

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ МИКОЛИ ІВАНОВИЧА ПИРОГОВА

Кваліфікаційна наукова
Праця на правах рукопису

Костюк Ірина Юріївна

УДК 618.2:572.087:616.62-008.22:616-037-07-084

ДИСЕРТАЦІЯ
ПРОГНОЗУВАННЯ ТА ДІАГНОСТИКА СИНДРОМУ ГІПЕР-
АКТИВНОГО СЕЧОВОГО МІХУРА У ВАГІТНИХ ЖІНОК РІЗНИХ
СОМАТОТИПІВ

14.01.01 - Акушерство та гінекологія

022 - Охорона здоров'я

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ І. Ю. Костюк

Науковий керівник:
Чайка Григорій Васильович,
доктор медичних наук, професор

Вінниця – 2019

АНОТАЦІЯ

Костюк І.Ю. Прогнозування та діагностика синдрому гіперактивного сечового міхура у вагітних жінок різних соматотипів. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук (доктора філософії) за спеціальністю 14.01.01 «Акушерство та гінекологія» (022 – охорона здоров'я). – Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, Вінниця, 2018.

У роботі викладено клініко-статистичний аналіз результатів діагностики 75 вагітних жінок з клінічними ознаками гіперактивного сечового міхура (ГАСМ), які перебували на обліку по вагітності в жіночих консультаціях Вінницького клінічного пологового будинку №1 та міської лікарні «Центр матері та дитини» за період 2016-2018 років.

Контрольну групу склали 60 практично здорових вагітних жінок, які перебували на обліку по вагітності в даних жіночих консультаціях.

Для вирішення поставлених завдань, вагітні з ГАСМ були обстежені на 3 етапах: I- в I триместрі вагітності, II - в II триместрі вагітності, III – в 16 тижнів післяпологового періоду.

За віком усі вагітні обох груп були розподілені на 3 підгрупи: I - до 25 років, II - 26-35 років, III - старше 35 років.

Поетапне комплексне діагностичне обстеження всіх пацієнток включило: збір скарг та анамнезу, загальний акушерсько-гінекологічний огляд, загально-клінічні лабораторні обстеження та скринінги, антропометричне дослідження та визначення компонентів соматотипу, реєстрацію ритму добового сечовипускання і об'єму сечі за допомогою щоденників сечовипускання, мікроскопію вагінальних виділень, посів виділень піхви та сечі на флору, ультразвукове дослідження жіночих статевих органів, сечового міхура та замикального апарату уретри, визначення обсягу залишкової сечі,

кашльовий тест в модифікації Гарнець-Костюк, встановлення рівня гормонів щитоподібної залози та статевих гормонів.

На доклінічному етапі вагітні пройшли психофізіологічне та психогігієнічне анкетування для визначення суб'єктивного стану здоров'я. Клінічне обстеження пацієнток проводили за запропонованою спеціально розробленою анкетною, яка включала перш за все детальний збір анамнестичних даних. У всіх пацієнток проводився ретельний аналіз факторів, що впливають на перебіг вагітності - вік, соціально-економічний стан та побутові умови, умови праці, генетична детермінація, особливості власного та сімейного анамнезу, фактори материнського та перинатального ризику, акушерського, гінекологічного та соматичного анамнезу.

При вивченні соціального статусу обстежених жінок було визначено, що серед пацієнток з ГАСМ переважну більшість склали працюючі (54,7%) жінки з задовільними (54,7%) та незадовільними (26,7%) матеріально-економічними умовами ($p < 0,001$) та незадовільними сімейними відносинами (58,7%, $p < 0,01$). Майже всі жінки основної групи загалом скаржилися на важкі умови праці у зв'язку з вимушеним відстроченням акту сечовипускання у 44% випадків, тривалим ортостатичним положенням тіла (20,0%), а також значними фізичними навантаженнями (29,3%) - постійні фізичні навантаження мали 61,3%, більше 6 год на добу - 28% вагітних з ГАСМ ($p < 0,01$). У групі жінок з ГАСМ переважають вагітні, які мали до вагітності 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 ($p < 0,001$). Аналізуючи показники відношення до статевого акту у основній групі було виявлено переважання сумнівного (68,7%) та негативного (11,3%) ставлення до coitus ($p < 0,001$). В ході опрацювання причин такого відношення до статевого акту було встановлено наявність дискомфорту під час coitus (24%) та страху мимовільного сечовипускання (66,7%, $p < 0,001$).

Досліджуючи показники репродуктивної функції жінок з ГАСМ більшість з них були вагітними 5-8 разів - 54,0 % жінок ($p < 0,001$). Однак у порівнянні з кількістю пологів, 42,7% жінок народжували тричі ($p < 0,01$), а 32% - народжували двічі ($p < 0,05$). Лише 17,3% жінок основної групи мають 4 і більше дітей, що пояснюється різного виду втратами вагітностей цими жінками ($p < 0,01$). Було визначено, що маса дітей, народжених від жінок з ГАСМ в середньому була на 400 г більше ніж маса дітей, яких народили практично здорові жінки. Так, у 36% жінок народилися діти масою 4000 - 4999 г, хоча у більшості жінок - 58,7% - народилися діти з масою 3000 - 3999 г ($p > 0,05$).

Ретельно вивчивши анамнез досліджуваних жінок основної групи нами встановлено наступне:

- у 70,7% жінок було виявлено обтяжений спадковий анамнез по причині порушення сечовипускання (втрати сечі невідомого генезу, пролапс тазових органів та стресове нетримання сечі ($p < 0,001$);
- усі жінки в анамнезі мали такі шкідливі звички, як паління (93,3%), вживання кави (100%) та алкоголю (100%, $p < 0,01$), однак позбулись їх після виявлення вагітності;
- у 97,3% ($p < 0,001$) жінок переважний вік початку статевого життя становив до 17 років, середнє число статевих партнерів - $5,813 \pm 2,123$ ($p < 0,001$);
- усі пацієнтки до вагітності застосовували різні методи контрацепції (метод перерваного статевого акту (44,7%), комбіновані оральні контрацептиви (26,7%), внутрішньоматкова контрацепція, бар'єрні методи ($p < 0,05$));
- в анамнезі усі вагітні перенесли різного роду внутрішньоматкові інвазивні процедури - мануальну вакуум-аспірацію (50,7%), діагностичне вишкрібання порожнини матки (32%), внутрішньоматкова контрацепція (17,3%, $p < 0,01$);

- серед досліджуваних жінок в анамнезі 58,7% лікували бактеріальний вагіноз, 33,3% - кандидоз, ще 8% - хламідіоз ($p < 0,05$);
- патогенна та умовно патогенна флора в сечі та виділеннях виявлена у 86,7% вагітних ($p < 0,01$);
- в основній групі 88% вагітних народжували через природні пологові шляхи ($p < 0,001$), 33,3% з яких проводилася індукція пологів за допомогою гелевої форми простагландину E2, у порівнянні з 5% такого типу індукції в групі практично здорових жінок ($p < 0,001$).

Враховуючи отримані результати і наявність клініки інконтиненції після вагітності, перелічені ознаки можна вважати предикторами розвитку синдрому ГАСМ на прегравідарному етапі та на ранніх термінах гестації.

При аналізі тривалості скарг на дане порушення сечовипускання, 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 різні вікові групи, за виключенням жінок, старше 35 років ($3,176 \pm 1,211$ р.).

Нами було враховано суб'єктивну оцінку причин захворювання. Слід зазначити, що 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 перенесені стреси в період місячних та вагітності; 13,7% стверджували, що нетримання сечі з'явилося після зміни статевого партнера, а також після початку статевого життя (13,3%).

Оцінивши дані ДРИП-тесту в I триместрі вагітності встановлено: епізоди сечовипускання більше 6 разів вдень та більше 1 разів за ніч було виявлено у всіх жінок з ГАСМ, раптовий стійкий позив на сечовипускання у 63,3% вагітних, нетримання сечі вночі, в горизонтальному положенні або при зміні положення тіла у 98,7%, зв'язок НС з різноманітним фізичним навантаженням у 96% жінок, раптова необхідність в сечовипусканні при звуці води, що ллється, чи при контакті з водою у 84% та неможливість во-

левим зусиллям спинити виділення сечі при нетриманні сечі, що почалося, у 74,7% випадків.

Аналізуючи скарги вагітних з ГАСМ в I триместрі в загальній групі було виявлено полакіурію в усіх жінок, ноктурію у 96,0%, імперативний позив - 65,3%, відчуття неповного сечовипускання 40,7%, акт сечовипускання неможливо зупинити 76,0%, дріблінг 21,3%.

У III триместрі в загальній групі було виявлено полакіурію та ноктурію у всіх жінок, імперативний позив (98,7%), відчуття неповного сечовипускання (78,7%), неможливість зупинити акт сечовипускання у 94,7% випадків, дріблінг (66,7%).

При оцінці скарг вагітних з ГАСМ в 16 тижнів післяпологового періоду в загальній групі було виявлено полакіурію та ноктурію у всіх жінок, імперативний позив (98,7%), відчуття неповного сечовипускання (78,7%), акт сечовипускання неможливо зупинити у 96% випадків, дріблінг (48,7%).

Оцінивши дані щоденників сечовипускання протягом 3-х днів в I триместрі нами виявлено, що середня кількість разів денних сечовипускань у пацієток з ГАСМ достовірно більша майже вдвічі ($9,920 \pm 1,024$), у порівнянні з показником в групі контролю ($4,717 \pm 0,804$, $p < 0,001$). Показник добового сечовипускання у пацієток з ГАСМ був майже в 2,5 рази більший ($10,89 \pm 1,68$ разів), у порівнянні з показником в групі контролю ($4,750 \pm 0,836$ рази), ($p < 0,001$). Така ж взаємодія залишилася і в III триместрі, і в 16 тижнів післяпологового періоду ($p < 0,001$). До того ж, наявна тенденція до збільшення цих показників з пролонгуванням вагітності, однак даний показник знижується в післяпологовому періоді в групі практично здорових жінок, та збільшується в групі жінок з ГАСМ.

Вперше оцінено стан біоценозу піхви у вагітних жінок з нетриманням сечі та оцінено його вплив на розвиток гіперактивного сечового міхура. При вивченні патологічної флори піхви у жінок з ГАСМ було виявлено достовірно більші показники *E. Coli* - достовірно значущий ступінь контамінації - 10^5 , *E. Faecalis* - достовірно значущий ступінь контамінації - 10^4 ,

G. Vaginalis - достовірно значущий ступінь контамінації - 10^5 та 10^6 , C. Albicans - достовірно значущий ступінь контамінації - 10^5 та 10^6 з тенденцією до підвищення показника з віком) та Chl. Trachomatis - достовірно значущий ступінь контамінації - 10^6 , в порівнянні з групою практично здорових вагітних ($p < 0,01$).

При вивченні патологічної флори сечі у жінок з ГАСМ було виявлено достовірно більші показники E. Coli - достовірно значущий ступінь контамінації - 10^3 , E. Faecalis - достовірно значущий ступінь контамінації - 10^4 , G. Vaginalis - достовірно значущий ступінь контамінації - 10^3 та 10^4 , C. Albicans - достовірно значущий ступінь контамінації - 10^3 та 10^4 , в порівнянні з групою здорових вагітних ($p < 0,001$), що доводить наявність інфекційного агента серед причин маніфестації ГАСМ.

Нами доведено наявність зв'язку між сонографічними гравідарними параметрами та ультразвуковими показниками сечового міхура та замикального апарату уретри у вагітних жінок із синдромом ГАСМ.

Дослідивши особливості локалізації плаценти в III триместрі вагітності встановлено, що у 62,7% вагітних з ГАСМ плацента локалізувалася на передній стінці матки ($p < 0,001$). У 65% практично здорових вагітних плацента локалізувалася на задній стінці матки. Головне передлежання плоду переважає в загальній групі хворих на ГАСМ (93,3%) та в групі контролю (81,7%).

Нами встановлено, що передбачувана маса плода у жінок з ГАСМ становила 3542 ± 368 г, що в середньому на 500 г більше ніж показник передбачуваної маси плода дітей у практично здорових жінок (3026 ± 439 г, $p < 0,001$).

Проаналізувавши дані УЗД сечового міхура та замикального апарату уретри з'ясовано:

- у вагітних жінок із синдромом ГАСМ воронкоподібне розширення уретри наявне у всіх хворих на ГАСМ жінок під час вагітності та після пологів. У жінок групи контролю даний показник відсутній ($p < 0,001$).

- товщина стінки сечового міхура у хворих на ГАСМ жінок в I триместрі вагітності становила $4,873 \pm 0,295$ мм порівняно з $2,255 \pm 0,472$ мм у здорових жінок ($p < 0,001$), в III триместрі вагітності - $5,188 \pm 0,206$ мм порівняно з $2,473 \pm 0,479$ мм у здорових жінок ($p < 0,001$), в 16тижнів післяпологового періоду - $5,197 \pm 0,214$ мм порівняно з $2,484 \pm 0,496$ мм у здорових жінок ($p < 0,001$).

- спонтанні скорочення детрузора в I триместрі вагітності наявні у 68%, в III триместрі - у всіх вагітних з ГАСМ, в 16 тижнів післяпологового періоду у 98,7% жінок з ГАСМ ($p < 0,001$). У жінок групи контролю даний показник відсутній.

- об'єм сечового міхура в I триместрі вагітності становить $280,3 \pm 38,9$ мл, у III триместрі вагітності - $240,0 \pm 43,5$ мл, в 16 тижнів післяпологового періоду - $243,0 \pm 45,2$ мл у хворих на ГАСМ жінок ($p < 0,001$). Щодо групи контролю, об'єм сечового міхура в I триместрі вагітності становить $426,4 \pm 21,5$ мл, у III триместрі вагітності - $395,7 \pm 24,3$ мл ($p < 0,001$), в 16 тижнів післяпологового періоду - $406,8 \pm 24,0$ мл ($p < 0,001$).

- об'єм залишкової сечі у хворих на ГАСМ жінок в I триместрі вагітності становить $40,49 \pm 3,98$ мл, у III триместрі вагітності - $51,11 \pm 4,55$ мл, в 16 тижнів післяпологового періоду - $48,11 \pm 5,86$ мл ($p < 0,001$). В групі контролю об'єм сечового міхура в I триместрі вагітності становить $15,23 \pm 2,37$ мл, у III триместрі вагітності - $27,35 \pm 4,27$ мл, в 16 тижнів післяпологового періоду - $20,03 \pm 3,94$ мл ($p < 0,001$).

- в групі жінок з ГАСМ кашльовий тест в модифікації Гарнець-Костюк в I триместрі вагітності позитивний у 60%, в III триместрі - у всіх вагітних з ГАСМ, в 16тижнів післяпологового періоду - у 90,7%, порівняно з негативним кашльовим тестом в модифікації в усіх жінок групи контролю ($p < 0,001$).

Дослідивши стан гормонального фону жінок з ГАСМ виявлено достовірно більші значення тестостерону в I триместрі вагітності ($2,476 \pm 0,17$ нмоль/л), прогестерону в III триместрі вагітності (3074 ± 806 нг/мл), про-

лактину в I триместрі вагітності ($80,75 \pm 7,17$ нг/мл), в III триместрі вагітності ($416,8 \pm 33,1$ нг/мл) та в 16 тижнів післяпологового періоду ($400,6 \pm 39,0$ нг/мл) ($p < 0,001$). Було встановлено достовірно) менші значення естрадіолу в I триместрі вагітності ($415,8 \pm 505,6$ пг/мл), в III триместрі вагітності (9238 ± 1119 пг/мл) та в 16 тижнів після пологів ($82,30 \pm 42,4$ пг/мл), тиреотропного гормону в I триместрі вагітності ($0,750 \pm 0,252$ мкМО/мл) ($p < 0,001$).

Для визначення показників класифікації (Df) наведених у роботі у вигляді дискримінантних рівнянь, були взяті антропосоматотипологічні ознаки, сонографічні параметри сечового міхура та замикального апарату уретри та рівень гормонів у різні гравідарні періоди, зокрема:

Показники класифікації (Df) для жінок в залежності від особливостей антропо-сомато-типологічних показників мають вигляд:

Df (для хворих на ГАСМ жінок віком від 17 до 25 років) = ширина дистального епіфіза плеча $\times 4,130$ + conjugata externa $\times 15,93$ - м'язи (AIX) $\times 0,154$ + обхват передньої поверхні передпліччя у верхній третині $\times 5,802$ – 222,4;

Df (для хворих на ГАСМ жінок віком від 26 до 35 років) = - мезоморфний компонент за Хіт-Картером $\times 2,967$ - ширина дистального епіфіза передпліччя $\times 8,813$ + жировий компонент за Матейко $\times 1,643$ - обхват передньої поверхні передпліччя у верхній третині $\times 4,591$ + обхват плеча $\times 5,003$ – 1558;

Df (для хворих на ГАСМ жінок віком від 36 до 41 року) = ширина дистального епіфіза гомілки $\times 2,084$ + зріст $\times 4,667$ – 398,2;

Показники класифікації (Df) для жінок в залежності від показників гормонального фону мають вигляд:

Df (для хворих на ГАСМ жінок віком від 17 до 25 років) = - естрадіол в 16 тиж післяпологового періоду $\times 0,023$ + пролактин в I триместрі вагітності $\times 0,574$ – 56,43;

Df (для хворих на ГАСМ жінок віком від 26 до 35 років) = естрадіол в 16 тиж. післяпологового періоду $\times 0,056$ + тестостерон в III триместрі вагітності $\times 23,07$ + естрадіол в III триместрі вагітності $\times 0,005$ + пролактин в III триместрі вагітності $\times 0,242$ - естрадіол в I триместрі вагітності $\times 0,002$ - тестостерон в I триместрі вагітності $\times 1,057$ – 103,7;

Df (для хворих на ГАСМ жінок віком від 36 до 41 року) = естрадіол в III триместрі вагітності $\times 0,020$ + естрадіол в 16 тижнів післяпологового періоду $\times 0,450$ – 276,0.

Ключові слова: порушення сечовипускання, нетримання сечі, синдром гіперактивного сечового міхура, ДРИП-тест, рівень статевих гормонів, фертильний вік, дискримінантна модель, соматотип.

ANNOTATION

Kostjuk I. Yu. Prediction and diagnosis of an overactive bladder syndrome in pregnant women of different somatotypes. – Qualifying scientific work on the manuscript rights.

Dissertation for the candidate degree of medicine by specialty 14.01.01 "Obstetrics and Gynecology". – National Pirogov Memorial Medical University, Ministry of Health of Ukraine, Vinnytsia, 2019.

The thesis devoted to actual scientific problem - more effective diagnosis of urinary incontinence, such as overactive bladder syndrome by studying questionnaire-anamnestic, clinical-laboratory, hardware changes, features of the course of pregnancy, childbirth and postpartum period, the development and implementation of a scientifically sound set of diagnostic measures and a prognostic algorithm.

Based on the comprehensive assessment of sonographic indexes of the pelvic organs and gravidal period, it was determined that the localization of the placenta and the anterior part, as well as the mass of the fetus, plays the greatest role in the development of overactive bladder.

There was established that in pregnant women with overactive bladder of different somatotypes there are significant differences between sex hormones, ultrasound parameters (gravidal period, bladder and urethral closure) and anthropo-somatotypological indices.

For the first time constructed and implemented in practice, discriminant models allow, with the help of anthropo-somatotypological and hormonal indices, to suggest the emergence of GASM for the further development of individual regimens for the treatment and prevention of this pathology, which is presented in the algorithm for the examination of pregnant women with GASM syndrome of different somatotypes.

Based on research data obtained using the computer program predicting susceptibility to overactive bladder in the future will help to develop optimal schemes correction of urinary incontinence.

Key words: urinary incontinence, overactive bladder, DRIP-test, levels of sex hormones, fertility age, discriminant model, constitutional features of the body.

Список публікацій здобувача за темою дисертації:

1. Костюк. І.Ю., Чайка Г.В. Нетримання сечі у жінок репродуктивного віку. Вісник Вінницького національного медичного університету. 2017. №1, Т.21. С. 342-6.
2. Костюк. І.Ю. Основні чинники ризику маніфестації симптомів нетримання сечі під час вагітності та після пологів у вагітних жінок із синдромом гіперактивного сечового міхура. Вісник Вінницького національного медичного університету. 2018. №1, Т.21. С. 112-9.
3. Костюк. І.Ю., Гарнець Ю.С., Козлов А.В. Ультразвукові гравідарні особливості жінок з гіперактивним сечовим міхуром у III триместрі вагітності. Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика. - Київ, 2018. Вип. 29, ч. 2. - С. 16-23.

4. Kostiuk I., Chayka G., Garnets Yu. The urethral closure function status in pregnant women suffering from overactive bladder syndrome. *Здоровье женщины*. 2018. - № 9. С. 66-9
5. I.Kostyuk. Risk factors of urinary incontinence symptoms during pregnancy and after parturition in pregnant women with overactive bladder syndrome. *Здоровье женщины*. 2018. №3. С. 80-3.
6. Kostiuk I.Yu., Chayka G. V., Storozhuk M. S., Tarasiuk O. M. Modeling the possibility of occurrence of overactive bladder in women of different ages, depending on anthropo-somatotypological indicators or hormonal background with the help of discriminant analysis. *Biomedical and biosocial anthropology*, 2018. № 31. 73-81.
7. Пат. № 130412. Спосіб прогнозування діагностики та профілактики синдрому гіперактивного сечового міхура у вагітних жінок / Костюк І.Ю., Чайка Г.В., заявник та патентовласник Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова. - № u 2018 05789; заявл. 24.05.2018; опубл. 10.12.018, Бюл. № 23
8. Костюк. І.Ю. Проблема порушення сечовипускання під час вагітності та у післяпологовому періоді. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої 100-річчю з дня народження І.Г. Герцена «Сучасні теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини»; 2017 квітня 27- 28; Одеса; Одеський національний медичний університет. С.196.
9. Костюк. І.Ю., Чайка Г.В. Предиктори маніфестації синдрому ГАСМ у вагітних жінок різних соматотипів. Матеріали доповіді на науково-практичній конференції з міжнародною участю «Сучасні аспекти збереження та відновлення здоров'я жінки»; 2018 травня 10-11; Вінниця; ВНМУ ім. М.І. Пирогова; 2018. С. 49-50.
10. Костюк. І.Ю. Матеріали доповіді на науково-практичній конференції з міжнародною участю «Сучасні досягнення в медицині»; 2018 березня 22-24; Вінниця; ВНМУ ім. М.І. Пирогова; 2018, С. 9.

