

УДК 618.3-06:16.61-002

© А. А. Железная, 2011.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА ЖЕНЩИН С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

А. А. Железная

*Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФИПО Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького (зав. кафедрой – проф. В. К. Чайка),
НИИ Медицинских проблем семьи, Донецкий региональный центр охраны материнства и детства, г. Донецк.*

ANALYSIS OF OBSTETRIC-GYNAECOLOGICAL HISTORY QUESTIONNAIRE WOMEN WITH URINARY INCONTINENCE

Н. О. Zhelyezna

SUMMARY

The goal was to assess the impact of obstetric and gynaecological history on development of UI for females. We have 1023 examination women between the ages of 18 and 77 years, an average of $42,64 \pm 0,37$. Study questionnaires showed that 291 (28,45%) interviewed noted that UI varying degrees of gravity. Generalization of results of a retrospective study leads to the following conclusions. Uterus factor plays a significant role in etiopathogenesis UI. In favor of this conclusion is the increased frequency of pregnancies, artificial and spontaneous abortions, abnormal birth, large fruit, excision and amputation of the uterus, as well as operations on the appendages in women with UI. Medical care for the violation of urination, with only 38,82% of women with UI.

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ АКУШЕРСЬКО-ГИНЕКОЛОГІЧНОГО АНАМНЕЗУ ЖІНОК З НЕТРИМАННЯМ СЕЧІ

Г. О. Желєзна

РЕЗЮМЕ

Мета полягала в оцінці впливу акушерсько-гінекологічного анамнезу на розвиток нетримання сечі (НС) у жінок. Ми маємо 1023 проанкетованих жінок у віці від 18 до 77 років, в середньому $42,64 \pm 0,37$. Вивчення анкетування показали, що 291 (28,45%) жінок відзначили, що мали НС різного ступеня тяжкості. Узагальнення результатів ретроспективного дослідження призводить до таких висновків. Маточний фактор відіграє значну роль у етіопатогенезі НС. Цей висновок показує високу частоту вагітностей, викиднів і патологічних пологів, народження великих плодів, екстирпації та ампутації матки, а також операції на додатках матки у жінок з НС. Медична допомога з приводу порушення сечовипускання є недостатньою, її отримали лише 38,82% жінок з НС.

Ключевые слова: недержание мочи у женщин, беременность, роды, аборт, операции.

Недержание мочи (НМ) у женщин – одна из наиболее распространенных и трудных проблем современной медицины [1, 4, 6-8]. НМ вызывает тяжелые физические и моральные страдания. Лечение и реабилитация больных недержанием мочи имеет не только медицинское, но и социальное значение. Международное общество по удержанию мочи (ICS) определило недержание мочи как основную проблему, требующую углубленного изучения. Около трети всех женщин, обращающихся ежегодно к гинекологу, указывают на симптомы непроизвольного выделения мочи при физической нагрузке. Наиболее часто недержание мочи встречается у женщин в возрасте 40-50 лет [1-3]. По данным социологических опросов симптомы недержания мочи, проявляющиеся единичными эпизодами или носящие регулярный характер, отмечают до 40% всех женщин [2, 4]. К сожалению, к врачу обращается

лишь каждая десятая из таких женщин из-за чувства ложной стыдливости и неосведомленности о возможности эффективного лечения. Неудобство и смущение, которые испытывают женщины при недержании мочи, лишает их радости времяпровождения с семьей и друзьями. В 1998 г. НМ было внесено в Международную рубрику заболеваний, т.к. более 200 млн. человек в мире, преимущественно женщин, страдают данным тяжелым, изнуряющим недугом [1, 5, 7].

Целью работы было оценить влияние акушерско-гинекологического анамнеза на развитие НМ у женщин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами было проанкетировано 1023 женщины в возрасте от 18 до 77 лет, в среднем – $42,64 \pm 0,37$ года. Изучение анкет показало, что 291 (28,45%) опрошенная отмечали наличие НМ той или иной степени

выраженности. Менее года страдали этим заболеванием 120 (11,73%), от одного до пяти лет – 120 (11,73%),

от пяти до десяти лет – 38 (3,71%), свыше десяти лет – 13 (1,27%) анкетированных (рис. 1).

