років (52,9%) жінок з ГАСМ порівняно з цими ж групами здорових жінок. Щодо жінок контрольної групи, переважна більшість - 83,3% вагітніли 2-4 рази, що достовірно більше, ніж у жінок з ГАСМ (42%).

Проаналізувавши показник кількості пологів, більші значення показників III та IV і більше пологів виявлено у загальній групі (42,7% та 17,3% відповідно) та у інших вікових групах жінок з ГАСМ порівняно з цими ж групами здорових жінок ( $p < 0,01$ ). Також виявлено достовірно більші значення показників I ( $p < 0,01$ ) та II ( $p < 0,05$ ) пологів у загальній групі (8,0 % та 32,0 % відповідно) та у інших вікових групах жінок з ГАСМ порівняно з цими ж групами здорових жінок.

При порівнянні виду розродження відсоток пологів через природні статеві шляхи переважав у загальній групі (88%) та у віковій групі з 26 до 35 років (89,8 %) серед жінок з ГАСМ, порівняно з цими ж групами здорових жінок. Щодо показника кесарського розтину, було виявлено достовірно ( $p < 0,01$ ) менші значення показників оперативного розродження у загальній групі (12%) та у віковій групі з 26 до 35 років (10,2%) жінок з ГАСМ порівняно з показниками здорових жінок даних груп.

Індукція пологів за допомогою простагландинів E2 (окрім гелевої форми) відносно рідко використовується в акушерській практиці. У нашому дослідженні встановлено достовірно ( $p < 0,001$ ) більші значення даного показника у групі хворих на ГАСМ загалом (33,3%) та різних вікових груп в порівнянні з контрольною групою.

Порівнюючи вагу дітей при народженні встановлено достовірно ( $p < 0,001$ ) більші значення даного показника в загальній групі жінок з ГАСМ ( $3542 \pm 368$  г), в порівнянні з контрольною групою ( $3026 \pm 439$  г). При аналізі даного показника у групі жінок з ГАСМ було виявлено тенденцію ( $p = 0,072$ ) до більших значень ваги дітей у групі до 25 років ( $3579 \pm 580$  г) порівняно з віковими групами 26-35 років ( $3535 \pm 367$  г) та серед жінок за 35 років ( $3540 \pm 233$  г). У переважній більшості серед практично здорових (71,7%) та хворих на ГАСМ жінок (58,7%) діти народжувалися з масою 3000-3999 грамів.

Усі жінки основної групи переносили різного роду внутрішньоматкові інвазивні процедури, усі показники яких більші, ніж у групі порівняння. Так, у жінок з ГАСМ мануальна вакуум-аспірація проводилася у 50,7%, діагностичне вишкрібання порожнини матки - у 32 %, внутрішньоматкова контрацепція - у 17,3% випадків.

За частотою поширеності порушень біоценозу піхви у загальній групі вагітних жінок з ГАСМ домінуючу роль займає бактеріальний вагіноз (58,7%) в порівнянні з 3,3% у здорових вагітних; на 2 місці - кандидоз (33,3%) в порівнянні з 8,3% серед здорових вагітних ( $p < 0,05$ ). Також у 8% вагітних основної групи діагностовано хламідіоз. Серед вагітних контрольної групи, жінки з хламідіозом відсутні ( $p < 0,05$ ).

При обов'язковому проведенні бактеріоскопічного

та бактеріологічного обстеження піхвового вмісту жінок з ГАСМ було встановлено, що патогенна та умовно патогенна флора виділена у 86,7% вагітних у порівнянні з 13,3% у практично здорових жінок ( $p < 0,001$ ). У жінок з ГАСМ IV ступінь чистоти було встановлено 20 %, у контрольній групі жінок з цим ступенем чистоти немає.

Обтяжений спадковий анамнез підтверджує генетичну схильність до розвитку багатьох захворювань. Загалом у 88,3% практично здорових жінок спадковий анамнез не обтяжений, в порівнянні з 29,3% жінок з ГАСМ. У 70,7% жінок основної групи та у 11,7% практично здорових вагітних було виявлено втрати сечі невідомого ґенезу, пролапс тазових органів та СНС ( $p < 0,001$ ).