ЗМІСТ

Перелік умовних позначень, символів, одиниць, скорочень і термінів	15
ВСТУП.....	16
РОЗДІЛ 1. ПОРУШЕННЯ СЕЧОВИПУСКАННЯ У ЖІНОК РЕ- ПРОДУКТИВНОГО ВІКУ - СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ (огляд літератури).....	23
1.1. Етіопатогенез порушень сечовиділення під час вагіт- ності.....	23
1.2. Сучасний погляд на етіопатогенез порушень сечовиділення під час вагітності.....	27
1.3. Фізіологічні особливості нижніх сечових шляхів у жінок під час вагітності.....	34
1.4. Варіанти порушень сечовипускання під час вагітності та їх корекція	41
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	48
2.1. Матеріали дослідження.....	48
2.2. Методи дослідження.....	51
РОЗДІЛ 3 ОСНОВНІ ЧИННИКИ РИЗИКУ МАНІФЕСТАЦІЇ СИМ- ПТОМІВ НЕТРИМАННЯ СЕЧІ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ І ПІСЛЯ РОЗРОДЖЕННЯ ТА ОСОБЛИВОСТІ АНТРОПО- СОМАТОТИПОЛО-ГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ПРИ СИНДРОМІ ГІ- ПЕРАКТИВНОГО СЕЧОВОГО МІХУРА	70
3.1. Основні чинники ризику маніфестації симптомів нетримання сечі під час вагітності і після розродження при синдромі гіперактив- ного сечового міхура	70
3.2. Особливості антропо-соматотипологічних показників у вагіт- них жінок із синдромом гіперактивного сечового міхура	99
РОЗДІЛ 4. СОНОГРАФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГЕСТАЦІЙНИХ	

	14
ПОКАЗНИКІВ, СЕЧОВОГО МІХУРА, ЗАМИКАЛЬНОГО АПАРАТУ УРЕТРИ ТА РІВНЯ СТАТЕВИХ ГОРМОНІВ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ І ПІСЛЯ ПОЛОГІВ ПРИ РІЗНИХ СОМАТОТИПАХ ІЗ СИНДРОМОМ ГІПЕРАКТИВНОГО СЕЧОВОГО МІХУРА	112
4.1. Сонографічні гестаційні показники, показники сечового міхура та замикального апарату уретри під час вагітності і після пологів при різних соматотипах із синдромом гіперактивного сечового міхура.....	112
4.2. Стан гормонального фону під час вагітності і після пологів при різних соматотипах із синдромом гіперактивного сечового міхура.....	124
РОЗДІЛ 5. МОДЕЛЮВАННЯ, ЗА ДОПОМОГОЮ ДИСКРИМІНАНТНОГО АНАЛІЗУ, МОЖЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ РОЗВИТКУ СИНДРОМУ ГІПЕРАКТИВНОГО СЕЧОВОГО МІХУРА У ВАГІТНИХ РІЗНИХ СОМАТОТИПІВ	131
5.1. Дискримінантні моделі можливості виникнення синдрому гіперактивного сечового міхура у вагітних різних соматотипів в залежності від особливостей антропо-соматотипологічних показників	131
5.2. Моделі можливості виникнення синдрому гіперактивного сечового міхура у вагітних жінок різних вікових груп в залежності від особливостей гормонального фону	139
РОЗДІЛ 6. АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	147
ВИСНОВКИ	162
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	165
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	166
ДОДАТОК А. Анкети обстежуваних вагітних.....	184
ДОДАТОК Б. Таблиці та рисунки.....	189

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ,
СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ**

AIX	– Американський інститут харчування
ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я;
ГАСМ	– гіперактивний сечовий міхур;
E₂	– естрадіол (пг/мл);
КОК	– комбіновані оральні контрацептиви;
ІПСШ	– інфекції, що передаються статевим шляхом;
МРІ	– масо-ростовий індекс
МВА	– мануальна вакуум-аспірація;
НЦД	– нейроциркуляторна дистонія;
НС	– нетримання сечі;
ОЗС	– об'єм залишкової сечі;
Пг	– прогестерон (нг/мл);
ПРЛ	– пролактин (нг/мл);
ПС	– порушення сечовипускання;
РС	– репродуктивна система;
СНС	– стресове нетримання сечі;
ТС	– тестостерон (нмоль/л);
ТШЖС	– товщина шкірно-жирової складки (мм);
ТТГ	– тиреотропний гормон (мкМО/мл);
УЗД	– ультразвукове дослідження;
ЦНС	– центральна нервова система;
ШДЕ	– ширина дистального епіфіза (мм);
ШДЕС	– ширина дистального епіфіза стегна;
ШДЕП	– ширина дистального епіфіза плеча.

ВСТУП

Актуальність теми

Вагітність - це чудовий і таємничий період в житті жінки. І, тим не менш, вагітність - це велика відповідальність жінки і перед собою, і перед майбутньою дитиною. Величезна кількість змін під час вагітності в організмі жінки, в тому числі і у сечовидільній системі, з одного боку, будучи частиною фізіологічних змін, з іншого, можуть сприяти розвитку нетримання сечі [6, 21, 30, 59, 73, 93, 150, 159]. До їх числа відносять: розвиток фізіологічної поліурії і полідипсії, підвищення екскреції натрію і зменшення об'єму сечового міхура, зміна рівня статевих гормонів, особливості кровопостачання детрузора і уретри. Вважають, що на стан нижньої третини сечостатевого тракту значно впливає збільшення внутрішньочеревного тиску, зумовлене активним ростом вагітної матки [5, 6, 7, 8, 29, 76].

Підсумовуючи дані епідеміологічних досліджень, отриманих за останні 10 років, можна зробити висновок про провідне значення вагітності і пологів у розвитку різних видів нетримання сечі [5, 51, 76, 100].

Однією з складових функціональних розладів сечовипускання і найбільш важливих проблем сучасної урогінекології є гіперактивний сечовий міхур (ГАСМ) [52, 114, 130, 157]. Науковці усього світу погоджуються з виразом J. Brown, що синдром гіперактивного сечового міхура є одним з тих станів, які "...не вбивають, а просто крадуть наше життя" (Brown JS, 1998).

Терміну «гіперактивний сечовий міхур» близько 20 років. Вперше він був запропонований P. Abrams та A.J.Wein у 1997р. До цього часу існували такі визначення, як «незалежний, гіперрефлекторний, нестабільний, подразнений сечовий міхур» [1, 4, 55, 126]. Однак саме термін ГАСМ у сучасній зарубіжній та вітчизняній науковій фаховій літературі вважається

найбільш доцільним, оскільки таке формулювання визначає характер порушення функції нижніх сечових шляхів у пацієнтів цієї патології [38, 81].

Перебуваючи в числі десятки найпоширеніших захворювань, синдром гіперактивного сечового міхура по частоті випереджає такі хвороби, як цукровий діабет, виразкову хворобу шлунка й дванадцятипалої кишки [1, 3, 4, 11, 49, 131]. При аналізі літературних даних щодо впливу конкретних патологічних станів та захворювань на соціальну активність та самооцінку, розлади сечовипускання та, зокрема, ГАСМ, погіршують якість життя хворих більше, ніж артеріальна гіпертензія, атеросклероз та цукровий діабет [46], всебічно впливаючи на трудове, соціальне і сексуальне життя та здоров'я пацієнтів. Часто хвороба змушує хворого міняти професію, обмежує кар'єрний ріст (Романенко Т.Г., 2017, Горовий В.І., 2014). Іноді пацієнти повністю змінюють стиль свого життя, відмовляючись від будь-яких видів фізичної чи соціальної активності, які обмежують їх негайний доступ до туалету, здобуваючи таким чином перемогу над хворобою. Але це не має позитивного ефекту, а лише призводить до соціальної дезадаптації і негативно позначається на їх фізичному та емоційному стані [22, 27, 62, 121].

Поширеність серед населення, драматична важкість перебігу та соціально-дезадаптивний характер функціональних порушень з боку уротракту визначають актуальність подальших досліджень синдрому гіперактивного сечового міхура з метою удосконалення його лікувально-діагностичного алгоритму, адже кожна четверта жінка в світі після 30 років відмічає симптоми нетримання сечі, у тому числі і в Україні [14, 32, 108].

Стандартні інструментальні методи оцінки функції сечовивідних шляхів неприйнятні під час вагітності [4, 121, 147], а будь-яка медикаментозна терапія нетримання сечі протипоказана.

Недостатня ефективність методів консервативного лікування порушень сечовипускання у вагітних жінок і неможливість оперативної корекції нетримання сечі для жінок після пологів та протипокази до викорис-

тання будь якого медикаментозного лікування під час вагітності, роблять особливо актуальним вдосконалення заходів профілактики та впровадження поведінкової терапії у вагітних [3, 4, 9, 150].

Застосування нами комплексного антропо-сомато-типологічного підходів при вивченні порушень сечовипускання дозволить удосконалити критерії діагностики, що в свою чергу дасть можливість більш визначено підійти до питання раннього виявлення груп ризику та прогнозувати розвиток синдрому гіперактивного сечового міхура для підвищення ефективності профілактики порушень сечовипускання на прегравідарному етапі.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами

Дисертаційна робота є фрагментом загально-університетської наукової тематики кафедри акушерства та гінекології №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова - «Дослідження репродуктивного потенціалу і вирішення проблем збереження здоров'я жінки», номер державної реєстрації 0106U000258.

Мета дослідження - підвищення ефективності прогнозування та покращення діагностики синдрому гіперактивного сечового міхура шляхом розробки та оптимізації комплексного методу індивідуального діагностичного алгоритму вагітних різних соматотипів.

Для досягнення поставленої мети були поставлені наступні **завдання дослідження**:

1. Визначити основні чинники ризику маніфестації симптомів гіперактивного сечового міхура під час вагітності і після розродження.
2. Дослідити особливості основних показників соматотипу, компонентного складу маси тіла у вагітних жінок із синдромом гіперактивного сечового міхура.
3. Встановити особливості сонографічних показників внутрішніх статевих органів, сечового міхура та замикального апарату уретри під час вагітності і після пологів у вагітних жінок різних соматотипів із синдромом гіперактивного сечового міхура.

4. Вивчити особливості рівня статевих гормонів під час вагітності і після пологів у вагітних жінок різних соматотипів із синдромом гіперактивного сечового міхура.

5. Побудувати дискримінантні моделі для прогнозування та профілактики ризику розвитку синдрому гіперактивного сечового міхура у вагітних жінок різних соматотипів.

Об'єкт дослідження: синдром гіперактивного сечового міхура у вагітних жінок різних соматотипів.

Предмет дослідження: особливості основних показників соматотипу та компонентного складу маси тіла у вагітних жінок із синдромом гіперактивного сечового міхура; особливості сонографічних показників гестаційного періоду, сечового міхура та замикального апарату уретри у вагітних жінок під час вагітності і на 16-й тиждень післяпологового періоду; рівень статевих гормонів під час вагітності та після пологів у вагітних жінок різних соматотипів із синдромом гіперактивного сечового міхура.

Методи дослідження: загальноклінічні, антропологічні, соматотипологічні, біохімічні, ендокринологічні, функціональні, статистичні.

Наукова новизна одержаних результатів

В ході проведених досліджень вперше на основі комплексного обстеження вивчені раніше невідомі індивідуальні особливості виникнення синдрому гіперактивного сечового міхура у вагітних жінок різних соматотипів.

Виявлено зв'язок між маніфестацією синдрому гіперактивного сечового міхура із конституціональними особливостями організму у вагітних жінок.

Уточнено особливості рівня тестостерону, прогестерону, естрадіолу, пролактину та тиреотропного гормону у різні етапи вагітності та у післяпологовому періоді у жінок з гіперактивним сечовим міхуром.

Доведено наявність зв'язку між сонографічними гестаційними параметрами та показниками сечового міхура і замикального апарату уретри у вагітних жінок із синдромом ГАСМ.

Теоретично обгрунтована та клінічно доведена доцільність проведення вимірювання конституціональних параметрів тіла у вагітних жінок різних вікових груп із синдромом гіперактивного сечового міхура.

Вперше побудовані та впроваджені в практику дискримінантні моделі, що дозволяють за допомогою антропометричних і соматотипологічних, та гормональних показників прогнозувати можливість виникнення ГАСМ на етапі прегравідарної підготовки, що представлено в алгоритмі обстеження вагітних жінок із синдромом ГАСМ різних соматотипів.

Удосконалений і впроваджений алгоритм діагностичних та прогностичних заходів, направлених на поліпшення післяпологової адаптації у жінок із ГАСМ на основі поетапного комплексного підходу до ведення пацієнток, починаючи з етапу жіночої консультації і закінчуючи акушерським стаціонаром.

Представлено порівняльні аспекти клінічних, ендокринологічних, біохімічних та функціональних досліджень у жінок із ГАСМ.

Практичне значення одержаних результатів

Одержані результати дослідження, дозволили розробити алгоритм прогнозування розвитку синдрому гіперактивного сечового міхура з метою підвищення якості репродуктивного здоров'я жіночого населення.

Впровадження результатів дослідження в практику

Для практичної охорони здоров'я запропоновані диференційовані індивідуалістичні підходи до прогнозування та профілактики синдрому гіперактивного сечового міхура з урахуванням антропо-соматотипологічних особливостей і стану гормонального фону. Дана методика запатентована у патенті № 130412 «Спосіб прогнозування діагностики та профілактики синдрому гіперактивного сечового міхура у вагітних жінок». Результати дисертаційних досліджень використовуються в лекційних курсах та під час

проведення практичних занять на кафедрах акушерства та гінекології № 1, № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, а також впроваджені у практичну роботу Вінницького міського клінічного пологового будинку №1, Вінницького міського клінічного пологового будинку №2, Вінницької міської лікарні «Центр матері та дитини», гінекологічного відділення Вінницької центральної районної лікарні, КУ «Барська центральна районна лікарня».

Особистий внесок здобувача

Автором самостійно опрацьовано літературні джерела, здійснено проблемно-орієнтований патентно-інформаційний пошук та написано відповідно аналітичний огляд літератури з визначеної проблематики. Разом із науковим керівником, доктором медичних наук, професором Чайкою Г.В. чітко виокремлено мету та сформульовано завдання дослідження. Дисертантом опановані необхідні методики виконання досліджень (проведення антропометричних досліджень при наборі матеріалу в рамках загально-університетської наукової тематики). Автором власноруч проведено набір матеріалу дослідження, проведено клініко-діагностичне анкетування, комплексне клініко-лабораторне обстеження вагітних жінок із синдромом гіперактивного сечового міхура.

Автором особисто написані усі розділи дисертаційної роботи, сформульовані основні наукові положення, висновки та практичні рекомендації, забезпечено їх впровадження в медичну практику, здійснена статистична обробка отриманих результатів. Матеріали усіх розділів дисертації відображені в опублікованих працях. У друкованих працях, виконаних у співавторстві, дисертанту належали проведення клініко-лабораторного обстеження жінок, опрацювання та аналіз результатів, оформлення статей. Дисертантом не запозичено результати та ідеї співавторів публікацій.

На основі отриманих результатів автором спільно з науковим керівником розроблено комплекс диференційованих діагностичних та прогностичних заходів для виявлення синдрому гіперактивного сечового міхура і

превенції пов'язаних з ним ускладнень у вагітних, роділь та жінок на етапі прегравідарної підготовки.

Апробація результатів дисертації

Основні положення дисертаційної роботи викладені в тезах на науково-практичній конференції з міжнародною участю, присвяченій 100-річчю з дня народження І.Г. Герцена «Сучасні теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини» Одеського медичного університету (м. Одеса, 2017), науково-практичній конференції з міжнародною участю «Сучасні досягнення в медицині» (м. Вінниця, 2018) та в доповіді на науково-практичній конференції з міжнародною участю «Сучасні аспекти збереження та відновлення здоров'я жінки», 10-11 травня 2018 року.

Публікації

За матеріалами дисертації опубліковано 10 наукових праць (з них - 5 самостійних), 6 статей опубліковано в рекомендованих ДАК України наукових фахових виданнях, що включені до Міжнародної наукометричної бази даних Google Scholar, Index Copernicus; та 3 – матеріали тез. Отримано деклараційний патент України на корисну модель від 10.12.2018 року.

Обсяг та структура дисертації

Дисертація викладена українською мовою на 183 сторінках машинопису, з яких список використаних джерел займає 18 сторінок. Дисертаційна робота побудована за класичним принципом - містить вступ, огляд літератури, опис матеріалів та методів дослідження 3 розділи власних досліджень, аналіз та узагальнення результатів досліджень, висновки, практичні рекомендації та додатки. Список використаних джерел нараховує 160 праць, з них 25 - кирилицею та 135 - латиницею. Дисертація ілюстрована 55 таблицями та 20 рисунками.

РОЗДІЛ 1
ПОРУШЕННЯ СЕЧОВИПУСКАННЯ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВ-
НОГО ВІКУ - СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ
(огляд літератури)

1.1. Етіологія та діагностика порушень сечовиділення під час вагітності та можливості корекції

Епідеміологія

Нетримання сечі або інконтиненція - будь-яке мимовільне виділення сечі з зовнішнього отвору сечовипускального каналу незалежно від ситуацій та обставин, що призвели до нього. Це захворювання є як соціальною, так і медичною проблемою [13, 26, 63, 101].

Так, за різними посиланнями, у світі приблизно у 70-120 млн. осіб страждає на дану патологію, а у 80 млн людей діагностуються симптоми ГАСМ при первинному зверненні [14, 63, 101].

У систематичному огляді літератури повідомляється, що інконтиненція має широкий інтервал поширеності світом від 16,2% до 81,9%. (Kwon V.E., Kim G.Y., 2010)

У Сполучених Штатах на ГАСМ страждають понад 33 мільйони осіб. Так, міністерство охорони здоров'я США занесло синдром ГАСМ до десятки найбільш поширених захворювань [,]. Так, W. Stewart у 2001 році припустився думки, що синдром ГАСМ не має чіткої статевої прив'язки, оскільки у своєму дослідженні виявив симптоматику даного порушення сечовипускання у 16,9% жінок та 16% чоловіків різного віку(). У 2017 році його колеги з Сполучених Штатів Америки та Канади - Vicki Dryfhout та Mickey M. Karlam - встановили, що синдром ГАСМ шириться континентами з геометричною прогресією, перебуваючи у тісному зв'язку з віковими та фенотиповими змінами[,]. Якщо в 2011 році на 23,7% жінок репродук-

тивного віку припадало 45% жінок у віці старше 55 років з клінічними проявами ГАСМ, то через 6 років (у 2017) на даний тип інконтиненції скаржилося 38,1% фертильних жінок та 54% жінок у (D. Borello-France, K.L. Burgio, H.E. Richter, 2006). Сучасні проспективні дослідження Сполучених Штатів Америки та Канади стосуються впливу вагітності на тазову дисфункцію (Rachel N. Pauls, John A. Occhino).

У дослідженнях, проведених в Туреччині у 2009-2010 років, поширеність НС серед жінок була зареєстрована 20,5-68,8% (Firat Saglik, 2010).

У Росії за період 1995-2000 рр. поширеність симптомів ГАСМ серед зареєстрованих випадків захворювань нижніх сечовивідних шляхів склала 16-19% (Пушкар Д., 2003) [14]. Станом на 2005 рік близько 30 мільйонів жінок Росії виявляли скарги на НС, до того ж 20 мільйонів - жінки репродуктивного віку - це кожна 5 жінка [3,8]. Після 60 років частота НС становила 50% - кожна друга жінка скаржилася на дану проблему (Токар та ін., В.Е. Балан, 2005). З 2006 по 2010 рр. від 30% до 70% жінок Росії мали різні типи нетримання сечі [1, МОЗЕС 2005,].

В Європі 22 мільйони осіб страждають на проблему ГАСМ. Даний синдром діагностується у 17% дорослого населення старше 40 років [63, 101]. При цьому частота появи симптомів у осіб старше 65 років підвищується до 30%. На прояви імперативної інконтиненції у віці старше 70 років скаржиться до 50% осіб (Milson I, Abrams P et al., 2001).

Результати перехресного дослідження жінок Франції у віці старше 18 років, яке було проведене Lasserre A, Pelat C., Blanchon T., Montefiore E.D. за період з червня 2007 року по липень 2007 року, свідчать, що симптоми НС були виявлені майже у кожній четвертій жінки, яка відвідувала лікарів загальної практики, 38% з яких мали ГАСМ. Клінічні та функціональні порушення НС були пов'язані з віком, ІМТ і паритетом. Інконтиненція викликала страждання для жінок – суїцидальні думки реалізувалися у 2 жінок [101].

У 2017 році Schreiber Pedersen L., Lose G. та Rudnicki M. було проведено велике дослідження НС, у якому взяло участь 8000 жінок Німеччині та Данії віком більше 18 років. Так, захворюваність на будь-які види ПС становила 46,2 та 66,6% ($p < 0,001$), а рівень розповсюдженості НС становив відповідно 48,3 та 46,4%. У молодших жінок домінували стресове нетримання сечі та гіперактивний сечовий міхур, у жінок віком «80+» років - змішане нетримання сечі. Підгрупа жінок з індексом маси тіла (ІМТ) ≥ 35 мала найбільшу поширеність ГАСМ (67,3%). Підгрупа жінок з ІМТ < 35 була більш схильна до стресового нетримання сечі, а підгрупа жінок з ІМТ ≥ 35 частіше мали змішане нетримання сечі. НС значною мірою асоціювалося з віком, внутрішньоматковими втручаннями, вагінальним розродженням, хронічним обструктивним захворюванням легенів і щонайменше однією коморбідністю [47, 101].

Серед жіночої популяції Швеції було виявлено клінічні ознаки НС різних видів та ступеню у 33% - до 40 років та у 46% жінок у віці після 65 років. Жінки II групи – не зверталися за допомогою до медичної служби, оскільки вважали це нормальним станом для людей свого віку (Bogren M.A., Fridlund B., 2007).

Для порівняння, при опитуванні 1581 жінок, які проживають на Тайвані, з'ясувалося, що 18,6% страждають ГАСМ, у 18% було відзначено стресове нетримання сечі, а у 17,1% зустрічається змішане нетримання. Схожу статистику було виявлено Bright E. серед молодих жінок вікової групи 20-45 років, які проживають в Нідерландах [38].

Національна асоціація спеціалістів з нетримання сечі у 2016 році підсумувала епідеміологічні світові дані та резюмувала їх у вигляді тез:

- З 25 мільйонів дорослих американців, які страждають на певну форму нетримання сечі, 75-80% з них – жінки.
- Нетримання сечі впливає на 200 мільйонів людей у всьому світі.
- Кожна четверта жінка старше 18 років відчуває епізоди раптової неконтрольованої втрати сечі.

- У середньому після першого разу, коли жінки відчувають симптоми НС, проходить 6,5 років, доки вони не отримають діагноз своєї проблеми сечового міхура.
- Стресове нетримання сечі, найбільш поширена форма нетримання сечі серед жінок, та вражає приблизно 15 мільйонів дорослих жінок у США.
- Близько 17% жінок і 16% чоловіків старше 18 років мають гіперактивний сечовий міхур, і 12,2 млн.
- Нетримання сечі у жінок виявляється у два рази частіше, ніж у чоловіків.
- Вагітність, пологи та менопауза є основними причинами збільшення поширеності нетримання сечі у жінок порівняно з чоловіками.
- У віці від 18 до 44 років приблизно 34% жінок відчувають ознаки нетримання сечі.

Гормональний дисбаланс відіграє важливу роль у розвитку порушень уrogenітального тракту. Стан гіпоестрогенії у жінок в менопаузі є одним з важливих факторів ризику розвитку гіперактивного сечового міхура у жінок (Г.Р. Касян, Л.А. Ходирева, А.А. Дударева, Н.В. Тупикина, Д.Ю. Пушкарь).

В Україні провідним центром з вивчення ГАСМ є Інститут урології АМН України, де дослідження в цьому напрямку проводяться з 1965 р. В результаті цього розроблені підходи до лікування даної патології серед чоловічого населення – дорослих (Пирогов В.А., Колесніков Г.П.) і дітей (Возіанов А.Ф., Сеймівський Д.А., 2006) [13-16].