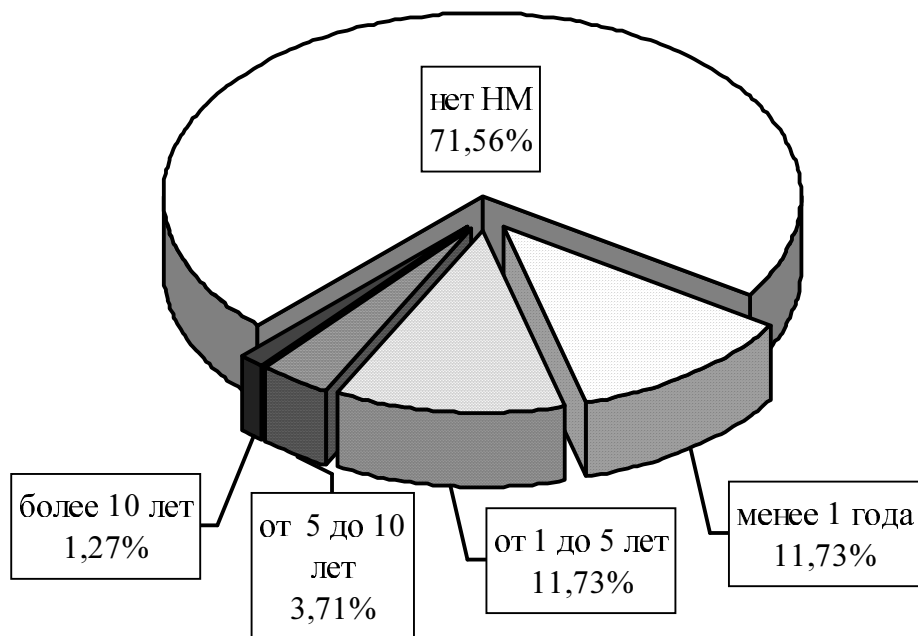


Рис. 1. Распределение ответов на вопрос: «Как долго Вы страдаете недержанием мочи?».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты анкетирования этих женщин были детально изучены и сопоставлены с таковыми у 732 (71,55%) женщин без НМ.

Таким образом, анкеты были распределены на две группы следующим образом:

- группа НМ – 291 анкета женщин, указавших на наличие у них НМ,
- группа К – 732 анкеты женщин, отрицавших, что у них имеется НМ.

Необходимо отметить, что степень заполнения различных позиций анкет крайне варьировала. Так, на вопросы об образовании, объеме мочи при мочеиспускании и частоте посещения туалета в течение

дня ответили все 1023 опрошенных, а на вопросы об обстоятельствах расстройства сна и причинах нарушения мочеиспускания – лишь 62 (6,06%) и 82 (8,02%) соответственно.

Изучая возрастные особенности групп ретроспективного исследования, мы обнаружили, что средний возраст женщин с НМ был на 4,3 года выше, чем в группе К ($45,64 \pm 0,69$ против $41,31 \pm 0,44$ года, $p < 0,001$). Достоверно реже в группе НМ отмечались возрастные категории 18-25 ($p < 0,02$) и 26-35 лет ($p < 0,03$) (табл. 1), а каждая пятая была старше 56 лет – среди опрошенных группы К такие женщины встречались в 2,2 раза ($p < 0,001$).

Таблица 1

Возрастные показатели групп анкетирования, n (P %)

Возрастная категория	Группа НМ, n=279	Группа К, n=624	p<	В целом, n=903
18-25 лет	10 (3,58%)	49 (7,85%)	0,02	59 (6,53%)
26-35 лет	47 (16,85%)	146 (23,40%)	0,03	193 (21,37%)
36-45 лет	84 (30,11%)	171 (27,40%)	–	289 (32,00%)
46-55 лет	85 (30,47%)	166 (27,35%)	–	256 (28,35%)
56 лет и старше	53 (19,00%)	53 (8,49%)	0,001	106 (11,74%)

Примечание: «–» – достоверного различия не выявлено.

Единственные достоверные отличия в блоке вопросов, касающихся социального положения, отмечены в отношении частоты среднего специального образования – в группе НМ она была в 1,3 раза меньше ($p < 0,006$), и частоты неполного высшего образования, которая, напротив, в группе НМ была в 1,5 раза больше ($p < 0,006$). Причем, данная закономерность никак не сказывалась на профессиональном статусе женщин: и домохозяйки, и служащие, и рабочие в группах исследования были представлены с одинаковой частотой.

Исследование акушерского анамнеза показало, что в среднем на одну женщину с НМ приходилось $4,18 \pm 0,16$ беременностей, что было достоверно больше, чем в группе К – $3,30 \pm 0,09$ ($p < 0,001$). На отсутствие в анамнезе беременности указали крайне мало опрошенных, и их процент в сравниваемых группах не имел достоверного отличия (рис. 2). От одной до трех беременностей в группе НМ отмечались в 1,4 раза реже, чем в группе К ($p < 0,001$), четыре и более беременностей – чаще в 1,4 раза ($p < 0,001$). Интересно отметить, что в анкетах женщин группы НМ достоверно чаще встречались указания на многоплодную беременность (табл. 2), $p < 0,008$.