Тривалість клінічних проявів вагітних з ГАСМ загальної групи становила в середньому  $2,619 \pm 1,289$  р., що не дуже відрізнялося від величин даного показника у різних вікових групи, за виключенням жінок, старше 35 років ( $3,176 \pm 1,211$  р.).

У ході бесіди також було приділено увагу суб'єктивній оцінці причини захворювання. Основні причини захворювання на думку вагітних: настання менархе, початок статевого життя, зміна статевого партнера, перенесені стресові ситуації, вагітність та пологи, а також велика маса плода. Так, у загальній групі переважна більшість вагітних пов'язувала виникнення ГАСМ з вагітністю та пологами (40%) та великою масою плода (18,3%); 14,7% жінок вважали причиною порушення сечовипускання стреси, перенесені в період місячних та вагітності; у 13,7% нетримання сечі з'явилося після зміни статевого партнера, а також після початку статевого життя (13,3%).

## Висновки та перспективи подальших розробок

1. Виявлені особливості клінічної характеристики обстежених груп свідчать про те, що професійні шкідливості, зокрема вимушене відстрочення акту сечовипускання, тривале ортостатичне положення тіла та постійні фізичні навантаження, сприяють розвитку порушень сечовипускання та, власне, гіперактивного сечового міхура.

2. На нашу думку, саме через погані матеріально-економічні умови жіноче населення не може дозволити собі працювати на роботі з меншими шкідливостями, або ж не працювати за станом здоров'я взагалі та користуватися якісною контрацепцією для ефективного планування сім'ї. Також встановлено, що з віком, відношення до статевого акту погіршується.

3. Складається враження, що заміжні жінки здоровіші за одиноких, однак, в даному випадку, саме хвороба своїми клінічними проявами впливає на сімейні відносини, руйнуючи їх зменшенням сексуальної активності внаслідок негативного ставлення до статевого акту.

4. Шкідливі звички - куріння та зловживання каваю - негативно впливають на виникнення синдрому гіперактивного сечового міхура.

5. Обтяжений спадковий анамнез, деякі акушерські

особливості (пологи та особливо індукція пологів за допомогою простагландинів E2, плоди масою більше 3500 г) та обтяжений гінекологічний анамнез сприяють розвитку гіперактивного сечового міхура.

Отримані результати необхідно враховувати в розробці алгоритму діагностики синдрому гіперактивного сечового міхура у жінок під час вагітності та після по-

логів і при створенні критеріїв для виявлення груп ризику серед жіночого населення репродуктивного віку на етапі прегравідарної підготовки з метою профілактики розвитку синдрому гіперактивного сечового міхура під час вагітності та після пологів, а також зменшення клінічних проявів і ступеню важкості даного синдрому серед жіночої популяції в подальшому.