Науковці ДУ «Інституту педіатрії, акушерства та гінекології» НАМН України під керівництвом проф. Татарчук Т.Ф., Косей Н.В. досліджують проблему жіночих порушень сечостатевої системи під час вагітності та в періоді клімактерію.

Завідувач лабораторії нейроурології ДУ «Інститут урології НАМНУ»; доктор медичних наук, професор Пирогов В.О., провівши аналіз соціальної активності українських пацієток, що страждають на ГАСМ встановив,- близько третини жінок у віці 40-65 років мають розлади сечовипускання різного ступеня тяжкості. Половина з цих жінок значно втрачають працездатність, третина з них постійно залежить від туалету та тривожних станів, пов'язаних з його місцезнаходженням чи відсутністю. Ще 28% жіночого населення з цього дослідження скаржаться на зниження самооцінки та погіршення стосунків у сім'ї, вважаючи причиною цьому вплив симптомів ГАСМ (Пирогов В.О., 2006).

Характерним є низький рівень звертань до лікарів, внаслідок чого тільки 27% хворих на гіперактивний сечовий міхур отримують лікування з приводу цієї патології протягом життя, а діагноз гіперактивного сечового міхура виставляється тільки у 21% хворих [109, 117, 118]. Оскільки, стан здоров'я населення є інтегральним індикатором загально-соціального і демографічного благополуччя країни і відображає рівень і характер соціально-економічного розвитку, в його контексті здоров'я жінки, як Берегині роду – основна передумова для забезпечення сприятливих демографічних і економічних перспектив України.

Поширеність і значний вплив розладів сечовипускання на якість життя пацієток із ГАСМ визначають високу медичну й соціальну актуальність проблеми [14, 15, 26, 110]. Це диктує необхідність пошуків ефективних заходів прогнозування та профілактики розвитку синдрому гіперактивного сечового міхура.

1.2. Сучасний погляд на етіопатогенез порушень сечовиділення під час вагітності

На думку більшості авторів, основну роль в генезі порушень сечовипускання відіграють три чинники: спадковість, соціальний фактор і спосіб

життя хворого [9, 12, 28, 100]. Найбільш повною в даний час слід визнати класифікацію факторів ризику по розвитку НС, розроблену R. Vump в модифікації [40]. Згідно з результатами дослідження R. Vump і співавт. дисфункція тазового дна діагностується приблизно у 1/3 жінок, які народили [40, 154].

На думку E. A. Gormley і співавт. [69, 70] - в 50% випадків, фактори ризику можна розподілити на: сприятливі; провокуючі; акушерські та гінекологічні.

Сприятливі фактори:

■ Раса - у білих жінок нетримання сечі зустрічається значно частіше, ніж у афро-американок та азіаток [64, 68, 75, 84].

■ Спадковість - жінки, у матерів або старших сестер яких спостерігаються симптоми нетримання сечі, найбільш часто страждають цим захворюванням [45, 97, 100, 145, 154].

■ Анатомічні дефекти - наявність матково-міхурових, міхурово-піхвових або уретро-піхвових норниць, що може спричинити нетримання сечі [22, 132].

■ Неврологічні порушення - травми головного або спинного мозку, інсульти, інфаркти мозку, хвороба Паркінсона, розсіяний склероз, поліомієліт, порушення периферичної нервової системи при тазовій хірургії та інші захворювання. Такі патологічні стани і захворювання можуть привести до розвитку нейрогенного сечового міхура та інконтиненції [22, 23, 31, 46, 151].

Провокуючі фактори:

■ Вік – у зв'язку з загальними віковими змінами жіночого організму зростає імовірність мимовільного підтікання сечі. [38, 58, 59].

■ Супутні захворювання – спровокувати розвиток інконтиненції можуть такі захворювання, як цукровий діабет, серцево-судинна недостатність і т. д. [64, 78, 158].

■ **Метаболічний синдром та надлишкова маса** призводять до нетримання сечі за рахунок збільшення внутрішньоміхурового тиску та тиску в черевній порожнині, а також ослаблення м'язів тазового дна. За даними деяких європейських досліджень, жінки з ожирінням в 4,2 рази частіше страждають на стресову форму та в 2,2 рази частіше – на ургентну форму інконтиненції. Також доцільно відмітити, що при зниженні маси тіла рівень захворюваності на стресову інконтиненцію знижується з 61 до 12% [24, 140, 151].

■ **Куріння** сприяє виникненню хронічного бронхіту, при цьому кашель супроводжується систематичним підвищенням тиску в черевній порожнині, що, в свою чергу, може привести до розвитку нетримання сечі. Збільшення ризику виникнення інконтиненції у курців деякі науковці (R. Bump, D. McClish) пов'язують з індукованими нікотинем фазними скороченнями детрузора, антиестрогенний ефект нікотину на сечовий міхур та уретру, особливо у жінок, а також з порушенням синтезу колагену [40]. Щодо безпосередньої ролі нікотину в патогенезі інконтиненції, вона залишається до кінця неясною і вимагає подальших досліджень [4, 5, 40].

■ **Інтервенція інфекційними агентами сечовивідних шляхів**, що також є причиною транзиторного нетримання сечі [4, 17,19, 20, 43, 52, 96, 149].

■ **Клімактеричний період** - в період постменопаузи відбуваються атрофічні зміни у органах тазового дна, які підвищують ризик розвитку сечової інфекції, а отже, і нетримання сечі [1, 50, 53, 55].

Акушерські та гінекологічні фактори

■ **Маса плода** - Американські та Скандинавські науковці стверджують, що передбачувана маса плода і, відповідно, маса новонародженого відіграють чи не одну з провідних ролей у виникненні різних видів нетримання сечі та генітального пролапсу [57, 114, 120, 140, 141, 144].

■ **Гестаційний період** - у 8-85% жінок під час вагітності з'являються симптоми нетримання сечі [31, 41, 57, 58, 155].

Порушення уродинаміки сечових шляхів під час вагітності розвивається внаслідок:

- функціональних причин, що обумовлені гормональними змінами на фоні вагітності;
- механічних факторів (зокрема, здавлення сечоводів вагітною маткою);
- Інфекційними ураженнями статевих органів [19, 65, 124, 139, 158]. Інфекції сечовидільних шляхів у жінок частіше всього мають висхідний характер, мікроорганізми з перианальної області та піхви проникають в уретру та сечовий міхур, а далі внаслідок міхурово-сечовідних, піелотубулярних та піеловенозних рефлілюксів – у нирку. У зв'язку зі зниженням тонуусу, збільшенням ємності та підвищеною зміщуваністю сечового міхура, що обумовлені вагітністю розвивається прогресуючий стаза сечі. Внаслідок цього збільшується чутливість сечових шляхів до інфекційного процесу.
- Зниження імунітету, обумовлене вагітністю та наявністю вогнищ хронічної інфекції в організмі.

■ Пологи - розродження через природні пологові шляхи, збільшення тривалості другого періоду пологів, маса плода більше 4 кг призводять до розвитку інконтиненції внаслідок порушення анатомічної цілісності промежини за рахунок пошкодження м'язів тазового дна і порушення іннервації органів малого таза. У роботах деяких російських дослідників доведено несприятливий вплив наслідків ускладненого перебігу попередніх пологів на замикальний апарат уретри [4, 6, 13, 15, 145, 150]. Такі ж наслідки мають застосування епідуральної анестезії під час пологів, а також використання інструментальних методів пологорозрішення (накладення акушерських щипців, вакуум-екстракція плода, перінео- та епізіотомія). [17, 41, 66, 155].

У дослідженні V. Nitti і співавт. [106] брало участь 11397 жінок у віці від 20 до 64 років. Автори виявили збільшення поширеності симптомів НС в групі жінок, що мали перші пологи у віці старше 25 років.

У роботах A. Wagg [154, 155, 156, 157] показано, що жінки, які мають в анамнезі дві операції кесарева розтину, страждають на НС в подальшому в 13,3% випадків. У групі жінок, що мають 2 фізіологічних пологів, цей показник склав 39%. Однак, після третього оперативного розродження і третіх пологів через природні пологові шляхи поширеність НС в обох групах стала майже однаковою - 38,9% і 37,7%, відповідно. Автор показав, що найбільш значуща різниця поширеності НС у первісток: 24,5% - після пологів через природні родові шляхи і 5,2% - після операції кесарів розтин [157].

■ Перенесені операції на органах малого тазу і променева терапія [30, 119].

■ Пролапс тазових органів [35, 37, 56, 91, 92, 101, 105, 133, 137, 138, 141, 144, 152].

Іннервація сечового міхура та функція довільного сечовипускання забезпечуються на різних рівнях нервових шляхів і центрів, а саме:

- 1 – центр кори головного мозку - довільного контролю за сечовипусканням;
- 2 – стовбуровий центр - контролю сечовипускання (міст);
- 3 – поперекові і позаспінальні симпатичні ганглії;
- 4 – парасимпатичні ганглії і нервові шляхи;
- 5 – детрузор сечового міхура;
- 6 – сфінктерний апарат сечового міхура [63, 102, 143, 153].

Процес накопичення і виведення сечі пов'язаний з двома функціями сечового тракту: резервуарною і видільною [10, 14, 34]. Іннервація сечових шляхів забезпечується афферентною і еферентною дугою периферичної нервової системи, до якої входять симпатичні, парасимпатичні і соматичні нейрони [160].

Симпатичні нервові волокна починаються в бічних рогах на рівні T1-L2 сегментів хребта. У фазу накопичення симпатична нервова система забезпечує закриття сфінктерів і релаксацію детрузора [103].

Парасимпатична нервова система відповідальна за скорочення детрузора і одночасне розслаблення сфінктерів під час сечовипускання [10]. Нервові волокна парасимпатичної нервової системи беруть свій початок з II, III, IV сегментів сакрального відділу хребта [10, 14, 33]. Соматичні еферентні мотонейрони відбуваються з II, III, IV сегментів сакрального відділу хребта. Соматична іннервація контролює тонус м'язів тазового дна і скорочення зовнішнього сфінктера уретри.

Функція сечового міхура регулюється встановленими вище відділами нервової системи, включаючи стовбурові структури головного мозку і кору. Вищі центри нервової системи (кора, таламус, гіпоталамус, лімбічна система) забезпечують довільний контроль сечовипускання [10, 14, 36]. Ствобуровий центр сечовипускання - РМС (Pontine Micturition Centre) в фазі наповнення здійснює гальмування парасимпатичної іннервації і активацію соматичних нервів. У фазі спорожнення РМС активує парасимпатичну іннервацію і гальмує соматичну, що призводить до скорочення детрузора і розслаблення зовнішнього сфінктера [10, 14, 160].

Еферентні нерви містять тільки мієлінізовані волокна. Аферентні проводять нервові шляхи представлені як мієлінізованими А8 волокнами, так і не мієлінізованими С-волокнами. А5 волокна відповідають на пасивне розтягування і активне скорочення сечового міхура, і діють при тиску 5-15 мм. рт. ст., яке характерне для відчуття наповнення. З-волокна мають дуже високий поріг збудження і зазвичай не реагують навіть на високі рівні інтравезикального тиску. Однак, активність деяких з цих волокон посилюється хімічним подразненням слизової оболонки сечового міхура [36, 75].

Трансмітерами доцентрових нейронів сечового міхура є нейропептиди. Зміна чутливості центростремітних нервів і їх відповіді на механічні стимули можуть викликати тахікініни, оксид азоту, аденозинтрифосфорна

кислота (АТФ), простагландини і нейротрофічні фактори. Відомо, що в С-волокнах доцентрових нейронів сечового міхура працюють повільні К-канали (А-тип), які контролюють поріг збудження і чутливість. Супресія К-каналів лікарськими речовинами або хронічним запальним процесом викликає підвищення збудливості доцентрових нейронів [160].

Різноманітність функцій нижнього відділу сечового тракту обумовлена великою кількістю рецепторів [10].

В основі синдрому ГАСМ лежить детрузорна гіперактивність - уродинамічне поняття, що означає мимовільні спонтанні або спровоковані скорочення детрузора під час фази наповнення.

Нині виділяють дві основні форми детрузорної гіперактивності: нейрогенну та ідіопатичну [19, 47, 54, 63, 98].

Нейрогенні причини розвитку ГАСМ припускають порушення іннервації сечового міхура внаслідок неврологічних захворювань і пошкоджень. Виділяють супраспінальні ураження (хвороба Паркінсона, розсіяний склероз, хвороба Альцгеймера, інсульт та ін.) І супрасакральні ураження (остеохондроз, спондилоартроз хребта, грижа Шморля, міеломенінгоцеле і ін.).

До факторів ризику ідіопатичної (ненейрогенної) детрузорної гіперактивності відносять вікові зміни, інфравезикальну обструкцію, міогенні і анатомічні зміни міхурово-уретрального сегмента, а також сенсорні порушення.

Утримання сечі як в стані спокою, так і при нарузі здійснюється взаємодією трьох механізмів [31, 50, 60, 67, 99]: опором в спокої багатофакторного замикального механізму сечового міхура і уретри; стабільністю уретральної анатомічної підтримки, що включає м'язи тазового дна і сечостатеву діафрагму, які забезпечують певне положення сечового міхура і зберігають нерухомість міхурово-уретрального сегмента; адекватною іннервацією всіх перерахованих компонентів.

Для створення позитивного градієнта уретрального тиску, крім описаних вище механізмів, необхідні:

- повноцінний стан уротелію і наявність слизу в просвіті уретри;
- еластичність колагену, що входить до складу сполучної тканини уретри;
- збережений тонус гладкої мускулатури уретральної стінки;
- повноцінна васкуляризація уретри [61, 160].

1.3. Фізіологічні особливості нижніх сечових шляхів у жінок під час вагітності

Змінам в період вагітності піддається весь організм жінки. Плід розвивається і росте за рахунок поживних речовин, одержуваних від матері, а в організмі жінки відбувається колосальна перебудова. У зв'язку з цим, важко оцінити функцію органів виділення у вагітних за стандартними критеріями, які використовуються поза вагітністю.

Протягом гестаційного періоду сечовидільна система і нирки зазнають безліч морфологічних і фізіологічних змін [36, 37, 47, 63].

У період вагітності відбувається: збільшення маси і розмірів нирки, гіпертрофія нефрона, дилатація сечового тракту, гіпертрофія м'язів сечоводу і гіперплазія сполучної тканини. Всі перераховані зміни з'являються на ранніх термінах вагітності (5 - 6 тиждень), зникають - через 1 - 3 місяці після пологів. Пік прогресування змін припадає на VI - VII місяць вагітності [21, 31, 69].

Відомо, що сполучна тканина забезпечує підтримку цілісності тканин і органів, формує строму останніх, містить кровоносні і лімфатичні судини. Позаклітинний матрикс сполучної тканини складається з основної речовини (глікозаміноглікани, протеоглікани, глікопротеїни) і волокон (колагенових, еластичних і ретикулінових). Колагенові волокна - головний

компонент, присутній в більшості сполучних тканин, що надає їм міцність [21, 138, 143]. Більшість тканин містить колаген I, III, V, VI типів. С.Landon і співавт. виявили підвищення рівня глікозаміногліканів і зниження колагену в сполучній тканині під час вагітності, що викликає реконструювання тканини і зниження її розтяжності.

Зміни в структурі колагену призводять до більшої рухливості шийки сечового міхура і є патогенетичною основою розвитку стресового НС [132].

S. Choop і співавт. [46] проводили оцінку фізичних маркерів дисплазії сполучної тканини (стрії, кили, варикозне розширення вен, гіпермобільність суглобів, пролапс мітрального клапана) у 549 вагітних жінок Кореї. Автори не знайшли достовірної залежності між симптомами НС і зазначеними параметрами, що не дозволило їм прогнозувати виникнення НС в післяпологовому періоді.

Роботами С.Н. Буянової, С.В. Петрової та співавт., Аполихина И.А., Лопатина Т.В. [5] показана роль дисплазії сполучної тканини в патогенезі пролапсу геніталій і НС у жінок. У дослідження було включено 432 жінки з НС, з них у 352 (81,5%) пацієток НС поєднувалося з анатомічною диспозицією тазових органів. Авторами встановлено підвищення швидкості розпаду колагену в організмі жінок досліджуваної групи і заміщення в зв'язковому апараті колагену I і III типів колагеном IV типу, що призвело до глибоких порушень механічних характеристик і функціональної недостатності органів малого тазу [5].

Змінам, що відбуваються в органах уротракту під час вагітності, передують:

- генералізований набряк м'яких тканин внаслідок гестаційного впливу;
- механічні фактори (тиск вагітної матки, і т.д.);

- нейрогуморальні фактори (вплив нервової системи і гуморальних факторів (біологічно активних речовин крові, лімфи і тканинної рідини) на органи, тканини та біологічні процеси);

- ендокринний вплив гормонів;
- венозний застій в малому тазу [47, 56].

Під час вагітності нирки матері функціонують з підвищеним навантаженням, виводячи з її організму не тільки продукти його обміну, але і продукти метаболізму плода. Суттєвих змін зазнають процеси кровопостачання нирок [8, 37, 40]. Особливістю ниркового кровотоку є його збільшення в I триместрі вагітності і поступове зменшення в подальшому. Таке зниження ниркового кровотоку може розглядатися як своєрідна пристосувальна реакція, яка дає можливість іншим органам в кінці вагітності отримувати додаткову кількість крові. За С.М. Glazener, зниження ниркового кровотоку може лежати в основі активації юкстагломерулярного апарату нирок з гіперсекрецією реніну і ангіотензину [66].

Паралельно зі змінами кровопостачання нирок змінюється і клубочкова фільтрація, яка значно зростає в I триместрі вагітності (на 30-50%), а потім поступово знижується. Фільтраційна здатність нирок під час вагітності зростає, в той час як каналіцева реабсорбція на всьому протязі вагітності залишається без істотних змін. Таке зменшення клубочкової фільтрації при майже незмінною каналіцевої реабсорбції води і електролітів сприяє затримці рідини в організмі вагітної, що проявляється пастозністю тканин на нижніх кінцівках в кінці вагітності, Зміни функції нирок роблять виражений вплив на весь водно-сольовий обмін при вагітності [10, 86, 96].

Відбувається збільшення загального вмісту рідини в організмі, головним чином за рахунок її позаклітинної частини. В цілому до кінця вагітності кількість рідини в організмі вагітної може збільшитися на 7 л [88]. При фізіологічному перебігу вагітності концентрація натрію і калію в крові і виділення цих електролітів з сечею знаходяться в межах норми.

В кінці вагітності відбувається затримка натрію в позаклітинній рідині, що підвищує її осмолярність. Однак оскільки вміст натрію в плазмі крові вагітних такий же, як і у невагітних, осмотичний тиск залишається без істотних коливань. Калій, на противагу натрію, в основному знаходиться всередині клітин. Підвищений вміст калію сприяє проліферації тканин, що особливо важливо в гестаційний період для таких органів, як матка [4, 10].

У деяких жінок під час неускладненої вагітності спостерігається ортостатична протеїнурія. Це може бути зумовлено стисненням печінкою нижньої порожнистої вени і маткою ренальних вен [84, 123].

Іноді під час вагітності виникає глюкозурія. Глюкозурія вагітних не є ознакою цукрового діабету, адже у таких жінок порушення вуглеводного обміну відсутні і вміст глюкози в крові знаходиться на нормальному рівні. Швидше за все, причиною глюкозурії вагітних є збільшення фільтрації глюкози [10, 88].

Значна глюкозурія вагітних нерідко веде до небезпечних наслідків: може викликати осмотичний діурез, який призводить до гіповолемії та периферійної вазоконстрикції, а також створювати схильність до інфекцій сечовидільних шляхів, враховуючи до того ж підвищену екскрецію лактози, фруктози, рибози та інших цукрів [10, 88, 103].

Поряд з глюкозурією може спостерігатися і лактозурія, внаслідок підвищення концентрації лактози в крові матері. Необхідно відмітити, що лактоза, на відміну від глюкози, не поглинається каналцями нирок [84].

Вагітність виражено впливає на топографію і функцію суміжних з маткою органів. В першу чергу це стосується сечового міхура і сечоводів. З ростом вагітної матки відбувається компресія сечового міхура. До кінця вагітності дно сечового міхура переміщається вгору за межі малого таза [87, 90].

Стінки сечового міхура гіпертрофуються і знаходяться в стані підвищеної гіперемії. Сечовід гіпертрофується і дещо подовжується. Іноді

спостерігається розвиток гідроуретера, частіше справа. Причиною більш частого правостороннього гідроуретера є та обставина, що для вагітної матки характерна ротація вправо, стискаючи при цьому правий сечовід та притискаючи його до безіменної лінії [92, 96].

Основною причиною дилатації сечових шляхів є гормональні чинники (продукція прогестерону жовтим тілом та, в подальшому, плацентою починаючи з 12 тижнів вагітності) та зниження тонузу ниркових лоханок та сечоводів. Такий ефект посилюється механічним здавленням сечовивідних шляхів вагітною маткою. Їх зміщення та розтягнення супроводжується вкороченням частини сечоводів, що знаходиться у сечовому міхурі, внаслідок чого зростає частота міхурово-сечовідного рефлюксу. Такі зміни можуть призводити до зростання частоти інфекційних уражень сечових шляхів при вагітності [14, 103].

Розширення чашково-мискової системи і сечоводів спостерігається переважно в 2 половині вагітності у 80 - 90% вагітних [74, 76, 90].

В основному розширюються сечоводи в верхніх 2/3, досягаючи іноді 20-30 мм в діаметрі. Як правило, сечовід у верхній третині петлеподібно згинається, а нижні їх відділи відхиляються від середньої лінії назовні.

Таким чином, чашко-мискова система під час вагітності завжди розширена, а сечоводи не тільки розширюються, але й стають подовженими та звивистими, як спіралі [14, 74, 93].

Правий сечовід в 3- 4 рази частіше схильний до виражених змін у зв'язку з декстропозицією вагітної матки [105]. Асиметрія ураження пов'язана також з неоднаковим перегином сечоводів через клубові судини. Правий сечовід перехрещує клубові артерії і вени майже під прямим кутом, тоді як лівий перетинає спочатку артерію, а потім вену. Верхні сечовивідні шляхи зліва страждають при вагітності рідше ще й тому, що вони захищені від тиску збільшеної матки петлею сигмовидної кишки. Причиною більш частих змін сечового тракту справа є варикозне розширення вен правого яєчника сплетення, що перетинає здавлений правий сечовід на рівні I

поперекового хребця. Починаючи з 10 - 12 тижнів і майже до 30 - 32 тижнів вагітності спостерігається поступова втрата м'язового тону сечоводів і зниження їх скорочувальної активності, однак безпосередньо перед пологами ці зміни стабілізуються. У розвитку гідроуретеронефрозу [93] при вагітності має значення і нефроптоз, більш виражений також справа і пов'язаний із загальним спланхноптозом, що виявляється аж в кінці вагітності. Однак, незважаючи на різко виражений двосторонній гідроуретеронефроз, суб'єктивні симптоми у більшості вагітних відсутні.

Losada L. [97] стверджує, що вкрай рідко зустрічаються випадки повної обструкції сечоводів на фоні вагітності, що призводить до розвитку гострої ниркової недостатності [25, 72]. Розширення сечоводів більш виражені у жінок, які народжують вперше, внаслідок більшої пружності черевної стінки.