Намного чаще у женщин с НМ, по сравнению с группой К, беременности в анамнезе завершались либо искусственным прерыванием (в среднем $2,79 \pm 0,15$ против $2,10 \pm 0,08$, $p < 0,001$), либо самопроизвольным абортom ($1,40 \pm 0,15$ против $0,87 \pm 0,10$, $p < 0,005$). В группе К неотягощенный искусственным абортom анамнез отмечался в 2,2 раза чаще, чем среди женщин с НМ ($p < 0,002$), однократное искусственное прерывание беременности – в 1,4 раза чаще ($p < 0,03$). Большинство опрошенных с НМ многократно прибегали к искусственным абортom: от двух до четырех абортom у них случались в 1,2 раза чаще, чем в группе К ($p < 0,03$), свыше четырех – в 2,3 раза чаще ($p < 0,001$) (табл. 2).

Существенно различалась в ретроспективных группах и частота многократных самопроизвольных прерываний беременности: три и более самоабортom отягощали акушерский анамнез у каждой пятой женщины с НМ – вдвое чаще, чем в группе К ($p < 0,02$) (табл. 2). Среднее число родов также было несколько выше в группе НМ – $1,68 \pm 0,05$ против $1,50 \pm 0,02$, $p < 0,002$. Каждая восьмая женщина с НМ рожала не менее трех раз, среди группы К такие встречались в 2,3 раза реже ($p < 0,001$) (табл. 2).