### Список посилань

1. Аполихина, И. А., Лопатина, Т. В., Павлович, С. В., Махмеджанова, Ф. Н., Тетерина, Т. А. & Ромих, В. В. (2012). *Гиперактивный мочевой пузырь у женщин: учебное пособие*. Москва: ООО "Компания БОРГЕС".
2. Неймарк, А. И., Неймарк, Б. А. & Кондратьева, Ю. С. (2010). *Дизурический синдром у женщин. Диагностика и лечение: руководство*. Москва: ГЭОТАР-Медиа.
3. Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U. ... Wein, A. (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourological Urodyninamic*, 21 (2), 167-178. <https://doi.org/10.1002/nau.10052>
4. Abrams, P., Blaivas, J. G., Stanton, S. L. & Andersen, J. T. (1990). The standardisation of terminology of lower urinary tract function recommended by International Continence Society. *International Urogynecological Journal*, 1, 45.
5. Andersson, K. E. & Wein, A. J. (2004). Pharmacology of the urinary tract: basis for current and future treatments of urinary incontinence. *Pharmacology review*, 56, 581-631. DOI: 10.1124/pr.56.4.4.
6. Khasriya, R. K., Ismail, S., Wilson, M. & Malonee-Lee, J. (2011). A new aetiology for OAB: intracellular bacterial colonization of urothelial cells. *International Journal of Urogynecology*, 22 (1), 141-142. Retrieved from <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:RH1XAsQ81qEJ:https://www.ics.org/Abstracts/Publish/106/000438.pdf+&cd=3&hl=ru&ct=clnk&gl=ua&client=firefox-b-ab>.
7. Xiaolin, Y., Tianwen, H. & Ying, L. (2012). Association of Toll-like receptor 4 gene polymorphism and expression with urinary tract infection types in adults. *PLoS ONE*, 5 (12). Retrieved from <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0014223>.
8. Coyne, K. S., Margolis, M. K., Brewster-Jordan, J. Sutherland, S. E., Bavendam, T. & Rogers, R. G. (2007). Evaluation the impact of overactive bladder on sexual health in women: what is relevant? *The Journal of Sexual Medicine*, 4 (1), 124-136. doi: 10.1111/j.1743-6109.2006.00315.x.
9. Felde, G., Bjelland, I. & Hunskaar, S. (2012). Anxiety and depression associated with incontinence in middle - aged women: a large Norwegian cross - sectional study. *International Urogynecology Journal*, 23 (3), 299-306. doi: 10.1007/s00192-011-1564-3.
10. Hopkins, W. J., Uehling, D. T. & Wargovski, D. S. (1999). Evaluation of a familial predisposition to recurrent urinary tract infections in women. *American Journal of Medical Genetics*, 83, 422-424. Retrieved from [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1096-8628\(19990423\)83:5<422::AID-AJMG16>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/(SICI)1096-8628(19990423)83:5<422::AID-AJMG16>3.0.CO;2-1).
11. Sako, T., Inoue, M., Watanabe, T., Ishii, A., Yokoyama, T. & Kumon, H. (2011). Impact of overactive bladder and lower urinary tract symptoms on sexual health in Japanese women. *International Journal of Urogynecology*, 22 (2), 165-9. doi: 10.1007/s00192-010-1250-x.
12. Melville, J. L., Delaney, K., Newton, K. & Katon, W (2005). Incontinence severity and major depression in incontinent women. *Obstetrics and gynecology*, 106 (3), 585-592. DOI: 10.1097/01.AOG.0000173985.39533.37.
13. Teleman, P. M., Lidfeldt, J., Nerbrand, C., Samsioe, G. &

Mattiasson, A. (2004). Overactive bladder: prevalence, risk factors and relation to stress incontinence in middle-aged women. *BJOG*, 111 (6), 600-4. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2004.00137.x.