У вагітних ритмічні скорочення сечоводів спостерігаються через кожні 5 - 15 сек., причому неоднакові на обох сторонах (в нормі - через 3 - 5 сек.). У 59% вагітних тонус сечоводів нормалізується до кінця 2-го тижня після пологів; у 34% - протягом 6 тижнів, а у решти 7% - протягом 12 тижнів після пологів. За даними вітчизняних авторів [14] - в середньому до кінця 16-го тижня після пологів. Якщо після зазначеного терміну сечоводи залишаються розширеними, необхідне урологічне обстеження для виявлення патології.

Кровонаповнення матки відбивається на функції сечового міхура [4, 102, 115]. Доволі часто у вагітних з'являються дизуричні явища [22]. У 20 - 25% вагітних дизурія з'являється в перші тижні вагітності (коли матка ще не створює механічного тиску). Якщо, з якихось причин вагітність переривається, - дизурія зникає. Ємкість сечового міхура при вагітності збільшується, починаючи з IV місяця і досягає максимуму на VIII місяці вагітності - до 500 - 800 мл. У літературі описують ємність сечового міхура до 2000 мл. Вагітна матка зазвичай зміщує сечовий міхур разом з міхурово-матковою зв'язкою в праву сторону. Змінюється і форма сечового міхура.

Травматизація сечового міхура під час пологів. Ступінь травми залежить від ряду факторів, але головним є тривалість здавлення голівкою плоду передньої стінки таза, а саме, сечового міхура [4, 112].

Сечівник вагітної жінки також зазнає ряд змін. Під час вагітності відбувається набряк та венозний застій, подовження і зміна напрямку сечівника, збільшення його діаметра (в півтора - два рази), а також згладжування кута міхурово-уретрального сегмента [14, 31, 122].

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 [89, 120]. Як відомо, естрогени є жіночими гормонами "молодості", так як вони покращують кровопостачання уретри та сечового міхура, збільшують (підвищують) еластичність сполучної тканини та гладком'язових волокон, з яких складається стінка уретри, забезпечують наявність слизу в просвіті уретри, для підтримки адекватного внутрішньо-уретрального тиску [2, 10, 25, 134]. 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 [4, 7, 14].

Усі ці зміни і стають причиною розвитку інконтиненції різного виду та тяжкості.

У роботах Walková R. і співавт. [81] була показана частота симптомів НС в 19,9% випадків у жінок з першою вагітністю ($n = 352$) і в 24,1% випадків у повторновагітних жінок ($n = 290$). У дослідженні Gallo P. і співавт. приймали участь 43 279 жінок на терміні вагітності 30 тижнів. Автори виявили підвищення поширеності симптомів НС під час вагітності до 58% випадків [149].

Таким чином, більшість авторів вважають вагітність і пологи провідними факторами ризику, що сприяють розвитку симптомів порушення сечовипускання [99, 104, 124, 128, 129, 136, 140, 149, 150, 154]. Статистично значущими факторами ризику при цьому є вік жінки, кількість та ускладнення попередніх пологів, вага новонародженого, а також індекс маси тіла [106, 125, 134, 153].

1.4. Варіанти порушень сечовипускання під час вагітності та їх корекція

Під час гравідарного періоду можна виявити наступні види порушень евакуації сечі з сечового міхура [1, 8, 11, 14, 15, 21, 23, 56, 67, 98, 108, 153]:

1. Істинне нетримання сечі:

а) стресове нетримання сечі (нетримання сечі при напрузі - підтікання сечі при фізичному навантаженні - під час кашлю, сміху, бігу - без імперативних позивів на сечовипускання):

- патологічна рухливість шийки сечового міхура (основна причина - недостатність тазового дна),
- патологія сфінктера сечового міхура (може бути вродженою чи набутою - внаслідок травм або уражень крижового відділу спинного мозку)
- комбінована патологія;

б) ургентне нетримання сечі (неутримання сечі - підтікання сечі внаслідок нестримного позиву на сечовипускання [14, 67].

- гіперрефлексія -гіперактивність сечового міхура (ГАСМ):
 - ідіопатична (нестабільність детрузора);
 - нейрогенна (гіперактивність детрузора);

Позиви до сечовипускання при ГАСМ можна розділити на наступні види:

- *сильний позив, який наростає поступово;

*ургентний, що виникає раптово.

Стримати бажання спорожнити сечовий міхур дуже складно, але в першому випадку це викликано переповненням сечового міхура рідиною, а в другому - раптовим позивом без переповнення.

- нестабільність уретри (мимовільна уретральна релаксація - пов'язана або не пов'язана з гіперрефлексією сечового міхура);

в) змішане нетримання сечі.

2. Парадоксальна ішурия (нетримання сечі внаслідок переповнення, основна причина - зниження скоротливої активності детрузора внаслідок інфравезикальної обструкції будь-якого генезу, ураження сакрального відділу спинного мозку, після операцій на органах малого таза та ін.).

3. Дивертикули сечівника.

4. Неконтрольоване розслаблення сечівника.

5. Утруднене сечовиділення.

6. Транзиторне нетримання сечі (основні причини: гострий цистит, атрофічний уретрит або вагініт, алкогольна інтоксикація, прийом діуретиків, тривалий прийом препаратів з антихолінергічною дією - антигістаміни, антидепресанти, антипсихотичні, антипаркінсонічні, прийом а-адреноблокаторів, антагоністів кальцію, порушення дефекації кишечника).

Анатомічні структури, таутворюють дно черевної порожнини, складають, так звану, тазову діафрагму. Органи, які знаходяться в порожнині малого таза - сечовий міхур, уретра, матка, пряма кишка і анус, - тісно пов'язані між собою. При відсутності анатомічних і неврологічних змін, тазові органи займають нормальне положення та конфігурацію, в іншому випадку нормальні анатомічні взаємовідносини органів малого таза порушуються, що в тій чи іншій мірі відображається на функціонуванні сусідів [14, 31, 32, 59, 80, 82, 84, 85, 128].

Для вагітних жінок із стресовим, ургентними або змішаним нетриманням сечі початкове лікування повинно включати [65, 118, 123]:

◇ відповідні рекомендації щодо зміни способу життя;

◇ виключити продукти, що подразнюють сечовий міхур: всі цитрусові; страви з оцтом; продукти з вмістом молока; їжу, що містить підсилювачі смаку і аспартам; шоколад та кофеїн; спеції; томати.

◇ виконання фізичних вправ - навчання (під керівництвом лікаря) по тренуванню м'язів тазового дна, тренування сечового міхура для лікування гіперактивного сечового міхура;

◇ поведінкову терапію;

◇ зниження маси тіла.

У післяпологовому періоді також використовуються фізіотерапевтичні процедури за конкретними показами лікаря [3, 6, 9, 11, 65]. Розроблено та протестовано кілька методик, які спрямовані на реалізацію таких моментів:• зміцнення м'язів, зв'язок, сполучної тканини малого тазу;• поліпшення кровообігу в області сечового міхура;• боротьба з застійними явищами в навколишніх тканинах [83, 85, 94].

Безліч немедикаментозних методів, таких як поведінкова терапія і реабілітація м'язів тазового дна (найбільш часто вживана назва - «вправи Кегеля»), можуть також сприяти поліпшенню контролю над сечовипусканням. Головними складовими поведінкової і реабілітаційної терапії в лікуванні інконтиненції є: контроль над кількістю і частотою прийнятої рідини, «тренування та навчання» сечового міхура і виконання вправ по зміцненню м'язового апарату тазового дна. Ведення щоденника, де фіксується час і кількість прийнятої рідини, допомагає скорегувати урологом проблеми пов'язані з питним режимом. Рекомендоване споживання рідини становить не більше 1,5 л в день, включаючи об'єм рідини, що міститься в продуктах харчування. Однак даних, щодо ефективності використання вищевказаних методів під час вагітності, а надто, і ускладнень від їх призначення, обмаль.

Поведінкова терапія

Поведінкова терапія являється першим кроком у лікуванні будь-якого типу порушень сечовипускання. Вона включає в себе навчання паці-

ента принципам роботи нижніх відділів сечовивідного тракту, усунення факторів ризику, ведення щоденників сечовипускання, дотримання режимів пиття та діурезу, а також використання комплексу вправ для зміцнення м'язів тазового дна та навчання за допомогою методики біологічного зворотного зв'язку [L. Wood, 2014]. У невагітних жінок доведено ефективність поведінкової терапії в зниженні епізодів ургентного нетримання сечі до 57% [158].

Поведінкова терапія може розглядатися як первинна, вторинна і третинна профілактика розвитку НС [7, 41]. Первинна профілактика спрямована на зменшення факторів ризику. Вторинна - на виявлення симптомів на ранній стадії захворювання, запобігання їх розвитку і поліпшення прогнозу. Третинна профілактика включає в себе попередження рецидивів або переходу захворювання в хронічну форму [3, 7, 84, 125, 131, 151, 139].

Проте досліджень, присвячених оцінці ефективності вправ для м'язів тазового дна під час вагітності, недостатньо. У ряді робіт не зазначено негативного впливу спеціальних вправ на перебіг вагітності і пологів [7, 60, 89, 105]. Навпаки, показано зниження частоти важких травм промежини під час пологів, дискоординації родової діяльності і кількості операцій кесаревого розтину у жінок, що виконують вправи для м'язів тазового дна під час вагітності [74, 77, 79, 97].

Однак, згідно даних багатьох науковців, при регулярному їх виконанні знижується тяжкість і інтенсивність симптомів НС [91, 109, 120, 122, 127, 137, 139]. При відсутності протипоказань, дослідники рекомендують починати виконання комплексу вправ з 20 тижня вагітності. Протипоказаннями до проведення комплексу вправ є гострі або загострення хронічних захворювань, патологія вагітності, багатоплідна вагітність, високий ризик невиношування вагітності і передчасних пологів, інфекційні захворювання сечостатевого тракту [9, 71, 82].

Тренування м'язів сечового міхура. [4, 39, 53, 57, 61, 65, 105, 109, 110, 137].

Метод має на увазі відвідування туалету з метою сечовипускання строго за встановленим і узгодженим з лікарем розкладом сечовипускань - пацієнтам рекомендується відвідувати туалет кожні годину або дві на протязі всього дня. В подальшому призначається прогресивне підвищення інтервалу між сечовипусканнями - на 15-30 хвилин протягом кожного тижня. Немало важливою є сама методика відвідування туалету - не відразу ж бігти в туалет, як тільки з'явилося відчуття позиву до сечовипускання, а навпаки, почекати - посидіти або постояти спокійно, безперервно контролюючи при цьому роботу м'язів тазового дна. Неабияку користь мають розслаблюючі і відволікаючі техніки, такі як математичний рахунок про себе або глибоке розмірене дихання [7, 41].

Основа клінічного використання вправ для тазових м'язів у хворих з гіперактивним сечовим міхуром - наявність анально-детрузорного і уретрально-детрузорного рефлексів (рефлекторне гальмування скорочувальної активності детрузора при довільних скороченнях зовнішніх анального і уретрального сфінктерів). Рекомендують виконувати 30-50 скорочень в день тривалістю від 1 до 15-20 с. Завдання методу біологічного зворотного зв'язку - придбання пацієнтом вміння скорочувати специфічні м'язові групи під самостійним контролем [42, 57, 65, 95, 110]. Недоліками поведінкової терапії є такі:

- існує мало даних про тривалість позитивної динаміки, а також про те, як довго пацієнти здатні дотримуватися умов терапії;

- лікування за методом поведінкових реакцій обмежується тим, що воно залежить від активної участі в ньому пацієнта, який бажає лікуватися (тобто цінність даного методу може бути обмежена у пацієнтів з психічними дефектами, а також при відсутності мотивації до лікування).

Наступні методи лікування інконтиненції є досить ефективними, однак вони не використовуються в гравідарному періоді [48, 74, 75, 83, 86, 107, 112, 113, 115, 129, 135, 148]: електрична стимуляція уретрального і анального сфінктерів; м'язів тазового дна; волокон n. pudendus і n. tibialis;

корінців сакрального відділу спинного мозку, хірургічне лікування - зближення сідничного-печеристих м'язів; сакральна, пудендальна невротомія; спиртові блокади; цистолізис; тривале розтягнення чи охолодження сечового міхура (ендовезикальний метод); блокада крижових, статевих нервів лідокаїном; відведення сечі через надлобкову норичю / піелостому; міектомія; кишкова пластика. [4, 16, 23, 65, 106, 149, 153], фармакотерапія.

Основна мета фармакологічної терапії - усунення провідних симптомів, що безпосередньо пов'язано з поліпшенням уродинамічних показників: зниженням активності детрузора (шляхом фармакологічного пригнічення скоротливості сечового міхура в фазу наповнення, зниження афферентної імпульсації), збільшенням функціональної ємності сечового міхура.

Вимоги до препаратів для фармакологічної корекції це селективність впливу на сечовий міхур; хороша переносимість; можливість тривалої терапії; ефективний вплив на основні симптоми.

Мішенями лікарського впливу є гладком'язові клітини сечового міхура і детрузора, еферентні (моторні) нерви, аферентні нерви і центральна нервова система.

Зв'язок гіперактивності детрузора з підвищенням активності парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи доведений і пояснює лікувальний ефект застосування блокаторів периферичних мускаринових холінорецепторів [77, 85]. На їх фоні вплив парасимпатичної ланки слабшає, а симпатичного - зростає, внаслідок цього знижується внутрішньоміхуровий тиск; знижуються або придушуються некоординовані скорочення детрузора; збільшується ефективна ємність сечового міхура; поліпшується адаптаційна функція детрузора. М-холіноблокатори - препарати вибору в лікуванні даного стану [4, 6, 79, 111, 116].

В даний час при ургентному нетриманні сечі застосовуються такі м-холіноблокатори: оксибутинін, толтеродин - лікарський засіб з антимускариновою дією [65, 136, 144], соліфенацин [27, 54], тропісія хлорид. В даний час стає цікавим використання в терапії гіперактивного сечового міхура β -

адреноміметиків (мірабегрон) [45, 50, 54, 127, 141, 146]. Однак медикаментозну терапію не використовують як I лінію терапії ГАСМ під час вагітності через токсичність впливу на плід та надто малу кількість якісних рандомізованих досліджень [15, 95, 98].

Новим словом у менеджменті пацієнтів із синдромом гіперактивного сечового міхура є терапія ботуліністичним анатоксином, ін'єкції якого можна призначати під час вагітності за даними деяких науковців [42, 43, 49].

За даними корейських лікарів, підвищене споживання вітаміну D, калію і протеїну веде до достовірного зниження ризику виникнення ГАСМ. Науковці приводять достовірні докази зниження ризику виникнення при збільшенні прийому вітамінів B₃ (нікотинамід) і B₆ (піридоксин) [Choon S., 2014]

Матеріали, представлені в даному розділі дисертації, відображені у науковій статі у фаховому журналі, який рекомендований ДАК МОН України [Костюк І.Ю., Чайка Г.В. Нетримання сечі у жінок репродуктивного віку // Вісник Вінницького національного медичного університету.- №1, ч.2(Т.21) - 2017 – с. 342 – 346] (стаття входить до міжнародної науково метричної бази Google Scholar)

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Матеріали дослідження

Під час виконання даного дослідження були дотримані етичні норми, детально викладені у діючій редакції 02,0 Хельсінкської декларації Всесвітньої медичної асоціації, Гонконг, 1989 р.

Наукова робота виконана на базі кафедри акушерства і гінекології №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. Набір клінічних даних був здійснений на базі ВМКПБ №1 та міської лікарні «Центр матері та дитини».

У відповідності до мети та завдань дослідження на базі науково-дослідного центру Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова в рамках загально-університетської наукової програми «Дослідження репродуктивного потенціалу і вирішення проблем збереження здоров'я жінки» № державної реєстрації 0106U000258, проведено антропометричне (комплексне) обстеження вагітних жінок м. Вінниці згідно схеми вікової періодизації онтогенезу людини, яка була прийнята на VII Всесоюзній конференції з проблем вікової морфології, фізіології та біохімії АПН СРСР [Просветова С.А. К вопросу о соотношениях соматотипа и генотипа в различных возрастных группах //Сб. научных тр.: Новости спортивной и медицинской антропологии.- М., 1990.- Вып.1.- С. 128-130.].

Для дослідження відбирались вагітні жінки різних соматотипів із порушеннями сечовипускання, що проживали на території м. Вінниці та не мали будь-яких хронічних захворювань у анамнезі, які були опитані за спеціальним алгоритмом, що відбиває клініко-соціальну характеристику, анамнестичні дані, наявність супутніх гінекологічних та соматичних захворювань і факторів ризику розвитку екстрагенітальної патології.

Для подальшого поглибленого дослідження були обрані антропометричні та соматотипологічні особливості вагітних, бактеріологічні дослідження сечі та вагінального вмісту, показники ультразвукової діагностики внутрішніх статевих органів та замикального апарату уретри, оцінка рівня статевих гормонів та щитоподібної залози (для виключення з дослідження можливої тиреоїдної причини порушень сечовипускання).

Відповідно до мети та завдань дослідження на базі Вінницького клінічного пологового будинку №1, міської лікарні «Центр матері та дитини» в усній формі було опитано близько 1600 вагітних жінок на предмет наявності скарг на порушення сечовипускання будь-якого типу. В рамках первинного анкетування було відібрано біля 950 вагітних жінок різного віку, паритету та різних соматотипів, основними скаргами яких були порушення сечовипускання. Клінічне обстеження пацієнток проводили за запропонованою спеціально розробленою анкетною (див. додаток А), яка включала перш за все детальний збір анамнестичних даних. У всіх пацієнток ретельно вивчався анамнез – перенесені захворювання, генетична детермінація, соціально-побутові умови, умови праці тощо.

Всі жінки були заздалегідь поінформовані про запланований обсяг досліджень та дали згоду на їх проведення. Обстеження та подальше спостереження за пацієнтками здійснювалося протягом 3 років (2016 – 2018 рр.).

Після первинного анкетування було відібрано 526 вагітних жінок різного віку різних соматотипів із порушеннями сечовипускання, які не мали хронічних захворювань у анамнезі. В ході індивідуальної предметної деталізації було встановлено, що 125 вагітних не мали порушень сечовипускання, оскільки їх симптоматика мала фізіологічний характер змін під час вагітності. Ці вагітні не потребували подальшого динамічного спостереження, тому були виключені з дослідження. Після проведення скринінг-оцінки стану здоров'я було виключено з обстеження ще 83 вагітних. Після аналізу додаткового урологічного опитувальника - ДРИП-тесту - 318 об-

тежених різного віку та різних соматотипів, було виявлено у 114 вагітних стресове нетримання сечі, змішане нетримання сечі у 83 жінок та 121 вагітну з ГАСМ.

У зв'язку з переважанням ГАСМ серед інших типів порушень сечовипускання, було вирішено спрямувати наукову роботу на подальше спостереження та динамічне дослідження саме цієї когорти вагітних. Відповідно до критеріїв виключення було відібрано 102 вагітних, які страждають на ГАСМ.

На доклінічному етапі вагітні пройшли психофізіологічне та психогігієнічне анкетування для визначення суб'єктивного стану здоров'я.

В ході перебігу вагітності було виключено з обстеження 7 вагітних жінок, у яких було діагностовано акушерську патологію в динаміці вагітності, ускладнення в пологах та в післяпологовому періоді. Ще 6 вагітних не дотрималися схеми обстеження, а у 14 вагітних при повторному обстеженні через 4 місяці скарг не було виявлено, що свідчить про транзиторність стану, тому усі їхні дані були виключені з опрацювання та подальшої оцінки.

Таким чином, було сформовано 2 основні клінічні групи:

I група - 75 вагітних жінок з клінічними ознаками гіперактивного сечового міхура.

Контрольна група - 60 вагітних жінок без ознак синдрому гіперактивного сечового міхура.

Критеріями включення в групу з ГАСМ були фертильний вік, вагітність і лактація, наявність симптомів ГАСМ: полакіурія (більше 8 разів на день), ургентні позиви (більше 3 на добу), ноктурія (більше 1 разу за ніч) протягом 3 місяців і більше, наявність у пацієнтки ургентних позивів до сечовипускання з нетриманням сечі або без нього (ступінь 3 або 4) протягом 3 днів за даними щоденника обліку сечовипускань.

Усім пацієнткам було проведено консультацію невролога та гастроентеролога для виключення з дослідження пацієнтів з профільною соматичною патологією, здатною спричинити симптомокомплекс ГАСМ.

Критерії виключення: хронічні захворювання в стадії декомпенсації, цукровий діабет 1 і 2 типу, злоякісні новоутворення будь-якої етіології в даний час, променева терапія органів малого тазу в анамнезі, стресове нетримання сечі, сечокам'яна хвороба, опущення та випадіння органів малого тазу - цисто та ректоцеле будь-якого ступеню, наявність в анамнезі оперативних втручань на сечовивідних шляхах та органах малого тазу, жінки, що використовують неефективні методи контрацепції (вагінальні конуси, свічки, гелі, креми), алкогольна та наркотична залежність, гіперчутливість або алергічні реакції в анамнезі до антибактеріальних препаратів, лікування м-холіноміметиками, тренування сечового міхура і м'язів тазового дна, електростимуляція, будь-які ускладнення вагітності, пологів та післяпологового періоду.

Комісією з біоетики Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (протокол від 16.11.2016р.) встановлено, що проведені дослідження відповідають етичним та морально-правовим вимогам наказу МОЗ України №281 від 01.11.2000 р.

2.2. Методи дослідження

У даній роботі проведено поетапне комплексне діагностичне обстеження всіх пацієнток, що включає:

I. Загальноклінічне дослідження (збір скарг, анамнезу, загальний огляд)

II. Спеціальні методи:

1. Антропометричне дослідження та визначення компонентів соматотипу.

2. Реєстрація ритму добового сечовипускання і об'єму сечі за допомогою щоденників сечовипускання.

3. Бактеріоскопічне дослідження (мікроскопія виділень шийки матки, піхви, уретри).

4. Посів виділень піхви та сечі на флору і чутливість до антибіотиків.

5. Ультразвукове дослідження жіночих статевих органів, сечового міхура та замикального апарату уретри під час вагітності та в післяпологовому періоді.

6. УЗ визначення обсягу залишкової сечі (PVR), кашльовий тест в модифікації Гарнець-Костюк.

7. Встановлення рівня статевих гормонів та тиреотропного гормону під час вагітності та після пологів.

8. Методи математичного аналізу результатів дослідження

В ході клініко-психологічної бесіди встановлювалися короткий анамнез захворювання, спадкову детермінанту НС, актуально психологічний стан, суб'єктивне пояснення його причин, приділялася увага відносинам всередині сім'ї пацієнтки і з протилежною статтю.

Усі вагітні були обстежені на 3 етапах: I - в I триместрі вагітності - в 12 тижнів, II - в III триместрі вагітності - в 36 тижнів, III - в 16 тижнів післяпологового періоду.

У зв'язку з поліетіологічністю факторів розвитку НС та, власне, ГАСМ, провести якісну діагностику порушень сечовипускання для жінок фертильного віку в умовах гравідарного періоду досить важко. Поступовий перехід світових підходів у менеджменті ведення різноманітних захворювань на методики персоніфікованої медицини продиктував необхідність диференційованого індивідуалістичного підходу в діагностиці проблеми гіперактивного сечового міхура. Такий комплексний підхід неможливий без оцінки соматотипологічних ознак та врахування онтогенезу індивідууму.

Відповідно до оновленої вікової схеми періодизації онтогенезу людини усі вагітні обох груп були розподілені на 3 підгрупи: I- до 25 років, II- 26-35 років, III -старше 35 років.