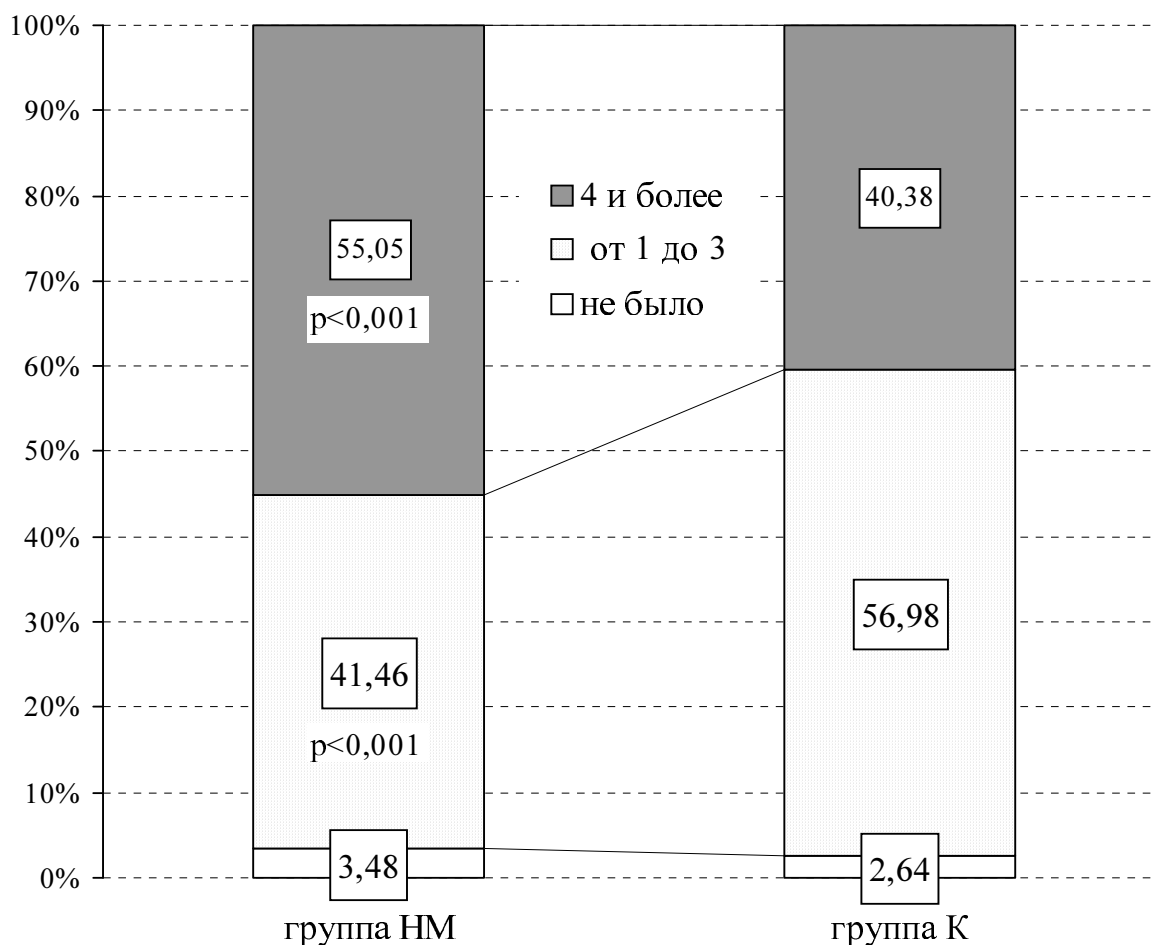


Рис. 2. Распределение частоты беременностей в зависимости от наличия НМ.

Кроме того, более 1/3 женщин группы НМ имели в анамнезе патологические роды, в группе К таких было в 2,2 раза меньше ($p < 0,001$). Последние роды отмечались в среднем $20,4 \pm 0,7$ года назад в группе НМ и $17,3 \pm 0,4$ года назад – в группе К ($p < 0,001$). Различие достоверное, однако оно сопоставимо с различием средних значений возраста женщин в этих группах, поэтому, скорее всего, не связано с патологией НМ.

У женщин с НМ достоверно чаще, чем в группе К, рождались мальчики – 60,15 против 48,75% ($p < 0,002$), а средний вес новорожденных был достоверно выше – $3474,1 \pm 28,7$ против $3404,1 \pm 19,6$ г ($p < 0,05$). Масса плода при рождении свыше 3800 г отмечена у 22,93% опрошенных группы НМ и 16,59% – группы К ($p < 0,03$).

Таблица 2

Акушерский анамнез женщин в группах анкетирования, n (p %)

Показатель	Группа НМ	Группа К	p <	В целом
	n=37	n=170		n=207
Многоплодная беременность	9 (24,32%)	15 (8,82%)	0,008	24 (11,59%)
ИСКУССТВЕННЫЕ АБОРТЫ				
	n=226	n=510		n=736
Не было	16 (7,08%)	81 (15,88%)	0,002	97 (13,18%)
Один	41 (18,14%)	130 (25,49%)	0,03	171 (23,23%)
Два – четыре	139 (61,5%)	269 (52,75%)	0,03	408 (55,43%)
Пять и более	30 (13,27%)	30 (5,88%)	0,001	60 (8,15%)
САМОПРОИЗВОЛЬНЫЕ АБОРТЫ				
	n=72	n=221		n=293
Не было	20 (27,78%)	130 (58,82%)	0,001	150 (51,19%)
Один	25 (34,72%)	45 (20,36%)	0,02	70 (23,89%)
Два	11 (15,28%)	22 (9,95%)	–	33 (11,26%)
Три и более	16 (22,22%)	24 (10,86%)	0,02	40 (13,65%)
Роды				
	n=283	n=670		n=953
Не было	8 (2,83%)	16 (2,39%)	–	24 (2,52%)
Одни	122 (43,11%)	340 (50,75%)	0,04	462 (48,48%)
Двое	119 (42,05%)	279 (41,64%)	–	398 (41,76%)
Трое и более	34 (12,01%)	35 (5,22%)	0,001	69 (7,24%)
	n=275	n=639		n=914
Патологические	92 (33,45%)	97 (15,18%)	0,001	189 (20,68%)
Осложненные	5 (1,82%)	25 (3,91%)	–	30 (3,28%)

Примечание: «–» – достоверного различия не выявлено.

Медицинскую помощь по поводу нарушения мочеиспускания получала каждая шестая анкетированная группа К (16,67%), а в группе женщин, страдающих НМ, лечились лишь 38,82% ($p < 0,008$).

Оперативные вмешательства ранее перенесли 37,72% женщин с НМ и 25,60% анкетированных группы К ($p < 0,001$).

Достоверно чаще в группе НМ выполнялись операции на щитовидной железе ($p < 0,03$) и удаление желчного пузыря ($p < 0,03$) (табл. 3). Аппендэктомии и грыжэктомии в группах НМ и К были представлены с приблизительно одинаковой частотой.