### References

1. Apolihina, I. A., Lopatina, T. V., Pavlovich, S.V., Mahmedzhanova, F. N., Teterina, T. A. & Romih, V. V. (2012). *Giperaktivnyj mochevoj puzyr' u zhenshhin: uchebnoe posobie. [Hyperactive bladder in women: a study guide]*. Moskva: ООО "Компания БОРГЕС" - Moscow: LLC "BORGES Company".
2. Nejmark, A. I., Nejmark, B. A. & Kondrat'eva, Ju. S. (2010). *Dizuricheskij sindrom u zhenshhin. Diagnostika i lechenie: rukovodstvo. [Dysuric syndrome in women. Diagnosis and treatment: a guide]*. Moskva: GJeOTAR-Media - Moscow: GEOTAR-Media.
3. Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U. ... Wein, A. (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourological Urodyninamic*, 21 (2), 167-178. <https://doi.org/10.1002/nau.10052>
4. Abrams, P., Blaivas, J. G., Stanton, S. L. & Andersen, J. T. (1990). The standardisation of terminology of lower urinary tract function recommended by International Continence Society. *International Urogynecological Journal*, 1, 45.
5. Andersson, K. E. & Wein, A. J. (2004). Pharmacology of the urinary tract: basis for current and future treatments of urinary incontinence. *Pharmacology review*, 56, 581-631. DOI: 10.1124/pr.56.4.4.
6. Khasriya, R. K., Ismail, S., Wilson, M. & Malonee-Lee, J. (2011). A new aetiology for OAB: intracellular bacterial colonization of urothelial cells. *International Journal of Urogynecology*, 22 (1), 141-142. Retrieved from <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:RH1XAsQ81qEJ:https://www.ics.org/Abstracts/Publish/106/000438.pdf+&cd=3&hl=ru&ct=clnk&gl=ua&client=firefox-b-ab>.
7. Xiaolin, Y., Tianwen, H. & Ying, L. (2012). Association of Toll-like receptor 4 gene polymorphism and expression with urinary tract infection types in adults. *PLoS ONE*, 5 (12). Retrieved from <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0014223>.
8. Coyne, K. S., Margolis, M. K., Brewster-Jordan, J. Sutherland, S. E., Bavendam, T. & Rogers, R. G. (2007). Evaluation the impact of overactive bladder on sexual health in women: what is relevant? *The Journal of Sexual Medicine*, 4 (1), 124-136. doi: 10.1111/j.1743-6109.2006.00315.x.
9. Felde, G., Bjelland, I. & Hunskaar, S. (2012). Anxiety and depression associated with incontinence in middle - aged women: a large Norwegian cross - sectional study. *International Urogynecology Journal*, 23 (3), 299-306. doi: 10.1007/s00192-011-1564-3.
10. Hopkins, W. J., Uehling, D. T. & Wargovski, D. S. (1999). Evaluation of a familial predisposition to recurrent urinary tract infections in women. *American Journal of Medical Genetics*, 83, 422-424. Retrieved from [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1096-8628\(19990423\)83:5<422::AID-AJMG16>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/(SICI)1096-8628(19990423)83:5<422::AID-AJMG16>3.0.CO;2-1).
11. Sako, T., Inoue, M., Watanabe, T., Ishii, A., Yokoyama, T. &

- Kumon, H. (2011). Impact of overactive bladder and lower urinary tract symptoms on sexual health in Japanese women. *International Journal of Urogynecology*, 22 (2), 165-9. doi: 10.1007/s00192-010-1250-x.
12. Melville, J. L., Delaney, K., Newton, K. & Katon, W (2005). Incontinence severity and major depression in incontinent women. *Obstetrics and gynecology*, 106 (3), 585-592. DOI: 10.1097/01.AOG.0000173985.39533.37.
13. Telemann, P. M., Lidfeldt, J., Nerbrand, C., Samsioe, G. & Mattiasson, A. (2004). Overactive bladder: prevalence, risk factors and relation to stress incontinence in middle-aged women. *BJOG*, 111 (6), 600-4. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2004.00137.x.

**Костюк І.Ю.**

#### **ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА МАНИФЕСТАЦИИ СИМПТОМОВ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

**Аннотация.** Поскольку многие факторы могут влиять на проявление нарушений мочеиспускания у конкретной женщины в различные периоды жизни, некоторые из них могут вызвать недержание мочи, повлиять на выбор метода и успех лечения. Синдром гиперактивного мочевого пузыря является, помимо медицинской, серьезной социально-экономической проблемой и приводит к социальной дезадаптации личности. Цель исследования состояла в выявлении предикторов (провоцирующих, способствующих факторов или факторов риска) развития синдрома гиперактивного мочевого пузыря у беременных женщин разных возрастных групп на ранних этапах беременности. Было обследовано 75 беременных с синдромом гиперактивного мочевого пузыря (основная группа) и 60 практически здоровых беременных с отсутствием каких либо проявлений недержания мочи (контрольная группа) в сроке гестации 12 недель. Установлено, что в общей группе женщин с ГАМП преобладали работающие, с удовлетворительными и неудовлетворительными экономическими условиями. Среди профессиональных вредностей 61,3% беременных заметили постоянные физические нагрузки, вынужденное отсрочки акта мочеиспускания (44%), длительное ортостатическое положение тела (20,0%), а также значительные физические нагрузки (29,3%). Было установлено, что среди больных беременных больше экстрагенитальной патологии, почти все женщины курят (93,3%) и принимают достаточно часто алкогольные напитки (89,3%), к тому же стаж курения гораздо больше, по сравнению с заядлых курильщиц практически здоровых женщин. Выявлено, что в группе ГАМП преобладают неудовлетворительные семейные отношения (58,7%), в результате чего более одиноких женщин. Подавляющее большинство женщин с ГАМП начинают половую жизнь до 14 лет и имеют более 4 половых партнеров, в сочетании с контрацепцией в виде прерванного полового акта приводит к увеличению III и IV степени чистоты влагалища, а также возникновения у женщин с ГАМП большего количества бактериальных вагинозов и заболеваний, передаваемых половым путем. Было установлено, что в основной группе преобладают все показатели наследственного анамнеза по сравнению с основной группой. В общей группе большинство беременных связывала возникновение ГАМП по беременности и родам (40%), большой массой плода (18,3%); 14,7% женщин считали причиной нарушения мочеиспускания стрессы, перенесенные в период месячных и беременности; в 13,7% недержание мочи появилось после смены полового партнера, а также после начала половой жизни (13,3%). Полученные результаты исследований свидетельствуют о том, что обследование таких заболеваний, как синдром гиперактивного мочевого пузыря, требует комплексного подхода путем тщательного сбора социально-экономического состояния, стиля и качества жизни, экстрагенитальных заболеваний, семейного, акушерско-гинекологического и наследственного анамнеза, а также половой функции женщины в репродуктивном периоде.