Загальноклінічне дослідження. Скарги пацієнтки в різні періоди вагітності. Обсяг втраченої протягом доби сечі зростає в міру розвитку захворювання і може коливатися від декількох крапель до втрати практично всієї добової сечі.

Діагноз встановлювали на підставі скарг, анамнезу, складеного щоденника сечовипускання і об'єктивного дослідження. Уточнювали особливості порушення сечовипускання, частоту і обставини епізодів підтікання сечі. Необхідно було дізнатися у пацієнтки час і причини їх появи, хід розвитку захворювання. Важливо було з'ясувати акушерський анамнез (кількість пологів, спосіб розродження, маса плода, ускладнення і ін.). Уточнювалися характер професійної діяльності, ступінь фізичних навантажень і факторів, що впливають на підвищення внутрішньо-черевного тиску (підйом вантажів, наявність хронічних захворювань кишечника і дихальних шляхів). Отримали інформацію про фактори ризику, в тому числі і спадкові, з'ясували попередні оперативні втручання на органах малого тазу.

Під час вагінального огляду оцінювався стан зовнішнього отвору уретри, слизової піхви і характер виділень. Звертали увагу на наявність атрофічних змін, характерних для естрогенної недостатності, при якій може знижуватися тонус уретри і її замикає функція. У спокої і при напруженні визначали положення передньої і задньої стінок піхви, шийки та тіла матки. Ослаблення зв'язкового апарату і міофасціальних структур призводить до таких патологічних змін, як уретроцеле, цистоцеле, ректоцеле і випадання матки.

Спеціальні методи:

В діагностиці нетримання сечі при нарузі проводять **спеціальні тести** - кашльовий і з прокладками.

Тест з прокладками (Pad-тест) може бути коротким (за 1 годину) і продовженим (за 24 години). Він дає кількісну оцінку втрати сечі і заснований на вимірюванні різниці у вазі сухої прокладки і після зазначеного вище терміну. Тест є позитивним, якщо різниця у вазі прокладок перевищує 1 г при проведенні годинного тесту і 4 г при проведенні 24-годинного тесту. Однак даний тест не є досить показовим під час вагітності, тому в роботі він не був використаний.

Реєстрація ритму добового сечовипускання за допомогою щоденників. Діапазон інтенсивності клінічної симптоматики розладів акту сечовипускання при ГАСМ у жінок був надзвичайно широким: від мінімального до вираженого прояву, коли порушення резервуарної функції СМ призводять до розладів всіх аспектів життя людини.

Об'єктивні та суб'єктивні симптоми гіперактивного сечового міхура оцінювалися шляхом використання результатів опитування хворих про якість життя, інтенсивність дизуричних симптомів, особливість скарг та даних анамнезу.

Реєстрація ритму спонтанних сечовипускань – єдиний об'єктивний метод неінвазивного визначення здатності сечового міхура до накопичення та утримання сечі та оцінки рефлекторної збудливості.

Пацієнтці було запропоновано заповнити спеціальний щоденник сечовипускань (див. додаток А), де відображаються всі фізіологічні і патологічні зміни акту сечовипускання протягом 3 діб і більше у звичних домашніх умовах. У щоденнику вказується частота сечовипускань, виділений обсяг за одне сечовипускання, кількість епізодів нетримання сечі і використаних прокладок, а також добове споживання рідини. Щоденник дозволяє отримати об'єктивну і достовірну інформацію про кількість сечовипускань і обсяг виділеної сечі, розподіл загального діурезу на денні та нічні години.

Пацієнтки заповнювали щоденник сечовипускання, починаючи з моменту пробудження і до моменту пробудження на наступну добу. При цьому пацієнтки відзначали час засинання, що давало можливість визначи-

ти кількість сечовипускань, ургентних позивів і епізодів НС протягом доби. Вагітні були детально проінструктовані щодо правильного заповнення щоденника сечовипускання, було рекомендовано не змінювати звичайний розпорядок дня та питний режим.

Крім аналізу щоденника сечовипускань, обов'язковим елементом обстеження була об'єктивізація симптомів за допомогою опитувальників і анкет.

ДРИП-тест – це тест-опитувальник, в основі якого лежить модифікована суб'єктивно-об'єктивна методика оцінки нетримання сечі. Такий тест дозволяє пацієнту самостійно (або з лікарем) виявити дизуричну проблему та встановити тип інконтиненції (див. Додаток А).

Методи антропометричного дослідження. Основним методом вивчення особливостей статури людини є антропометрія, виконана відповідно до вказівок В.В. Бунака, детально описана Мартиросовим Е.Г. [18].

Антропометричне обстеження містило в собі визначення тотальних (довжини та маси тіла) і парціальних розмірів – обхватних, поперечних, передньо-задніх і товщини шкірно-жирових складок (див. додаток А). Розрахунковим шляхом визначалася площа поверхні тіла за методикою Дю Буа [18]:

$$S = m 0,425 \times H 0,725 \times 0,007184,$$

де, m – маса тіла (кг);

H – довжина тіла (см).

Вимірювали п'ятнадцять обхватних розмірів: грудної клітки (при паузі, глибоких вдиху та видиху), плеча (при максимальній напрузі та в розслабленому стані), передпліччя (у верхній та нижній частині), стегна, гомілки (у верхній та нижній частині), шиї, талії, стегон, стопи, кисті. Вимірювання проводилися по найбільшому чи найменшому обводу вимірюваних об'єктів, при розслаблених м'язах.

Визначали ширину дистальних епіфізів:

- плеча (найбільша відстань по горизонталі між зовнішнім і внутрішнім надвиростками плечової кістки);
- передпліччя (найбільша відстань по горизонталі між шилоподібними відростками променевої та ліктьової кістки);
- стегна (найбільша відстань по горизонталі між внутрішнім і зовнішнім надвиростками стегнової кістки);
- гомілки (найбільша відстань по горизонталі між зовнішньою та внутрішньою кісточками гомілки).

Для визначення складу маси тіла рекомендують вимірювати товщину жирових складок так:

- 1) під нижнім кутом лопатки складка вимірюється в косому напрямку (зверху вниз, зсередини назовні);
- 2) на задній поверхні плеча складка вимірюється при опущеній руці у верхній третині плеча (область триголовий м'язи, ближче до її внутрішнього краю) - складка береться вертикально;
- 3) на передній поверхні плеча складка вимірюється у верхній третині внутрішньої поверхні плеча (область двоголового м'яза, складка береться вертикально);
- 4) на передневнутренній поверхні в найбільш широкому місці - складка береться вертикально;
- 5) на передній поверхні грудей складка вимірюється під грудним м'язом по передній пахвовій лінії - складка береться в косому напрямку (зверху вниз, зовні всередину);
- 6) на передній стінці живота складка вимірюється на рівні пупка справа на відстані 5 см - береться вертикально;
- 7) на стегні складка вимірюється в положенні сидячи, ноги зігнуті в колінних суглобах під прямим кутом - складка вимірюється у верхній частині стегна на переднелатеральній поверхні паралельно ходу пахової складки, трохи нижче її;

8) на гомілки складка вимірюється в тому ж вихідному положенні, що і на стегні - береться майже вертикально на заднелатеральній поверхні верхньої частини правої гомілки на рівні підколінної ямки;

9) на тильній поверхні кисті складка вимірюється на рівні головки третього пальця. Товщину підшкірного жирового шару визначають як $1/2$ від середньої величини всіх вимірювань.

Всі антропометричні виміри проводилися на правій половині тіла. Лише ширину дистальних епіфізів кінцівок визначали зліва. Обхватні розміри тіла вимірювали сантиметровою стрічкою з точністю до 0,5 см, після кожних 100 вимірів стрічку змінювали. Штангенциркулем робили вимір ширини дистальних епіфізів з точністю до 0,01 см. Товщину шкірно-жирових складок вимірювали циркулем-каліпером. Маса тіла визначали на спеціальних медичних вагах з точністю до 0,1 кг через 3-4 години після їжі. Довжину тіла вимірювали за допомогою спеціально сконструйованого універсального дитячого антропометра, з точністю до 0,5 см.

За допомогою даного приладу визначали висоту п'яти антропометричних точок: - верхньогрудинної – знаходиться на середині краю яремної вирізки рукоятки грудини; - акроміальної (плечової) – зовнішня точка акроміону; - пальцевої – відповідає найнижчій точці кінцевої фаланги третього пальця; - лобкової – відповідає верхньому краю лобкового симфізу; - вертлюгової – відповідає великому вертлюгу стегнової кістки.

Зовнішню пельвіометрію виконували тазоміром (великий товстотний циркуль) за загальноприйнятою методикою. Визначали чотири основних розміри таза: три поперечних (у положенні лежачи на спині, ноги разом і витягнуті) і один сагітальний (у положенні лежачи на боку) та чотири додаткових: - міжостьова відстань – відстань між передньовіршніми остями клубових кісток; - міжгребнева відстань – відстань між найбільш віддаленими точками гребенів клубових кісток; - міжвертлюгова відстань – відстань між великими вертлюгами стегнових кісток; - зовнішня кон'югата – зовнішній прямий розмір таза; - прямий і поперечний розмір крижового

ромбу; - вимір променево-зап'ясного індексу; - бічні розміри таза – відстань між передньо-верхньою та задньо-верхньою остями одної сторони; - косі розміри таза – відстань між передньо-верхньою остю з одного боку та задньо-верхньою остю з іншого.

Визначення компонентів соматотипу. У даній науковій роботі ми використовували математичну схему соматотипування за Хіт-Картером. Відповідно до цієї схеми, під соматотипом розуміють прояв морфологічного статусу в даний момент часу. Соматотип визначається оцінкою, що складається з трьох послідовних чисел. Кожне число (бал) являє собою оцінку одного з трьох первинних компонентів статури, якими відзначаються індивідуальні варіації форми і складу тіла людини. Перший компонент – ендоморфний (тобто жировий) – характеризує ступінь розвитку жирової тканини. Другий компонент – мезоморфний (тобто м'язово-кістковий) – визначає відносний розвиток м'язів і кісткових елементів тіла. Третій компонент – екторморфний (тобто показник площі поверхні тіла) – визначає відносну витягнутість (лінійність) тіла.

Для визначення ендоморфного компонента (F) використовували формулу:

$$F = -0,7182 + 0,1451 \times (X) - 0,00068 \times (X^2) + 0,0000014 \times (X^3),$$

де X – сума шкірно-жирових складок на задній поверхні плеча, під лопаткою і верхньоклубовою.

Для визначення мезоморфного компонента (M) використовували формулу:

$$M = (0,858 \times EP + 0,601 \times ES + 0,188 \times OP + 0,161 \times OG) - H \times 0,131 + 4,50,$$

де EP – ширина дистального епіфіза плеча (см);

ES – ширина дистального епіфіза стегна (см);

ОП – обхват плеча в напруженому стані (см);

ОГ – обхват гомілки (см);

Н – довжина тіла (см).

Для визначення ектоморфного компонента (L) використовували формулу:

$$L=ЗВК \times 0,732 - 28,58,$$

де ЗВК – зросто-ваговий коефіцієнт, що визначається за формулою:

$$ЗВК = \frac{H}{\sqrt[3]{m}},$$

де Н – довжина тіла (см),

m – маса тіла (кг).

При цьому потрібно враховувати, що якщо ЗВК варіює від 40,75 до 38,25 то розрахунок здійснюється за формулою:

$$L=ЗВК \times 0,463 - 17,63,$$

а якщо $ЗВК \leq 38,25$, ектоморфія складає 0,1 бала.

Визначення компонентів маси тіла. Для визначення компонентного складу маси тіла використовували формули J. Matiegka [18].

Абсолютну кількість жирового компонента в масі тіла визначали за 1 формулою:

$$D=d \times S \times k,$$

де: D – загальна кількість жирового компонента (кг);

d – середня товщина шару підшкірного жиру разом зі шкірою (мм);

S – поверхня тіла (м²);

k – константа, рівна 1,3.

Середня товщина підшкірно-жирового шару у дівчаток обчислюється:

$$d = \frac{1}{2} \times \frac{d1 + d2 + d3 + d4 + d5 + d6 + d7}{7}$$

де $d1$ $d7$ – ТШЖС (мм) на плечі, передпліччя, спині, животі, стегні, гомілки, під лопаткою.

Для визначення абсолютної кількості м'язової тканини використовували 2 формулу:

$$M = H \times r^2 \times k / 1000,$$

де M – абсолютна маса м'язової тканини (кг);

H – довжина тіла (см);

r – середня величина радіусів плеча, передпліччя, стегна, гомілки в місцях найбільшого розвитку мускулатури за винятком шкірно-жирового шару (см);

k – константа, рівна 6,5.

Середню величину радіусів за винятком шкірно-жирового шару враховували по формулі:

$$r = \frac{C1 + C2 + C3 + C4}{\pi \cdot 8} - \frac{(d1 + d2) / 2 + d3 + d6 + d7}{80},$$

де $C1$ – окружність плеча (см);

$C2$ – окружність передпліччя у верхній третині (см);

$C3$ – окружність гомілки у верхній третині (см);

$C4$ – окружність стегна (см);

$d1$ – ТШЖС на задній поверхні плеча (мм);

d2 – ТШЖС на передній поверхні плеча (мм);

d3 – ТШЖС на передній поверхні передпліччя (мм);

d6 – ТШЖС на стегні (мм);

d7 – ТШЖС на гомілці (мм).

Абсолютну кількість кісткового компоненту визначали за формулою:

$$O = o^2 \times H \times k / 1000,$$

де O – абсолютна маса кісткової тканини (кг);

o^2 – квадрат середньої величини діаметрів дистальних частин плеча, передпліччя, стегна і гомілки;

H – довжина тіла (см);

k – константа, рівна 1,2.

Для визначення абсолютної кількості м'язової тканини згідно з рекомендаціями Американського інституту харчування використовували формулу:

$$TMM = H \times (0,0264 + 0,0029 \times AMA),$$

де TMM – маса м'язової тканини (кг);

AMA – площа м'язової тканини плеча (см²);

H – довжина тіла (см);

Морфотип дівчаток пубертатного віку визначався за допомогою масо-ростового індекса Кетле-2 за наступною формулою:

$$MPI = m / H^2,$$

де MPI – масо-ростовий індекс Кетле-2;

m – маса тіла (кг);

H – довжина тіла (м).

При значенні індексу Кетле-2 менше 18, вагітних відносили до астенічного морфотипу; від 18 до 25 – до нормостенічного морфотипу; більше 25 – до гіперстенічного морфотипу.

Ультразвукове дослідження жіночих статевих органів під час вагітності та в післяпологовому періоді. Ехографію на даний момент вважають ведучим методом дослідження в гінекології у зв'язку з безболісністю, безпечністю й необтяжливістю [37, 128, 134]. Висока роздільна здатність означає великі потенційні можливості ехографії в ендокринології (Запорожан, 2001) Ультразвукове дослідження жіночої репродуктивної системи проводилося за допомогою апарата УЗД "Vivid 7" фірми QE Medical Systems, США", (конвексний датчик 3,75 МГц).

При ультразвуковому дослідженні органів малого тазу рутинно визначалося положення матки стосовно інших тазових органів і стінок таза, її форма і розмір, співвідношення розміру тіла та шийки матки, термін вагітності та стан плоду. для виключення будь-якої патології, термін вагітності та стан плоду, а також інші показники, що входять до скринінгових I та III триместру вагітності (згідно наказу МОЗ України № 417).

УЗД яєчників і матки може допомогти поставити діагноз, оцінити резерви репродуктивної системи і ефективність проведеного лікування. Є декілька способів виконання процедури:

1. Трансабдомінальне УЗД проводиться датчиком, який розташовують на передній черевній стінці, додатково використовують спеціальний гель для поліпшення одержуваної картини. Це найбільш простий, але менш чутливий метод, так як ультразвукові хвилі, проникаючи до внутрішніх статевих органів жінки через всі шари черевної стінки, поглинаються цими тканинами і картинка виходить нечітка. Особливо важко провести УЗД у пацієток з підвищеною масою тіла, з надмірним газотворенням в кишечнику.

2. Метод трансвагінального УЗД рекомендується використовувати для більш детального дослідження. Через близькість датчика до об'єктів дослідження результати є більш достовірними.

Трансвагінальний метод дослідження є одним з достовірних способів діагностики жіночих органів малого тазу. Використання інтравагінального методу розширило межі діагностичних можливостей урологів, акушерів і гінекологів [37, 152].

Інформативність УЗД вагінального на порядок вище, на відміну від абдомінального дослідження. Вагінальне УЗД при вагітності на ранніх термінах дозволяє виявити проблеми та причини їх розвитку у плода [37, 128, 134, 152]. Даний метод дослідження проводився згідно наказу МОЗ України № 417.

Ехографічне дослідження проводили за загальноприйнятою методикою з визначенням положення і передлежання плода, частоти серцевих скорочень, біпаріетального розміру голівки, середнього діаметру грудної клітини і живота, довжини стегна плода. Після вимірювання основних фетометричних показників визначали локалізацію плаценти, її товщину і структуру, а також кількість навколоплідних вод – вертикальна кишень напколоплідних вод.

УЗД сечового міхура та замикального апарату уретри. Безпечним діагностичним дослідженням вважають трансвагінальне УЗД сечового міхура, що є альтернативою катетеризації та пальпації [37, 113, 134]. При УЗД визначали форму, положення, виявляють можливі патологічні зміни (дивертикули, камені і новоутворення). Ультразвукове дослідження сечового міхура та замикального апарату уретри проводилося за допомогою апарата УЗД "Vivid 7" фірми QE Medical Systems, США", (конвексні датчики 3,75 МГц та 7,5 МГц). Вагінальним датчиком 7,5 МГц, розташованим попереду піхви, оцінювали конфігурацію шийки сечового міхура, задній уретровезикальний кут, а також локалізацію і рухливість уретровезикаль-

ного сегмента по відношенню до лобкового симфізу в спокої і при напруженні.

У процесі дослідження оцінювали обсяг сечового міхура і залишкової сечі в ньому, товщину стінок, контури і тканини, що оточують його.

Volløysaug I. і співавт. [152], в огляді літератури, порівнювали різні шляхи ультразвуку для вимірювання товщини стінки сечового міхура, і вони дійшли висновку, що таке дослідження за допомогою трансвагінального датчика є найбільш доцільним. Qaseem A. та Dallas P. [113] порівняли вимірювання товщини стінки сечового міхура, отриманого звичайним ультразвуком, з автоматичним вимірюванням, яке виконується пристроєм BVM 6500. Хоча обидва показували хорошу відтворюваність, звичайне вимірювання показало найменшу варіацію і було більш надійним. Siegel S., Noblett K., Mangel J. et al. [129], порівнюючи різні способи виконання УЗД для вимірювання товщини стінки сечового міхура під час великого рандомізованого дослідження, виявили, що вагінальні вимірювання були більш надійними, ніж дані трансабдомінального ультразвукового дослідження.

УЗ визначення об'єму залишкової сечі (PVR). Залишкова сеча - це об'єм рідини, що залишається в сечовому міхурі відразу після завершення сечовипускання.

Оцінка об'єму залишкової сечі заснована на формулі:

$$\text{Об'єм (мл)} = \text{ширина (см)} \times \text{глибина (см)} \times \text{довжина (см)} \times 0,5$$

Вимірювання проводили 3 рази підряд та вибирали середнє значення.

Дослідження проводилося за допомогою спеціального портативного ультразвукового апарата BladderScan (Verathon, Великобританія) в положенні пацієнтки лежачи на спині для виключення наявності інфравезикальної обструкції.

Необхідні умови для вимірювання об'єму залишкової сечі: попереднє визначення залишкової сечі сечовипускання повинно бути здійснено з нормальним позивом до сечовипускання, в прийнятних оптимальних умовах

і звичній позиції для сечовипускання [112]. Максимальним допустимим інтервалом між сечовипусканням і самим вимірюванням є інтервал, що не перевищує 10 хвилин, відсутність порушення питного режиму або прийом сечігонних засобів. Відомо, що при застосуванні діуретиків, як і при значному водному навантаженні виділення сечі може зрости до 10 мл/хв. У даній ситуації за 10 хвилин в сечовому міхурі може зібратися до 100 мл сечі.

Кашльовий тест в модифікації Гарнець Ю. та Костюк І. Для оцінки кашльового тесту пацієнтка з заповненим сечовому міхуром, під час огляду акушер-гінекологом чи урологом на оглядовому гінекологічному кріслі, покашлює або натужується. Тест вважається позитивним, якщо відбувається мимовільне виділення сечі з сечівника.

Для більш ефективної оцінки втрати сечі та сфінктерної активності під час акту мимовільного сечовипускання лікарем ультразвукової діагностики було запропоновано оцінити ефективність кашльового тесту не на гінекологічному кріслі, а на кушетці під час УЗД. Отримавши більш інформативні результати протягом УЗД оцінки втрати сечі було вирішено використати таку модифікацію в подальших дослідженнях та працювати згідно даної методики.

Визначення гормонів в плазмі крові. Лабораторне обстеження вагітних жінок включало гормональний скринінг в різні триместри вагітності та в післяпологовому періоді за допомогою радіоімунологічного (RIA) та імуноферментного (ІФА) методів.

Естрадіол (E₂) – стероїдний гормон, який синтезується в клітинах фолікулів, жовтому тілі і плаценті під впливом ФСГ та регулює менструальний цикл. Циркулює в крові, в основному, в комплексі з секс-стероїдзв'язуючим глобуліном. E₂ впливає на розвиток і функції статевих гормонів і формування вторинних статевих ознак, а також на розвиток яйцеклітини. Вміст E₂ в крові змінюється протягом вагітності. I триместр:

215,0-4300,0 пг/мл; II триместр: 800,0-5760,0 пг/мл; III триместр: 1810,0-13900,0 пг/мл.

Пролактин секретується передньою долею гіпофіза під контролем допаміну (пригнічує секрецію), секретується гіпоталамусом. Нормативні значення: 4,79-23,3 нг/мл. Вагітність - I триместр: 23,5-94,0 нг/мл; II триместр: 94,0-282,0 нг/мл; III триместр: 188,0-470,0 нг/мл.

Прогестерон (Пг) – стероїдний гормон, який синтезується гранулярними клітинами і клітинами теки жовтого тіла в яєчниках, яєчках, надниркових залозах і плаценті з прегненолона, який утворюється з холестеролу, гранулярними клітинами і клітинами теки жовтого тіла. Нормативні значення в крові: I триместр: 11,2-90,0 нг/мл; II триместр: 25,6-89,4 нг/мл; III триместр: 48,4-422,5 нг/мл.

Тиреотропний гормон є глікопротеїном, який складається з двох субодиниць - ТТГ-а і ТТГ-р. Тиреотропін регулює функцію щитовидної залози. Діапазон нормальних значень ТТГ становить 0,3-4,0 мМО/л.

Тестостерон. Виробляється аденогіпофізом під контролем лютеїнізуючого гормону, регулюється шляхом негативного зворотного зв'язку гіпоталамусом і гіпофізом. У жіночому організмі тестостерон, впливаючи на психосексуальні центри центральної нервової системи, викликає підвищення лібідо. ТС впливає на нормальне дозрівання фолікулів, регулює діяльність сальних залоз, але в той же час тестостерон може знижувати рівень секреції вагінального секрету. При підвищенні рівня ТС у жінок зростає ризик розвитку атеросклерозу і цукрового діабету. Референтні значення: 0,290-1,67 нмоль/л.