Таблица 3

Операции в анамнезе женщин групп анкетирования, n (p %)

Операция	Группа НМ, n=289	Группа К, n=707	p<	В целом, n=996
Не было	180 (62,28%)	526 (74,40%)	0,001	706 (70,88%)
Аппендэктомия	17 (5,88%)	45 (6,36%)	–	62 (6,22%)
Холецистэктомия	11 (3,81%)	11 (1,56%)	0,03	22 (2,21%)
Операция на щитовидной железе	7 (2,42%)	5 (0,71%)	0,03	12 (1,20%)
Грыжэктомия	0 (0,00%)	5 (0,71%)	–	5 (0,50%)
АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ				
Операции на придатках	35 (12,11%)	16 (2,26%)	0,001	51 (5,12%)
Внематочная беременность	0 (0,00%)	6 (0,85%)	–	6 (0,60%)
Операции на матке:	64 (22,15%)	114 (15,6%)	0,02	178 (17,45%)
кесарево сечение	10 (3,46%)	19 (2,69%)	–	29 (2,91%)
простая экстирпация матки	9 (3,11%)	3 (0,42%)	0,001	12 (1,20%)
надлагалищная ампутация матки	12 (4,15%)	10 (1,41%)	0,008	22 (2,21%)
вагинальная гистерэктомия	18 (6,23%)	40 (5,66%)	–	58 (5,82%)
влагалищная экстирпация матки	19 (6,57%)	44 (6,22%)	–	63 (6,33%)

Примечание: «–» – достоверного различия не выявлено.

Наши исследования показали, что наличие патологии НМ у женщин тесно ассоциировалось с повышенной частотой операций на их репродуктивных органах (табл. 3). Так, различные оперативные вмешательства на придатках перенесли 12,11% опрошенных с НМ, в группе К аналогичные операции выполнялись в 4,9 раза реже ($p < 0,001$). Операции на матке были проведены 22,15% анкетированным с НМ – в 1,4 раза чаще, чем женщинам группы К ($p < 0,02$).

Достоверно чаще анамнез женщин с НМ отягощали простая экстирпация ($p < 0,001$) и надвлагалищная ампутация матки ($p < 0,008$). При этом не было выявлено достоверного различия между группами исследования относительно частоты вагинальных гистерэктомий и влагалищных экстирпаций матки.

ВЫВОДЫ

Таким образом, обобщение результатов ретроспективного исследования позволяет сделать следующие выводы.

1. Маточный фактор играет существенную роль в этиопатогенезе НМ. В пользу этого заключения свидетельствует повышенная частота беременностей, искусственных и самопроизвольных аборт, патологических родов, вынашивания крупных плодов, простой экстирпации и надлагалищной ампутации матки, а также операций на придатках у женщин с НМ.

2. Медицинская помощь по поводу нарушения мочеиспускания оказывается в недостаточном объеме, ее получали лишь 38,82% женщин с НМ.

3. При выборе лечебных мероприятий следует учитывать, что данное заболевание не является изолированным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аполихина И. А. Эпидемиологические аспекты недержания мочи / И. А. Аполихина, В. М. Адикьям // Журнал Российского общества акушеров-гинекологов. – 2005. – № 1. – С. 12.
2. Буянова С. Н. Диагностика и лечение недержания мочи у женщин / С. Н. Буянова, В. Д. Петрова, М. А. Чечнева // Российская ассоциация акушеров-гинекологов. – 2002. – № 4. – С. 52–61.
3. Кулаков В. И. Акушерско-гинекологические факторы риска недержания мочи у женщин / В. И. Кулаков // Акушерство и гинекология. – 2005. – № 3. – С. 32.
4. Наш опыт лечения недержания мочи у женщин после родов / В. К. Чайка, Е. Ф. Трифонова, А. А. Железная [и др.] // Медико-социальные проблемы семьи. – 2001. – Т. 6, № 2. – С. 55–56.
5. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – СПб.: Издательский Дом «Нева»; М.: «ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир», 2002. – 320 с.
6. Попов А. А. Результаты хирургического лечения недержания мочи при напряжении / А. А. Попов, М. Р. Рамазанов, О. С. Славутская // Акушерство и гинекология. – 2003. – № 6. – С. 39-41.
7. Серняк Ю. П. Сучасні погляди на стресове нетримання сечі / Ю. П. Серняк, О. А. Нікітіна // Львівський медичний часопис. – 2000. – Т. VI, №3. – С. 79-83.
8. Mawajdeh S. M. Prevalence and risk factors of genital prolapse. A multicenter study / S. M. Mawajdeh, R. J. Al-Qutob, A. M. Fa rag // Saudi Med. J. – 2003. – Vol. 24. – № 2. – P. 161–165.