**Ключевые слова:** нарушения мочеиспускания, недержание мочи, гиперактивный мочевой пузырь, беременность.

**Kostjuk I.Y.**

#### **MAIN RISK FACTORS SYMPTOMS OF MANIFESTATION OF URINARY INCONTINENCE IN CHILDBEARING AGE WOMEN WITH OVERACTIVE BLADDER SYNDROME**

**Annotation.** Since many factors can affect the manifestation of urinary disorders in a particular woman at different periods of life, some of them can cause urinary incontinence, affect the choice of method and the success of treatment. Syndrome of a hyperactive bladder is, in addition to medical, a serious socio-economic problem and leads to social disadaptation of the individual. The aim of research was to identify predictors (provoking, contributing factors or risk factors) of hyperactive urinary bladder syndrome in pregnant women of different age groups in early stages of pregnancy. A total of 75 pregnant women with a hyperactive bladder syndrome (the main group) and 60 practically healthy pregnant women with no incontinence (control group) at the gestation period of 12 weeks were examined. It was determined that in the general group of women with hyperactive urinary bladder the working, with satisfactory and unsatisfactory economic conditions prevailed. Among occupational hazards, 61,3% of pregnant women noted permanent physical activity, forced delay in urination (44%), prolonged orthostatic body position (20,0%), and significant physical activity (29,3 %). It was found that among pregnant women more extragenital pathology, almost all women smoke (93,3%) and drink alcohol often enough (89,3 %), besides the length of smoking is much larger, compared with the swearing smokers of practically healthy women. It was found that in the hyperactive bladder group, unsatisfactory family relationships (58,7%) predominate, resulting in more single women. The overwhelming majority of women with hyperactive urinary bladder begin their sexual life up to 14 years old and have more than 4 sexual partners, which, in combination with contraception in the form of interrupted sexual intercourse, leads to an increase in the third and fourth degree of vaginal purity, as well as the appearance of more bacterial vaginosis and diseases in women with hyperactive urinary bladder, sexually transmitted infections. It was established that in the main group all the indicators of anesthetic history prevail in comparison with the main group. In the general group, the majority of pregnant women associated with the emergence of hyperactive bladder with pregnancy and childbirth (40%), a large weight of the fetus (18,3%); 14,7% of women were considered to be the reason for motility disorders, which were postponed during the lunar and gestational periods; 13.7% of urinary incontinence appeared after a change in sexual partner, and also after sexual intercourse (13,3%). The results of the research indicate that a survey of diseases such as hyperactive bladder syndrome requires a comprehensive approach by carefully collecting the socioeconomic status, style and quality of life, extragenital diseases, family, obstetric-gynecological and hereditary history, as well as sexual function women in the reproductive period.

**Keywords:** urination disorders, urinary incontinence, overactive bladder, pregnancy.