Бактеріоскопічне дослідження із цервікального каналу, уретри піхви (UVC). Бактеріоскопія виділень визначається шляхом їх візуального огляду та бактеріоскопічного дослідження. При профілактичних оглядах і відсутності клінічних проявів гострого й хронічного запалення (що визначають при ретельному огляді зовнішніх статевих органів, піхви та шийки матки) обмежуються бактеріологічним дослідженням піхвової флори. Ма-

теріал для дослідження беруть шпателем, жолобчастим зондом або пінцетом із заднього склепіння піхви (до ручного дослідження). Наносять тонким шаром на предметне скло. Після висушування матеріалу предметні стекла направляють у лабораторію, де після фарбування мазка відповідними барвниками (гематоксиліном, еозином, метиленовим синім та ін.) їх розглядають під світловим мікроскопом. У піхвових мазках при мікроскопічному дослідженні знаходяться клітини поверхневого шару епітелію, лейкоцити, флора — палички Додерлейна, інші сапрофітні мікроорганізми.

Залежно від співвідношення цих елементів виділяють 4 ступеня піхвового вмісту:

I ступінь — одиничні лейкоцити, велика кількість лактобацил (паличок Дедерлейна), флора бідна, складається в основному з паличок;

II ступінь — лейкоцитів до 10 у полі зору, велика кількість лактобацил, флора помірна за кількістю;

III ступінь — лейкоцитів від 10 до 30 у полі зору, лактобацил мало, флора змішана, помірна;

IV ступінь — лейкоцити суцільно покривають поле зору, лактобацили відсутні, флора в основному кокова, значна за кількістю.

Бактеріологічні дослідження уrogenітального матеріалу. Для виключення інфекції уrogenітального тракту і можливості контамінації сечі досліджувалися виділення шийки матки і піхви, які базувалися на мікроскопії мазків.

Бактеріологічне дослідження проводилося зі збереженням загальноприйнятих умов: забір матеріалу проводився до початку лікування антибактеріальними імунобіологічними, протигрибковими препаратами; при контролі лікування (після закінчення курсу лікування): без застосування імунобіологічних препаратів через 5–7 днів; із застосуванням імунобіологічних препаратів не менш ніж через 14 днів; протягом трьох днів було виключено статеві контакти; протягом трьох днів вагітні уникали спринцювання і постановки вагінальних свічок, мазей, тампонів.

Дослідження виконувалось за стандартною методикою шляхом фарбування мазків 1% водним розчином метиленового синього і по Граму з використанням набору барвників виробництва BioMerieux (США). Мікроскопію проводили на світловому бінокулярному мікроскопі «Olympus» (Німеччина) з іммерсійним маслом під об'єктивом 100. При мікроскопії нативного матеріалу оцінювалися кількість лейкоцитів, еритроцитів і мікробних клітин в полі зору та встановлювали ступінь систоти флори піхви.

Посів сечі на флору та чутливість до антибіотиків виконувався усім пацієнткам для виключення безсимптомної бактеріурії та виявлення low-count бактеріурії. Для проведення посіву сечі на флору і чутливість до антибіотиків після туалету зовнішніх статевих органів вагітна самостійно збирала в стерильну пробірку середню порцію сечі в кількості 3-5 мл. Дослідження проводили класичним культуральним методом, шляхом посіву на поживні середовища з подальшою видовою ідентифікацією виділених мікроорганізмів методом часопротіної MALDI-TOF-MS на мас-спектрометрі AutoflexIII (Bruker, Germany) і за біохімічними показниками на автоматичному бактеріологічному аналізаторі Vitek2Compact (BioMerieux, Франція) з визначенням чутливості до антибактеріальних препаратів.

Ступінь бактеріурії, що не перевищує 10³ КУО (колонієутворюючих одиниць)/мл, як правило, свідчила про відсутність запального процесу і була результатом «контамінації». При ступені бактеріурії понад 10⁴ КУО/мл оцінювали наявність клінічних симптомів і лейкоцитарної реакції. Наявність істинної бактеріурії вважали при зростанні мікроорганізмів в титрі 10⁵ КУО/мл і вище.

Математичний аналіз результатів дослідження

Статистичний аналіз отриманих результатів проведено з дотриманням загальних рекомендацій для медичних і біологічних досліджень на персональному комп'ютері методами варіаційної статистики з використанням пакету статистичного аналізу Microsoft Excel та програми Statistica-5.5 фірми Statsoft (належить ЦНІТ ВНМУ ім. М.І. Пирогова, ліцензійний №

AXXR910A374605FA). з використанням параметричних і непараметричних методів оцінки отриманих результатів.

Дані кожної обстеженої жінки вносилися в спеціальну таблицю-матрицю, в якій дані внесені по вертикалі (колонки) відображали сукупність отриманих при вимірюваннях варіацій кожної окремо взятої ознаки, яка досліджувалася (антропометрична, соматотипологічна, гормональна, ехометрична), дані внесені по горизонталі (рядки) були ознаками кожного обстеженого індивідуума з записом номера анкети. Правильність розподілу ознак, середні значення по кожній ознаці, що вивчалася, стандартні помилки та відхилення оцінювалися за кожним з отриманих варіаційних рядів. Відмінності вважали достовірними при $p < 0,05$. Достовірність різниці значень між незалежними кількісними величинами визначали при нормальному розподілі за критерієм Стюдента, а також за допомогою U-критерія Мана-Уїтні у випадках малої вибірки.

Матеріали, представлені в даному розділі дисертації, відображені у науковій статті у фаховому журналі, яка рекомендована ДАК МОН України [Костюк І.Ю., Чайка Г.В. Нетримання сечі у жінок репродуктивного віку // Вісник Вінницького національного медичного університету.- №1, ч.2(Т.21) - 2017 – с. 342 – 346] (стаття входить до міжнародної наукометричної бази Google Schoar)

та 1 тези науково-практичної конференції.

Костюк І. Ю. Проблема порушення сечовипускання під час вагітності та у післяпологовому періоді. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Сучасні теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини» Одеського медичного університету. с.196

РОЗДІЛ 3

**ОСНОВНІ ЧИННИКИ РИЗИКУ МАНІФЕСТАЦІЇ СИМПТОМІВ
НЕТРИМАННЯ СЕЧІ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ І ПІСЛЯ
РОЗРОДЖЕННЯ ТА ОСОБЛИВОСТІ АНТРОПО-
СОМАТОТИПОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ПРИ СИНДРОМІ
ГІПЕРАКТИВНОГО СЕЧОВОГО МІХУРА**

3.1. Основні чинники ризику маніфестації симптомів нетримання сечі під час вагітності і після розродження при синдромі гіперактивного сечового міхура

При вивченні соціального статусу обстежених жінок було виявлено достовірно ($p < 0,001$) більше значення показника студентів в контрольній групі, в порівнянні з I групою жінок загалом. Було встановлено тенденцію ($p = 0,060$) до переважання працюючих в загальній групі жінок з ГАСМ - 54,7%.

У віковій групі до 25 років переважну більшість в обох групах становили студенти (95,2% та 77,8% відповідно), однак у обох групах жінок достовірних або тенденцій розбіжностей показників не виявлено.

Серед вікової групи з 26 до 35 років (60,7% та 63,3% відповідно) та вагітних старше 35 років (54,5% та 52,% відповідно) переважали працюючі вагітні. У віковій групі з 26 до 35 років виявлено тенденцію ($p = 0,063$) до збільшення студентів у групі контролю, в порівнянні з I групою жінок. При аналізі даних вікової групи старше 35 років серед I групи було встановлено достовірно ($p < 0,05$) більше значення працюючих та тенденцію ($p = 0,079$) до збільшення показника домогосподарок у віковій групі старше 35 років жінок в порівнянні з віковою групою до 25 років (див. табл. 3.1)

Соціальний статус обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	студенти	36,7	9,3	<0,001
	працюючі	38,3	54,7	=0,060
	домогосподарки	25,0	36,0	>0,05
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	студенти	95,2***^^^	77,8***^^^	>0,05
	працюючі	0	11,1	>0,05
	домогосподарки	4,8	11,1	>0,05
З 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	студенти	7,1	0	=0,063
	працюючі	60,7***	63,3**	>0,05
	домогосподарки	32,1*	36,7	>0,05
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	студенти	0	0	>0,05
	працюючі	54,5^^^	52,9^	>0,05
	домогосподарки	45,5^^	47,1h(=0,079)	>0,05

Примітки:

1. p – достовірність різниці відповідних показників між практично здоровими і хворими на ГАСМ жінками;

2. * (p<0,05), ** (p<0,01), *** (p<0,001), t (p=0,051-0,079) – достовірність різниці відповідних показників між практично здоровими або хворими на ГАСМ жінками до 25 років та з 26 до 35 років (відмічені більші значення);

3. ^ (p<0,05), ^^ (p<0,01), ^^^ (p<0,001), h (p=0,051-0,079) – достовірність різниці відповідних показників між практично здоровими або хворими на ГАСМ жінками до 25 років та старше 35 років (відмічені більші значення).

4. # (p<0,05), ## (p<0,01), ### (p<0,001), s (p=0,051-0,079) – достовірність різниці відповідних показників між практично здоровими або хворими на ГАСМ жінками з 26 до 35 років та старше 35 років (відмічені більші значення).

Так, в загальній групі порівняння матеріально-економічні умови як добрі відмітила переважна більшість вагітних - 46,7%, в порівнянні з 54,7% вагітних в загальній I групі жінок з задовільною матеріальною забезпеченістю ($p < 0,001$). Було виявлено тенденцію ($p = 0,059$) до переважання в I групі загалом сімей з незадовільними матеріально-економічними умовами - 26,7% (табл. 1, Додаток Б).

При аналізі даних вікової групи до 25 років серед I групи було встановлено достовірно ($p < 0,05$) більше значення доброго матеріального забезпечення у даній віковій групі, в порівнянні з віковою групою 26-35 років.

У віковій групі старше 35 років було виявлено достовірно ($p < 0,05$) більше значення показника добрих матеріально-економічних умов у групі контролю, ніж серед жінок з ГАСМ.

Серед контрольної групи віком старше 35 років було встановлено достовірно ($p < 0,05$) більше значення показника добрих матеріально-економічних умов, в порівнянні з цією ж групою віком з 26 до 35 років (табл. 1, Додаток Б).

Переважна більшість жінок групи контролю загалом (61,7%) та різних вікових груп (76,2%, 50,0% та 63,6% відповідно) достовірно ($p < 0,001$) не мали професійних шкідливостей (табл. 2, Додаток Б).

Майже всі жінки I 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%). Так, переважна більшість вагітних з ГАСМ вікової групи до 25 років – студентки (66,7%) відстрочували акт сечовипускання, пов'язуючи це з навчальним навантаженням та небажанням упустити інформацію та матеріал пари ($p < 0,01$).

Жінки вікової групи з 26 до 35 років (це, в основному, працюючі) були змушені відстрочувати акт сечовипускання (42,9%) у зв'язку з конвеєрним типом роботи на виробництві ($p < 0,001$).

У жінок старше 35 років у 41,2% переважали фізичні навантаження. У даній віковій групі було виявлено достовірно ($p < 0,01$) більше значення кількості жінок контрольної групи, які не мали фізичних навантажень (63,6%), в порівнянні з вагітними основної групи (5,9%) (див. табл. 2 Додаток Б).

При вивченні особливостей фізичних навантажень (табл. 3.2) встановлено достовірно ($p < 0,01$) більше значення кількості жінок I групи загалом, які мали постійні фізичні навантаження (61,3%), в порівнянні з вагітними загальної контрольної групи (6,7%).

Таблиця 3.2

Особливості фізичних навантажень у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	постійно	6,7	61,3	<0,001
	більше бгод на добу	20,0	28,0	>0,05
	дуже рідко	73,3	10,7	<0,001
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	постійно	4,8	33,3	<0,05
	більше бгод на добу	0	33,3h(0,078)	<0,01
	дуже рідко	95,2**h(0,078)	33,3*	<0,001
З 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	постійно	10,7	59,2	<0,001
	більше бгод на добу	32,1**	34,7#	>0,05
	дуже рідко	57,1	6,1	<0,001
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	постійно	0	82,4^	<0,001
	більше бгод на добу	27,3^	5,9	>0,05
	дуже рідко	72,7	11,8	<0,01

У віковій групі хворих до 25 років інтенсивність фізичних навантажень однакова (по 33,3%), з достовірно ($p < 0,001$) нижчим показником фізичних навантажень які зустрічалися дуже рідко, в I групі, в порівнянні з групою практично здорових вагітних, а також достовірно ($p < 0,01$) більші показники фізичних навантажень більше 6 год на добу у жінок I групи, ніж у контрольній групі.

Так, згідно даних табл. 3.2, більшість хворих жінок віком з 26 до 35 років та старше 35 років мали постійні фізичні навантаження, у порівнянні з жінками контрольної групи ($p < 0,001$).

При порівнянні показників фізичних навантажень вагітних з ГАСМ віком до 25 років встановлено достовірно ($p < 0,01$) більші показники фізичних навантажень, що були дуже рідко, в віковій групі 26-35 років, в порівнянні з даною віковою групою. ($p < 0,05$). У цій же віковій групі виявлено тенденцію ($p = 0,078$) до переважання в загальній групі показників більше 6 год на добу, в порівнянні з показниками вагітних вікової групи старше 35 років (табл. 3.2).

Екстрагенітальна патологія відіграє важливу роль не тільки для перебігу вагітності та пологів, а й для розвитку гравідарних та післяпологових порушень сечовипускання.

В загальній групі встановлено достовірно ($p < 0,05$) більші показники відсутності екстрагенітальних захворювань у здорових жінок, в порівнянні з I групою. Виявлено тенденцію ($p = 0,059$) до збільшення відсотку захворювань шлунково-кишкового тракту у вагітних з ГАСМ, ніж серед практично здорових жінок (*див. табл. 3 Додаток Б*).

Серед групи вагітних віком старше 35 років виявлено тенденцію ($p = 0,064$) до збільшення показника відсутності екстрагенітальних захворювань у здорових жінок, порівняно з основною групою.

При аналізі показника метаболічного синдрому у групі жінок з ГАСМ було виявлено тенденцію ($p = 0,055$) до зниження даного показника з віком, особливо між віковими групами вагітних до 25 років та старше 35 років.

При порівнянні інших показників екстрагенітальних захворювань між здоровими вагітними та жінками з ГАСМ, а також між різними віковими групами здорових або хворих на ГАСМ жінок достовірних або тенденцій розбіжностей величин даних показників не встановлено (*див. табл. 3 Додаток Б*).

При аналізі показників паління було встановлено достовірно ($p < 0,001$) менші значення показників загалом у здорових жінок, в порівнянні з загальною групою хворих на ГАСМ вагітних (див. табл. 4, Додаток Б).

Так, в загальній групі серед 93,3% жінок I групи, що палять, переважали жінки, які палять щодня (41,3%), в порівнянні з 85% жінок групи контролю, які не палять та ніколи не палили ($p < 0,001$). Такі ж показники (55,6% та 95,2% відповідно) було встановлено в віковій групі до 25 років ($p < 0,001$).

В усіх вікових групах було виявлено достовірно ($p < 0,001$) більші показники (відсотки) вагітних, які не курять та ніколи не курили, в порівнянні з жінками основної групи, переважна більшість яких курить часто або ж щодня (див. табл. 4, Додаток Б).

При порівнянні показників тривалості паління у практично здорових та хворих на ГАСМ жінок достовірно ($p < 0,05$) більше значення даного показника у хворих вагітних ($10,20 \pm 3,42$ років) вікової групи 26-35 років, в порівнянні з жінками I групи ($6,533 \pm 2,768$ років). Виявлено тенденцію ($p = 0,059$) до збільшення показника тривалості куріння у вагітних обох груп з віком. Однак, суттєвих розбіжностей між двома групами не виявлено (див. табл. 5, Додаток Б).

При порівнянні показників вживання кави було встановлено достовірно ($p < 0,05$) більший показник щоденного вживання кави у хворих на ГАСМ жінок (72,0%), ніж серед практично здорових вагітних (6,7%) у загальних групах, та достовірно ($p < 0,001$) більший показник відсотку здорових вагітних, які вживають каву дуже рідко (46,7%), у порівнянні з I групою вагітних (6,7%) (див. табл. 3.3).

При порівнянні показників вживання газованих напоїв (див. табл. 6, Додаток Б), зокрема кока-коли та пепсі-коли показник вагітних, які дуже рідко вживають колу, достовірно ($p < 0,05$) менший серед практично здорових вагітних, ніж у хворих на ГАСМ жінок як у загальній групі, так і в повікових групах жінок. (див. табл. 5, додаток В) При аналізі даного критерію

у І групі було встановлено тенденцію ($p=0,070$) до більшого значення щоденного вживання такого роду напоїв серед хворих вагітних віком до 25 років (33,3%), порівняно з 10,2% у віковій групі 26-35 років, а також виявлено тенденцію ($p=0,075$) до більшого значення показника вагітних, які вживають колу дуже рідко, віком від 26 до 35 років (55,1%), ніж серед вікової групи вагітних до 25 років (22,2%) (див. табл. 6, Додаток Б).

Таблиця 3.3

Вживання кави у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	І група	p
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	щодня	6,7	72,0	<0,001
	часто	18,3	17,3	>0,05
	інколи	28,3	4,0	<0,001
	дуже рідко	46,7	6,7	<0,001
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	щодня	4,8	77,8	<0,001
	часто	23,8	11,1	>0,05
	інколи	23,8	11,1	>0,05
	дуже рідко	47,6	0	<0,05
З 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	щодня	7,1	73,5	<0,001
	часто	7,1	18,4	>0,05
	інколи	28,6	4,1	<0,01
	дуже рідко	57,1#	4,1	<0,001
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	щодня	9,1	64,7	<0,01
	часто	36,4#	17,6	>0,05
	інколи	36,4	0	<0,05
	дуже рідко	18,2	17,6s(=0,075)	>0,05

При порівнянні показників вживання алкоголю виявлено достовірно ($p<0,001$) більше значення показників частого (42,7%) та щоденного (10,7%) прийомів алкоголю у І групі загалом, ніж у групі практично здорових вагітних загалом (3,3% та 0% відповідно) та у різних вікових групах, а також достовірно ($p<0,001$) більше значення показника прийомів алкоголю дуже рідко у контрольній групі, в порівнянні з цим показником у І групі (див. табл. 7, Додаток Б).

Аналіз показників сімейного стану показав, що в загальних групах хворих та практично здорових жінок переважна більшість вагітних - 65% та 43,7% - знаходилася в шлюбі ($p < 0,05$) (див. табл. 8, Додаток Б). Однак було виявлено достовірно ($p < 0,001$) більше значення показника одиноких в загальній групі жінок з ГАСМ (39%), в порівнянні з контрольною групою загалом (6,7%). Було встановлено переважання показника заміжніх жінок у всіх вікових групах ($p < 0,05$), з тенденцією ($p = 0,078$) до переважання в загальній групі здорових жінок віком до 25 років серед усіх вікових груп. Серед І групи жінок у віці з 26 до 35 років встановлено достовірно ($p < 0,05$) більше значення показника одиноких цього вікового проміжку, ніж у вагітних цієї групи віком до 25 років. Також встановлено достовірно ($p < 0,05$) більше значення даного показника у віковій групі старше 35 років, в порівнянні з віковою групою до 25 років (див. табл. 8, Додаток Б).

Таблиця 8 з додатку Б характеризує тип взаємовідносин у сім'ях жінок досліджуваних груп. Так, ми бачимо, що в І групі домінують незадовільні відносини (58,7%), на відміну від групи контролю (70%), де в сім'ї панують хороші відносини ($p < 0,001$). При порівнянні даного показника між здоровими та хворими жінками відповідних вікових груп, а також між різними віковими групами здорових або хворих на ГАСМ жінок достовірних або тенденцій розбіжностей величин не виявлено. У І групі жінок встановлено тенденцію ($p = 0,055$) до зниження показника добрих сімейних відносин серед жінок старше 35 років, в порівнянні з віковою групою вагітних до 25 років (див. табл. 8, Додаток Б).

Для оцінки соціальних аспектів поведінки обстежуваних пацієнток, був проведений аналіз особливостей статевого життя в клінічних групах.

Щодо характеристики сексуальної функції жінок досліджуваних груп, переважний вік початку статевого життя жінками обох груп становив 14-17 років, однак в загальній групі жінок з ГАСМ значення даного показника (69,7%) достовірно ($p < 0,001$) більше, в порівнянні зі значеннями (51,7%) загальної групи контролю (табл. 3.4).

Початок статевого життя у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
Загалом	кількість спостер. В групі	(n=60)	(n=75)	
	до 14р.	17,0	27,7	>0,05
	14-17р.	51,7	69,7	<0,05
	після 18р.	31,3	2,7	<0,001
До 25 років	кількість спостер. В групі	(n=21)	(n=9)	
	до 14р.	19,0	66,7*^^	<0,05
	14-17р.	61,9	33,3	>0,05
	після 18р.	19,0	0	>0,05
З 26 до 35 років	кількість спостер. В групі	(n=28)	(n=49)	
	до 14р.	25,0	26,5s(=0,078)	>0,05
	14-17р.	42,9	71,4*	<0,05
	після 18р.	32,1	2,0	<0,001
Старше 35 років	кількість спостер. В групі	(n=11)	(n=17)	
	до 14р.	9,1	5,9	>0,05
	14-17р.	54,5	88,2^^	=0,055
	після 18р.	36,4	5,9	<0,05

При порівнянні показників початку статевого життя було виявлено достовірно ($p < 0,001$) більше значення показників початку статевого життя після 18 років у контрольній групі загалом (31,3%), ніж у I групі загалом (2,7%) та у різних вікових групах. Також достовірно ($p < 0,001$) більше значення даного показника у контрольній групі спостерігалось у віковій групі з 26 до 35 років (32,1%) та старше 35 років (36,4%), в порівнянні зі значеннями даного показника ($p < 0,05$) у цих же вікових групах жінок з ГАСМ (2,0% та 5,9% відповідно). У віковій групі до 25 років хворих на ГАСМ жінок було встановлено достовірно ($p < 0,05$) більше значення показників початку статевого життя до 14 років, ніж у групі хворих віком з 26 до 35 років, а також достовірно ($p < 0,01$) більше значення показників початку статевого життя до 14 років, ніж у віковій групі вагітних з ГАСМ старше 35 років. (див. табл. 3.4).

З метою оцінки інтенсивності статевого життя жінок до вагітності була проаналізована кількість статевих партнерів (табл. 3.5). Загальна кількість статевих партнерів жінок I групи варіювала від 1 до 8, в той час як число статевих партнерів групи контролю - від 1 до 3 ($p < 0,001$). Слід зазначи-

ти, що у більшості пацієток I групи загальне число статевих партнерів було більше 4. Більшість жінок групи контролю засвідчила про наявність 2-3 статевих партнерів протягом життя.

Таблиця 3.5

Кількість статевих партнерів у обстежених жінок

Показник	Група	Здорові	Хворі	p
Кількість статевих партнерів	загалом	2,283±0,865	5,813±2,123	<0,001
	до 25 років	1,905±0,831	4,221±1,986	<0,001
	26-35 років	2,464±0,838	5,796±2,179	<0,001
	>35 років	2,545±0,820	6,706±1,532	<0,001
	p ₁	<0,05	<0,05	
	p ₂	<0,05	<0,01	
	p ₃	>0,05	=0,059	

При порівнянні показників відношення до статевому акту (табл. 3.6) було виявлено достовірно ($p < 0,001$) більше значення показників позитивного ставлення до статевому акту у загальній групі контролю (85,0%), в порівнянні з 20% у загальній групі жінок з ГАСМ.

Таблиця 3.6

Відношення до статевому акту у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
Загалом	кількість спостер. В групі	(n=60)	(n=75)	
	позитивне	85,0	20,0	<0,001
	± (сумнівне)	13,3	68,7	<0,001
	негативне	1,7	11,3	<0,01
До 25 років	кількість спостер. В групі	(n=21)	(n=9)	
	позитивне	95,2*	0	<0,001
	± (сумнівне)	4,8	44,4h(0,073)	<0,05
	негативне	0	55,6***	<0,001
3 26 до 35 років	кількість спостер. В групі	(n=28)	(n=49)	
	позитивне	71,4	18,4s(0,062)	<0,001
	± (сумнівне)	25,0t(0,065)	73,6*####	<0,001
	негативне	3,6	8,0	>0,05
Старше 35 років	кількість спостер. В групі	(n=11)	(n=17)	
	позитивне	100	0	<0,001
	± (сумнівне)	0	11,8	>0,05
	негативне	0	88,2h(0,073) ###	<0,001

Аналізуючи показники відношення до статевого акту у I групі було виявлено достовірне ($p < 0,001$) переважання показника сумнівного (68,7%) та негативного (11,3%) ставлення у загальній групі, а також у віковій групі з 26 до 35 років. Однак у вікових групах до 25 років та серед жінок віком старше 35 років достовірно ($p < 0,001$) більше значення показників негативного відношення до coitus у 55,6% та 88,2% опитаних відповідно.

У зв'язку з великим відсотком вагітних, які мали сумнівне та негативне відношення до статевого акту, було вирішено більш детально опрацювати причини такого відношення. Жінки пояснювали це різними причинами: браком часу, скаргами на погане самопочуття та місячні, перевтомою на роботі та навчанні, дискомфортом під час акту, страхом мимовільного сечовипускання (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

Причини негативного відношення до coitus у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	брак часу	10,0	5,3	>0,05
	погане самопочуття	3,3	4,0	>0,05
	дискомфорт під час акту	1,7	24,0	<0,001
	страх мимовільного с/в	0	66,7	<0,001
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	брак часу	4,8	22,2t(0,056)h(0,055)	>0,05
	погане самопочуття	0	22,2*h(0,055)	<0,05
	дискомфорт під час акту	0	22,2	<0,05
	страх мимовільного с/в	0	33,3	<0,01
З 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	брак часу	17,9	4,1	<0,05
	погане самопочуття	7,1	2,0	>0,05
	дискомфорт під час акту	3,6	26,5	<0,05
	страх мимовільного с/в	0	67,3t(0,059)	<0,001
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	брак часу	0	0	>0,05
	погане самопочуття	0	0	>0,05
	дискомфорт під час акту	0	17,6	>0,05
	страх мимовільного с/в	0	82,4^	<0,001

Так, при порівнянні показників причин негативного відношення до статевого акту було виявлено достовірно ($p < 0,001$) більше значення показника страху мимовільного сечовипускання у I групі жінок загалом (66,7%), порівняно з абсолютною відсутністю цього показника у загальній групі контролю та у всіх вікових групах з тенденцією до збільшення даного показника з віком. Також у віковій групі до 25 років встановлено тенденцію ($p = 0,055$) до більшого значення показника поганого самопочуття та браку часу у I групі (22,2%) в порівнянні зі значеннями даних показників у цих же вікових групах у групі контролю.

На момент початку спостереження в анамнезі контрацепцію застосовували усі обстежувані жінки (табл. 3.8).

Таблиця 3.8

Методи контрацепції у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	метод перерваного стат. акту	21,6	44,7	<0,05
	бар'єрні методи	41,7	10,0	<0,01
	КОК	31,7	26,7	>0,05
	ВМК	5,0	18,7	<0,01
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	метод перерваного стат. акту	28,6	44,4	>0,05
	бар'єрні методи	57,1**	22,2	>0,05
	КОК	14,3	33,3	>0,05
	ВМК	0	0	>0,05
З 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	метод перерваного стат. акту	42,9s(0,051)	38,8	>0,05
	бар'єрні методи	14,3	18,4	>0,05
	КОК	35,7	26,5	>0,05
	ВМК	7,1	16,3	>0,05
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	метод перерваного стат. акту	9,1	27,6	<0,05
	бар'єрні методи	27,3	23,5	>0,05
	КОК	54,5^	13,5	<0,05
	ВМК	9,1	35,3h(0,053)	>0,05

При аналізі показників контрацептивних засобів було встановлено достовірно ($p < 0,05$) менші значення показника бар'єрних методів (10%) загалом у жінок з ГАСМ, в порівнянні з загальною групою контролю (41,7%); встановлено достовірно ($p < 0,01$) більші значення показника внутрішньоматкової контрацепції (18,7%) та методу перерваного статевого акту (44,7%) загалом у хворих жінок ($p < 0,05$), в порівнянні з цими ж показниками в контрольній групі. Щодо показника використання комбінованих оральних контрацептивів, достовірно ($p < 0,05$) більше значення даного показника було виявлено серед здорових жінок вікової групи старше 35 років, в порівнянні з I групою вагітних цього ж віку. В даній віковій групі було встановлено достовірно ($p < 0,05$) більші значення показника методу перерваного статевого акту в I групі, порівняно зі здоровими жінками. В I групі жінок також було виявлено тенденцію ($p = 0,053$) до збільшення показника внутрішньоматкової контрацепції з віком, надто між жінками до 25 років та старше 35 років (табл. 3.8).

При аналізі показників кількості статевих актів за різні проміжки часу було встановлено достовірно ($p < 0,05$) менші значення показника високої сексуальної активності (3-5 разів на тиждень) загалом у жінок з ГАСМ - 0%, в порівнянні з загальною групою контролю (36,7%); достовірно ($p < 0,01$) менші значення показників середньої сексуальної активності (2 рази на тиждень (5,3%) у загальній групі жінок з ГАСМ, в порівнянні з контрольною групою вагітних загалом. У I групі жінок загалом 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. Такі ж значення даних показників було виявлено при порівнянні I групи та групи контролю різного віку (табл. 3.9).

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.

Кількість coitus у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	3-5 разів на тиждень	36,7	0	<0,001
	2 рази на тиждень	61,7	5,3	<0,001
	3 рази на місяць	1,7	46,7	<0,001
	3 рази на 6 місяців і рідше	0	48,0	<0,001
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	3-5 разів на тиждень	85,7***^^^	0	<0,001
	2 рази на тиждень	14,3	22,2t(0,054)h(0,055)	>0,05
	3 рази на місяць	0	77,8*	<0,001
	3 рази на 6 місяців і рідше	0	0	>0,05
3 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	3-5 разів на тиждень	14,3	0	<0,01
	2 рази на тиждень	82,1***	4,1	<0,001
	3 рази на місяць	3,6	40,8	<0,001
	3 рази на 6 місяців і рідше	0	55,1**	<0,001
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	3-5 разів на тиждень	0	0	>0,05
	2 рази на тиждень	100^^^	0	<0,001
	3 рази на місяць	0	47,1	<0,05
	3 рази на 6 місяців і рідше	0	52,9^	<0,01

Так, при порівнянні початку менструацій (див. табл. 9, Додаток Б) встановлено достовірно ($p < 0,01$) менші значення показника віку менархе в 13-14 років (55,1%) та достовірно ($p < 0,01$) більші значення показника в 11-12 років (40,8%) ($p < 0,001$) у жінок з ГАСМ віком 26-35 років, порівняно зі здоровими вагітними цієї ж вікової групи (85,7% та 3,6% відповідно). Достовірно ($p < 0,01$) більші значення показника тривалості менструального циклу 21-25 днів було виявлено у віковій групі до 25 років серед жінок з ГАСМ (66,7%), та достовірно ($p < 0,05$) менші значення показника тривалості менструального циклу 26-31 днів (33,3%) в порівнянні зі здоровими жінками цього віку (див. табл. 10, Додаток Б). При аналізі показника регулярності менструального циклу було встановлено достовірно ($p < 0,05$) більше значення показника нерегулярного менструального циклу у хворих на ГАСМ жінок загалом, в порівнянні з загальною групою практично здоро-

вих вагітних. Такі ж достовірні кореляції було виявлено у віковій групі до 25 років (див. табл. 11, Додаток Б). При аналізі показника больового синдрому під час менструації достовірно значущих показників чи тенденцій розбіжностей величин між здоровими та хворими жінками загалом та різних вікових груп не виявлено (див. табл. 12, Додаток Б).

При аналізі показника тривалості менструації (див. табл. 13, Додаток Б) було встановлено, що в I групі у переважній більшості вагітних (80,0%) менструація триває 3-6 днів. Такі ж показники було встановлено у здорових жінок загалом та різних вікових груп. ($p > 0,05$). Було встановлено достовірно ($p < 0,05$) більші значення у віковій групі з 26 до 35 років та тенденцію ($p = 0,078$) у загальній групі показників тривалості менструації до 3 днів у групі контролю (див. табл. 13, Додаток Б).

При порівнянні репродуктивного навантаження (див. табл. 14, Додаток Б) встановлені достовірно більші або тенденція до більших значень показників 5 - 8 вагітностей у загальній групі (54,0%, $p < 0,001$) та у вікових групах 26-35 років (56,9%, $p < 0,001$) та старше 35 років (52,9%, $p = 0,078$) жінок I групи порівняно з цими ж групами здорових жінок (відповідно 6,7-7,1-18,2%); та навпаки менші значення показників 2 - 4 вагітностей у загальній групі (42,0%, $p < 0,001$) та у вікових групах 26-35 років (41,0%, $p < 0,001$) та старше 35 років (47,1%, $p = 0,078$) жінок з ГАСМ порівняно з цими ж групами здорових жінок (відповідно 83,3-89,3-81,8%). У віковій групі до 25 років виявлено тенденцію до більшого значення показника 1 вагітності (22,2%, $p = 0,055$), в порівнянні з відсутністю значення даного показника у віковій групі старше 35 років, а також достовірно менші значення 5-8 вагітностей у вікових групах 26-35 років (56,9%, $p < 0,05$) та старше 35 років (52,9%, $p < 0,01$) ніж у жінок з ГАСМ до 25 років (11,1%). У контрольній групі жінок до 25 років виявлено достовірно більші значення показника 1 вагітності (23,8%, $p < 0,05$), в порівнянні з відсутністю даного показника у віковій групі старше 35 років, а також тенденцію до більших значень 5 - 8 вагітностей у віковій групі старше 35 років (18,2%, $p = 0,053$) в порівнянні з в порівнянні з

відсутністю даного показника у віковій групі до 25 років (див. табл.14, Додаток Б).

При порівнянні кількості пологів встановлено достовірно ($p<0,01$) більші значення показників III та IV і більше пологів у загальній групі (42,7 та 17,3% відповідно) та у інших вікових групах жінок I групи порівняно з цими ж групами здорових жінок. Також виявлено достовірно менші 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 контролю. При аналізі даних показників серед жінок I групи виявлено тенденцію ($p=0,055$) до більшого значення показників I та II ($p=0,055$) пологів у жінок з ГАСМ до 25 років, в порівнянні з хворими жінками віком старше 35 років (див.табл. 3.10).

Таблиця 3.10

Пологи у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
Загалом	кількість спостережень в групі	(n=60)	(n=75)	
	I	28,3	8,0	<0,01
	II	51,7	32,0	<0,05
	III	18,3	42,7	<0,01
	IV і більше	1,7	17,3	<0,01
До 25 років	кількість спостережень в групі	(n=21)	(n=9)	
	I	66,7***^^	22,2h(=0,055)	<0,05
	II	33,3	55,6h(=0,057)	>0,05
	III	0	22,2	<0,05
	IV і більше	0	0	>0,05
3 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	I	10,7	8,2	>0,05
	II	53,6	32,7	=0,076
	III	32,1**	46,9	>0,05
	IV і більше	3,6	12,2	>0,05
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	I	0	0	>0,05
	II	81,8^	17,6	<0,01
	III	18,2h(0,053)	41,2	>0,05
	IV і більше	0	41,2^#	<0,05

При порівнянні виду пологорозрішення (див. табл. 15, Додаток Б) встановлено достовірно ($p < 0,01$) більші значення показників пологів через природні статеві шляхи у загальній групі (88%) та у віковій групі з 26 до 35 років (89,8%) жінок з ГАСМ порівняно з цими ж групами жінок контрольної групи. Щодо показника кесарського розтину, було виявлено достовірно ($p < 0,01$) менші значення показників оперативного родорозрішення у загальній групі (12%) та у віковій групі з 26 до 35 років (10,2%) жінок I групи порівняно з показниками в групі контролю (див. табл. 15, Додаток Б).

При порівнянні індукції пологів за допомогою простагландинів E_2 встановлено достовірно ($p < 0,001$) більші значення даного показника у I групі загалом (33,3%) та різних вікових груп (табл. 3.11). Виявлено тенденцію до збільшення даного показника з віком.

Таблиця 3.11

Індукція пологів за допомогою простагландинів E_2 у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	простингель	5,0	33,3	<0,001
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	простингель	0	11,1	>0,05
З 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	простингель	8,7	30,7	<0,01
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	простингель	0	42,1h(0,079)	<0,01

При порівнянні абсолютної маси дітей при народженні (див. табл. 16, Додаток Б) встановлено достовірно ($p < 0,001$) більші значення даного показника в загальній групі жінок з ГАСМ та у різних вікових групах, в порівнянні з контрольною групою різного віку. При аналізі даного показника у I групі жінок було виявлено тенденцію ($p = 0,072$) до більших значень маси дітей у групі до 25 років (3579 ± 580 г), порівняно з віковими групами 26-35 років (3535 ± 367 г) та серед жінок за 35 років (3540 ± 233 г) (див. табл. 16, Додаток Б).

В переважній більшості серед контрольної (71,7%) та І групи жінок (58,7%) діти народжувалися з масою 3000 – 3999 г. При порівнянні ваги дітей при народженні встановлено достовірно ($p < 0,001$) більші значення даного показника до 2999 г в загальній групі контролю(23,3%) та у різних вікових групах, в порівнянні з І групою загалом (2,7%) та груп різного віку. Однак в І групі виявлено достовірно ($p < 0,001$) більші значення маси дітей 4000 – 4999 г-36% порівняно з контрольною групою жінок (5%) (див. табл. 3.12).

Таблиця 3.12

Маса дітей у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	І група	p
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	до 2999г	23,3	2,7	<0,001
	3000г-3999г	71,7	58,7	>0,05
	4000-4999г	5,0	36,0	<0,001
	більше 5000г	0	2,7	>0,05
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	до 2999г	28,6 ^h (0,058)	11,1	>0,05
	3000г-3999г	66,7	11,1	<0,01
	4000-4999г	4,8	77,8 ^{**h} (0,050)	<0,001
	більше 5000г	0	0	>0,05
3 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	до 2999г	28,6 ^s (0,054)	2,0	<0,001
	3000г-3999г	64,3	65,3 ^{**}	>0,05
	4000-4999г	7,1	28,6	<0,05
	більше 5000г	0	4,1	>0,05
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	до 2999г	0	0	>0,05
	3000г-3999г	100 ^{^#}	64,7 [^]	<0,05
	4000-4999г	0	35,3	<0,05
	більше 5000г	0	0	>0,05

Проаналізувавши анкетні дані гінекологічних втручань з'ясувалося, що всі жінки І групи – 100% - переносили різного роду внутрішньоматкові інвазивні процедури – МВА чи діагностичне вишкрібання порожнини матки протягом життя. При порівнянні внутрішньоматкових втручань встанов-

лено достовірно ($p < 0,001$) більші значення усіх показників МВА в загальній групі (50,7%) жінок з ГАСМ та у різних вікових групах, в порівнянні з контрольною групою загалом (8,3%) та груп різного віку (див. табл. 3.13).

Таблиця 3.13

Внутрішньоматкові втручання у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
Загалом	кількість спостережень в групі	(n=60)	(n=75)	
	відсутні	86,7	0	<0,001
	МВА	8,3	50,7	<0,001
	діагностичне вишкрібання порожнини матки	0	32,0	<0,001
	ВМК	5,0	17,3	<0,05
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	відсутні	90,5	0	<0,001
	МВА	9,5	77,8 [^]	<0,001
	діагностичне вишкрібання порожнини матки	0	22,2	<0,05
	ВМК	0	0	>0,05
З 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	відсутні	85,7	0	<0,001
	МВА	7,1	55,1 [#]	<0,001
	діагностичне вишкрібання порожнини матки	0	30,6	<0,01
	ВМК	7,1	14,3	>0,05
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	відсутні	81,8	0	<0,001
	МВА	9,1	23,5	>0,05
	діагностичне вишкрібання порожнини матки	0	41,2	<0,05
	ВМК	9,1	35,3 ^{h(0,05)} 3) ^{s(0,065)}	>0,05

Одним з факторів, що сприяють інфікуванню уротелію сечового міхура, є наявність в анамнезі запальних захворювань органів малого таза. Так, за частотою поширеності у загальній I групі вагітних 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 8% вагітних основної групи має хламідіоз. Серед

вагітних контрольної групи, жінки з хламідіозом відсутні ($p < 0,05$). При аналізі показника бактеріального вагінозу у I групі жінок було виявлено достовірно більші значення цього показника серед вагітних віком до 25 років, порівняно з жінками цієї ж групи віком старше 35 років ($p < 0,05$). Також встановлено тенденцію ($p = 0,069$) до зниження даного показника з віком, особливо (в частности) між віковими групами вагітних з 25 до 35 років та старше 35 років. У віковій групі вагітних жінок I групи старше 35 років було виявлено достовірно більші значення показника хламідіозу серед вагітних цього віку, порівняно з жінками цієї ж групи віком з 25 до 35 років ($p < 0,05$) (табл. 3.14).

Таблиця 3.14

Гінекологічні захворювання у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	немає	88,3	0	<0,001
	кандидоз	3,3	33,3	<0,001
	хламідіоз	0	8,0	<0,05
	бактеріальний вагіноз	8,3	58,7	<0,001
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	немає	100*	0	<0,001
	кандидоз	0	11,1	>0,05
	хламідіоз	0	0	>0,05
	бактеріальний вагіноз	0	88,9 [^]	<0,001
З 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	немає	75,0	0	<0,001
	кандидоз	7,1	34,7	<0,01
	хламідіоз	0	4,1	>0,05
	бактеріальний вагіноз	17,9*	61,2 _s (0,069)	<0,001
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	немає	100 _s (0,075)	0	<0,001
	кандидоз	0	41,2	<0,05
	хламідіоз	0	23,5 [#]	>0,05
	бактеріальний вагіноз	0	35,3	<0,05

При обов'язковому проведенні бактеріоскопічного та бактеріологічного обстеження піхвового вмісту I групи було встановлено, що патогенна та умовно патогенна флора виділена у 86,7% вагітних, в порівнянні з 13,3% у жінок з контрольної групи ($p < 0,001$) (див. табл. 3.15).

Так, III ступінь чистоти піхви було виявлено 66,7% жінок I групи загалом ($p < 0,001$). Серед різних вікових груп жінок з ГАСМ даний показник був таким же, з незначним коливанням (див. табл. 3.15). При аналізі показників IV ступеню чистоти було встановлено достовірно ($p < 0,001$) більші показники загалом у I групі, в порівнянні з групою контролю загалом. Усім жінкам з III ступенем чистоти було призначено санацію піхви, а вагітним з IV ступенем чистоти було призначено етіотропна терапія згідно стандартної схеми.

Таблиця 3.15

Ступінь чистоти піхви у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
Загалом	кількість спостережень в групі	(n=60)	(n=75)	
	II	86,7	13,3	<0,001
	III	13,3	66,7	<0,001
	IV	0	20,0	<0,001
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	II	100*	11,1	<0,001
	III	0	66,7	<0,001
	IV	0	22,2	<0,05
З 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	II	71,4	16,3	<0,001
	III	28,6*s(0,054)	67,3	<0,01
	IV	0	16,3	<0,05
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	II	100s(0,054)	5,9	<0,001
	III	0	64,7	<0,01
	IV	0	29,4	=0,0579

Так, при аналізі показників спадкового анамнезу у 70,7% жінок I групи та у 11,7% групи контролю було виявлено втрати сечі невідомого гене-

зу, пролапс тазових органів та СНС. ($p < 0,001$) Загалом у 88,3% жінок контрольної групи спадковий анамнез не обтяжений, в порівнянні з 29,3% жінок I групи ($p < 0,001$). При порівнянні виявлених показників, у загальній групі вагітних з ГАСМ було встановлено достовірно ($p < 0,001$) більші значення усіх показників, в порівнянні з загальною групою контролю, а також між обома когортами жінок різних вікових груп (див.табл. 3.16).

Таблиця 3.16

Спадковий анамнез у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
Загалом	кількість спостер. В групі	(n=60)	(n=75)	
	не обтяжений	88,3	29,3	<0,001
	втрати сечі невідомого генезу	5,0	24,0	<0,01
	пролапс тазових органів	5,0	20,0	<0,01
	СНС	1,7	26,7	<0,001
До 25 років	кількість спостер. В групі	(n=21)	(n=9)	
	не обтяжений	90,5	22,2	<0,001
	втрати сечі невідомого генезу	4,8	22,2	>0,05
	пролапс тазових органів	4,8	33,3	<0,05
	СНС	0	22,2	<0,05
3 26 до 35 років	кількість спостер. В групі	(n=28)	(n=49)	
	не обтяжений	89,3	30,6	<0,001
	втрати сечі невідомого генезу	3,6	24,5	<0,05
	пролапс тазових органів	3,6	12,2	>0,05
	СНС	3,6	32,7	<0,01
Старше 35 років	кількість спостер. В групі	(n=11)	(n=17)	
	не обтяжений	81,8	29,4	<0,05
	втрати сечі невідомого генезу	9,1	23,5	>0,05
	пролапс тазових органів	9,1	35,3#	>0,05
	СНС	0	11,8	>0,05

Так, при аналізі строку скарг на дане порушення сечовипускання, тривалість клінічних проявів вагітних з ГАСМ I групи становила в середньому $2,619 \pm 1,289$ р., що не дуже відрізнялося від величин даного показника у різні вікові групи, за виключенням жінок, старше 35 років ($3,176 \pm 1,211$ рр.) (див.табл. 3.17).

Тривалість скарг на інконтиненцію у хворих на ГАСМ жінок (роки)

Показник		I група
Скарги на ГАСМ (роки)	загалом	2,619±1,289
	до 25 років	2,356±1,577
	26-35 років	2,473±1,230
	>35 років	3,176±1,211

В ході бесіди також було приділено увагу суб'єктивній оцінці причини захворювання. За словами пацієнок, основними причинами захворювання були: настання менархе, початок статевого життя, зміна статевого партнера, перенесені стресові ситуації, вагітність та пологи, а також велика маса плода (див. табл. 17, Додаток Б).

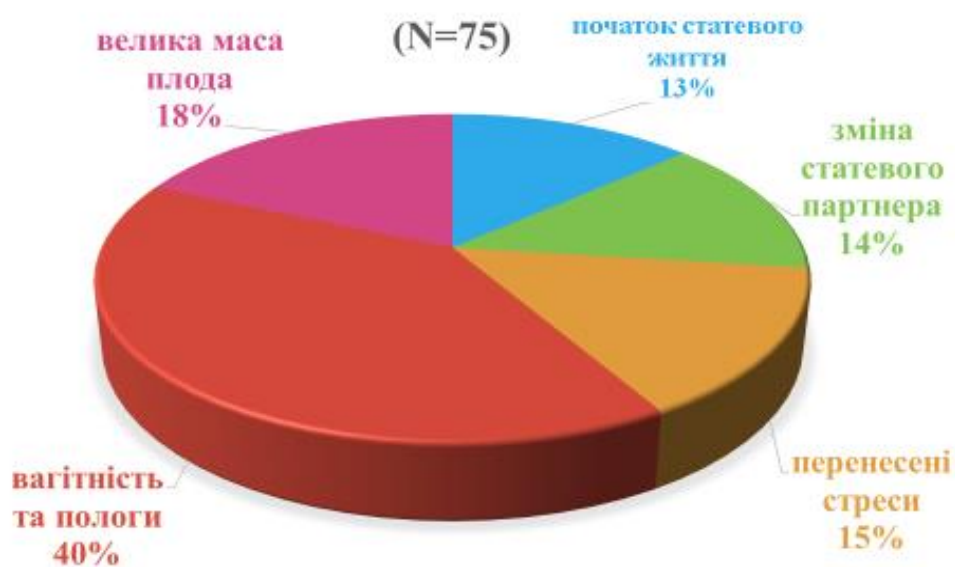


Рис.

3.1. Суб'єктивна оцінка причин маніфестації ГАСМ у жінок репродуктивного віку.

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 перенесені в період місячних та вагітності стреси; 13,7% стверджували, що НС з'явилося після зміни статевого партнера, а також після початку статевого життя (13,3%). Серед жінок старше 35 років виявлено достовірно ($p < 0,05$) більші значення показника виникнення ГАСМ по причині вагітності та пологів в порівнянні з даними вагітних віком до 25 років та 26-35 років (*див. табл. 16, Додаток Б*).

Дані показники відрізняються у різних вікових групах, однак достовірних або тенденцій розбіжностей величин даного показника встановлено не було (*див. табл. 16, Додаток Б*).

При порівнянні скарг вагітних I групи в I триместрі в загальній групі було виявлено полакіурію у всіх жінок (100%), ноктурія (96,0%), імперативний позив (65,3%), відчуття неповного сечовипускання (40,7%), акт сечовипускання неможливо зупинити (76,0%), дріблінг (21,3%). Під час повікової деталізації відмінностей між групами не виявлено (табл. 3.18).

При порівнянні скарг вагітних з ГАСМ в III триместрі в загальній групі було виявлено полакіурію та ноктурію у всіх жінок (100%), імперативний позив (98,7%), відчуття неповного сечовипускання (78,7%), акт сечовипускання неможливо зупинити у 94,7% випадків, дріблінг (66,7%). Суттєвої різниці в показниках між віковими групами не виявлено (*див. табл. 18, Додаток Б*).

При порівнянні скарг вагітних I групи в 16 тижнів післяпологового періоду в загальній групі було виявлено полакіурію та ноктурію у всіх жінок (100%), імперативний позив (98,7%), відчуття неповного сечовипускання (78,7%), акт сечовипускання неможливо зупинити у 96% випадків, дріблінг (48,7%). Суттєвої різниці в показниках між віковими групами не виявлено (*див. табл. 19, Додаток Б*).

Скарги з ГАСМ в I триместрі вагітності у хворих жінок I групи (%)

Показники		наявні
Загалом	кількість спостер. в групі	n=75
	полакіурія	100
	ноктурія	96,0
	імперативний позив	65,3
	відчуття неповного с/в	40,7
	акт с/в неможливо зупинити	76,0
	дріблінг	21,3
До 25 років	кількість спостер. в групі	n=9
	полакіурія	100
	ноктурія	88,9
	імперативний позив	66,7
	відчуття неповного с/в	33,3
	акт с/в неможливо зупинити	66,7
	дріблінг	22,2
З 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	n=49
	полакіурія	100
	ноктурія	95,9
	імперативний позив	62,9
	відчуття неповного с/в	53,1
	акт с/в неможливо зупинити	73,5
	дріблінг	20,4
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	n=17
	полакіурія	100
	ноктурія	100
	імперативний позив	68,8
	відчуття неповного с/в	52,9
	акт с/в неможливо зупинити	88,2
	дріблінг	23,5

При заповненні щоденників сечовипускання в I триместрі вагітності нами виявлено, що середня кількість денних сечовипускань у пацієток I групи достовірно ($p < 0,001$) більша майже вдвічі загалом та у різних вікових групах, у порівнянні з показником в групі контролю (табл. 3.19). При аналізі показника добового сечовипускання встановлено достовірно ($p < 0,001$) більші значення майже в 2 з половиною рази загалом та у різних вікових групах у пацієток I групи, у порівнянні з показником в групі контролю (табл. 3.19).

Дані щоденника сечовипускань в І триместрі вагітності у обстежених жінок (рази)

Показник	Група	Контрольна група	І група	p
кількість сечовипускань вдень	загалом	4,717±0,804	9,920±1,024	<0,001
	до 25 років	4,286±0,561	9,222±1,093	<0,001
	26-35 років	4,750±0,799	9,918±0,909	<0,001
	>35 років	5,455±0,688	10,29±1,160	<0,001
	p ₁	>0,05	=0,078	
	p ₂	<0,001	<0,05	
	p ₃	<0,05	>0,05	
кількість сечовипускань вночі	загалом	1,000±	1,107±0,388	>0,05
	до 25 років	0±	1,111±0,601	>0,05
	26-35 років	1,000±	1,061±0,317	>0,05
	>35 років	0±	1,235±0,437	
	p ₁	>0,05	>0,05	
	p ₂	>0,05	>0,05	
	p ₃	>0,05	>0,05	
кількість сечовипускань за добу	загалом	4,750±0,836	10,89±1,68	<0,001
	до 25 років	4,333±0,577	10,33±1,41	<0,001
	26-35 років	4,786±0,876	10,78±1,76	<0,001
	>35 років	5,455±0,688	11,53±1,46	<0,001
	p ₁	>0,05	>0,05	
	p ₂	<0,001	<0,001	
	p ₃	<0,05	>0,05	
кількість позивів, що не призвели до сечовипускання	загалом	0±	0,918±0,829	>0,05
	до 25 років	0±	2,429±0,976	>0,05
	26-35 років	0±	0,653±0,631	>0,05
	>35 років	0±	0,059±0,556	
	p ₁	>0,05	<0,05	
	p ₂	>0,05	<0,01	
	p ₃	>0,05	<0,05	

При заповненні щоденників сечовипускання протягом 3-х днів в III триместрі вагітності нами виявлено, що середня кількість сечовипускань вдень у пацієток з ГАСМ достовірно ($p < 0,001$) більша загалом та у різних вікових групах, у порівнянні з показником в контрольній групі (табл. 3.20).

Аналізуючи середню кількість сечовипускань вночі виявлено, що даний показник у пацієток I групи достовірно ($p < 0,001$) більший загалом та у різних вікових групах, у порівнянні з показником в групі контролю. При аналізі показника добового сечовипускання встановлено достовірно

($p < 0,001$) більші значення загалом та у різних вікових групах у пацієток з ГАСМ, у порівнянні з показником в групі контролю (табл. 3.20).

Таблиця 3.20

Дані щоденника сечовипускань в III триместрі вагітності у обстежених жінок (рази)

Показник	Група	Контрольна група	I група	p
кількість сечовипускань вдень	загалом	5,633±0,637	11,51±1,02	<0,001
	до 25 років	5,429±0,598	10,89±0,93	<0,001
	26-35 років	5,571±0,573	13,53±1,06	<0,001
	>35 років	6,182±0,603	11,82±1,19	<0,001
	p ₁	>0,05	>0,05	
	p ₂	<0,01	=0,055	
	p ₃	<0,01	>0,05	
кількість сечовипускань вночі	загалом	1,000±	2,040±0,417	<0,001
	до 25 років	1,000±	2,111±0,601	<0,05
	26-35 років	1,000±	1,918±0,731	<0,001
	>35 років	1,000±	2,118±0,0332	>0,05
	p ₁	>0,05	>0,05	
	p ₂	>0,05	>0,05	
	p ₃	>0,05	>0,05	
кількість сечовипускань за добу	загалом	5,733±0,710	13,56±1,14	<0,001
	до 25 років	5,524±0,680	13,00±1,00	<0,001
	26-35 років	5,679±0,723	11,69±0,82	<0,001
	>35 років	6,273±0,467	13,94±1,34	<0,001
	p ₁	>0,05	>0,05	
	p ₂	<0,01	=0,08	
	p ₃	<0,05	>0,05	
кількість позивів, що не призвели до сечовипускання	загалом	0±	2,147±0,940	>0,05
	до 25 років	0±	3,222±1,563	>0,05
	26-35 років	0±	1,816±0,486	>0,05
	>35 років	0±	2,235±0,664	>0,05
	p ₁	>0,05	<0,01	
	p ₂	>0,05	=0,08	
	p ₃	>0,05	>0,05	

При заповненні щоденників сечовипускання в 16 тижнів післяпологового періоду нами виявлено, що середня кількість сечовипускань у пацієток I групи достовірно ($p < 0,001$) більша загалом та у різних вікових групах, у порівнянні з показником в групі контролю (див. табл. 3.21).

При аналізі показника добового сечовипускання встановлено достовірно ($p < 0,001$) більші значення загалом та у різних вікових групах у пацієнтів з ГАСМ, у порівнянні з показником в групі контролю.

Таблиця 3.21

Дані щоденника сечовипускань в 16 тиж післяпологового періоду у обстежених жінок (рази)

Показник	Група	Контрольна група	I група	p
кількість сечовипускань вдень	загалом	5,400±0,643	11,67±1,06	<0,001
	до 25 років	5,143±0,573	10,78±1,09	<0,001
	26-35 років	5,321±0,548	11,69±0,82	<0,001
	>35 років	6,091±0,539	12,06±1,39	<0,001
	p ₁	>0,05	<0,05	
	p ₂	<0,001	<0,05	
	p ₃	<0,001	>0,05	
кількість сечовипускань вночі	загалом	1,000±	1,893±0,481	<0,01
	до 25 років	0±	1,889±0,601	<0,05
	26-35 років	1,000±	1,816±0,486	>0,05
	>35 років	0±	2,118±0,332	>0,05
	p ₁	>0,05	>0,05	
	p ₂	>0,05	<0,05	
	p ₃	>0,05	>0,05	
кількість сечовипускань за добу	загалом	5,433±0,647	13,59±1,22	<0,001
	до 25 років	0,143±0,573	12,67±1,22	<0,001
	26-35 років	5,393±0,567	13,55±1,00	<0,001
	>35 років	6,091±0,539	14,18±1,51	>0,05
	p ₁	>0,05	<0,05	
	p ₂	<0,001	<0,05	
	p ₃	<0,01	>0,05	
кількість позивів, що не призвели до сечовипускання	загалом	0±	1,893±0,847	>0,05
	до 25 років	0±	2,333±1,000	>0,05
	26-35 років	0±	1,776±0,798	>0,05
	>35 років	0±	2,000±0,866	
	p ₁	>0,05	>0,05	
	p ₂	>0,05	>0,05	
	p ₃	>0,05	>0,05	

При аналізі отриманих результатів вивчення біоценозу піхви було виявлено, що в структурі патогенної флори піхви вагітних обох груп переважали грам-позитивні коки (*E. faecalis*, *S. epidermidis*, *S. haemolyticus*, *S. saprophyticus*), грам-негативні палички (*E.coli*), а також *G. vaginalis* і *C. Albicans*, а також у жінок з хламідіозом було виявлено *Chl. Trachomatis* (див. табл. 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, Додаток Б).

Достовірно більші показники *E.coli* (достовірно ($p < 0,01$) значущий ступінь контамінації $- 10^5$), *E. Faecalis* (достовірно ($p < 0,01$) значущий ступінь контамінації $- 10^4$), *G. Vaginalis* (достовірно ($p < 0,001$) значущий ступінь контамінації $- 10^5$ та 10^6), *C. Albicans* (достовірно ($p < 0,001$) значущий ступінь контамінації $- 10^5$ та 10^6 з тенденцією до підвищення показника з віком) та *Chl. Trachomatis* (достовірно ($p < 0,05$) значущий ступінь контамінації $- 10^6$), було встановлено загалом у жінок I групи, в порівнянні з загальною групою контролю (див. табл. 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, Додаток Б).

При аналізі отриманих результатів було виявлено в сечі вагітних жінок обох груп ті ж грам-позитивні коки (*E. faecalis*), грам-негативні палички (*E.coli*), *G. vaginalis* і *C. Albicans*, а також виявлено *Chl. Trachomatis* у сечі тієї ж когорти жінок з хламідіозом. (рис. чи табл.16 – 21). *S. epidermidis*, *S. haemolyticus*, *S. Saprophyticus* виявлено не було (див. табл. 27, 28, 29, 30, 31, Додаток Б).

Достовірно більші показники *E.coli* (достовірно ($p < 0,01$) значущий ступінь контамінації $- 10^3$), *E. Faecalis* (достовірно ($p = 0,073$) значущий ступінь контамінації $- 10^4$), *G. Vaginalis* (достовірно ($p < 0,001$) значущий ступінь контамінації $- 10^3$ та 10^4), *C. Albicans* (достовірно ($p < 0,001$) значущий ступінь контамінації $- 10^3$ та 10^4) було встановлено загалом у жінок I групи, в порівнянні з загальною групою контролю (див. табл. 27, 28, 29, 30, 31, Додаток Б).

Статистично значимих відмінностей даних показників між віковими групами не виявлено.

3.2. Особливості антропо-соматотипологічних показників при синдромі гіперактивного сечового міхура

В результаті проведених нами досліджень встановлено, що показники тотальних розмірів тіла у контрольній та І групі жінок загальної і різних вікових груп суттєво не відрізняються.

Однак в групі порівняння було виявлено достовірно ($p < 0,05$) більше значення показника довжини тіла ($172,1 \pm 6,7$ см), в порівнянні з цим же показником ($167,1 \pm 5,4$ см) в групі вагітних з ГАСМ вікової групи старше 35 років. Серед групи контролю було виявлено тенденцію ($p = 0,052$) до більшої довжини тіла у віковій групі 26-35 років порівняно з даним показником серед вагітних вікової групи до 25 років. Достовірно ($p < 0,05$) більше значення показника довжини тіла встановлено у віковій групі старше 35 років, в порівнянні з віковою групою до 25 та групою з 26 до 35 років (рис. 3.2.).

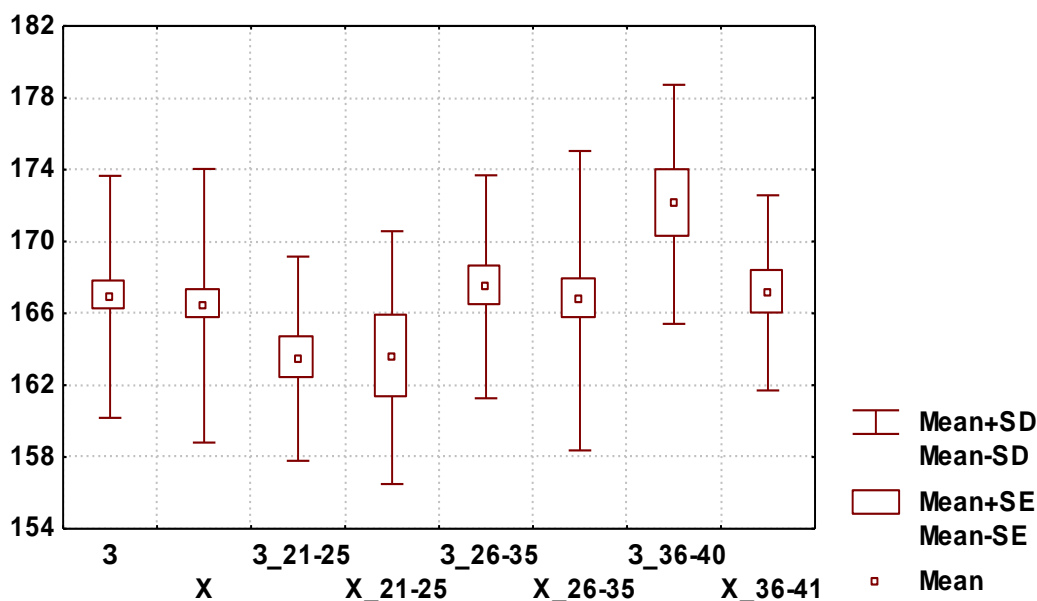


Рис. 3.2. Відмінності довжини тіла у обстежених жінок загальної і різних вікових груп (см).

Тут і в подальшому:

1. 3 – здорові жінки без поділу на вікові групи;
2. X – хворі жінки без поділу на вікові групи;
3. 3_21-25 – здорові жінки віком від 21 до 25 років;

4. X_21-25 – хворі жінки віком від 21 до 25 років;
5. З_26-35 – здорові жінки віком від 26 до 35 років;
6. X_26-35 – хворі жінки віком від 26 до 35 років;
7. З_36-40 – здорові жінки віком від 36 до 40 років;
8. X_36-41 – хворі жінки віком від 36 до 41 року.

Аналізуючи показник маси тіла, було виявлено достовірно ($p < 0,05$) більше значення даного показника в загальній та віковій групі до 25 років вагітних з ГАСМ, в порівнянні з цим же показником серед здорових жінок (див. рис.1, Додаток Б).

При аналізі даних показника площі поверхні тіла суттєвих розбіжностей не виявлено (див. рис.2, Додаток Б).

Стосовно показника індексу маси тіла, в групі здорових жінок встановлено тенденцію ($p = 0,067$) до більшого значення в загальній групі та достовірно ($p < 0,05$) більше значення у віковій групі старше 35 років порівняно з жінками основної групи (рис. 3.3).

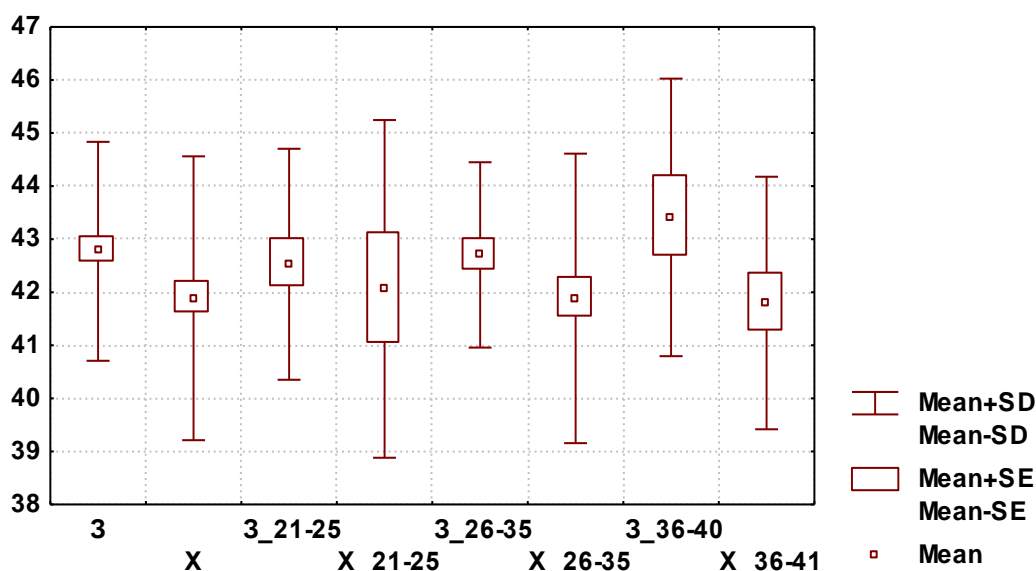


Рис. 3.3. Відмінності індексу маси тіла у обстежених жінок загальної і різних вікових груп.

Проаналізувавши показники обхватних розмірів плеча в стані спокою серед основної групи пацієнток виявлено тенденцію до більшого значення

показника у віковій групі 26–35 років ($p=0,075$) та старше 35 років ($p=0,069$), порівняно з I групою до 25 років (див. рис.3, Додаток Б).

Щодо показника обхватних розмірів плеча в напруженому стані в основній групі встановлено достовірно ($p<0,05$) більше значення показника у віковій групі старше 35 років в порівнянні з цією ж групою віком до 25 років (див. рис.4, Додаток Б).

При аналізі показника обхватних розмірів передпліччя встановлено достовірно ($p<0,01$) більше значення показника серед жінок з ГАСМ загалом та у віковій групі з 26 до 35 років в порівнянні з цими ж групами здорових вагітних (див. рис.5, Додаток Б).

Щодо показника обхватних розмірів стегна в основній групі встановлено достовірно більше значення показника загалом ($p<0,001$), у віковій групі 26 - 35 років ($p<0,001$) та старше 35 років ($p<0,05$), в порівнянні з цими ж групами здорових жінок. Також серед жінок з ГАСМ виявлено тенденцію до більшого значення показника у віковій групі 26–35 років ($p=0,068$) та достовірно ($p<0,05$) більше значення у групі більше 35 років, порівняно з хворими на ГАСМ до 25 років (рис. 3.4).

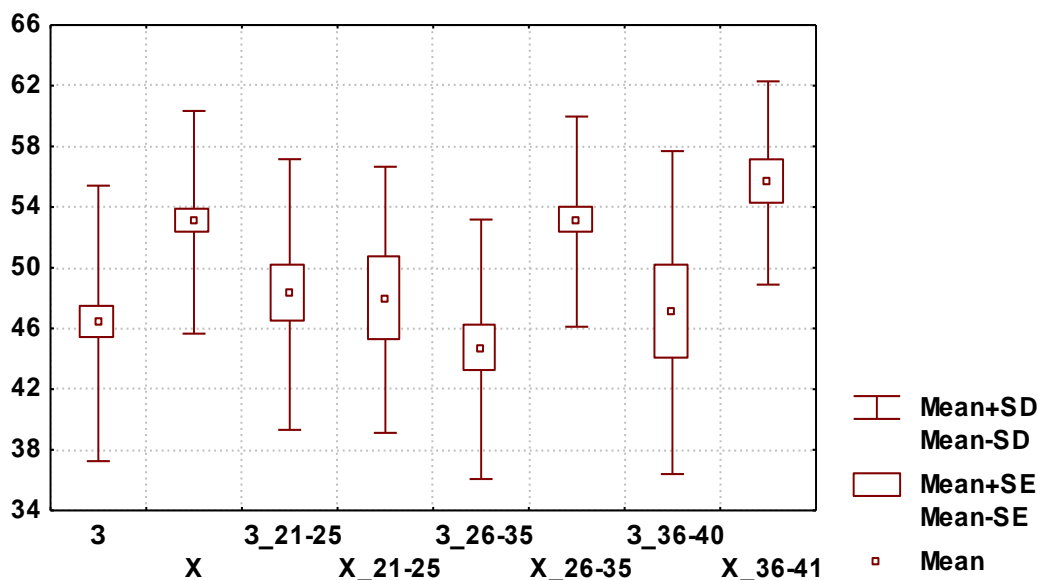


Рис. 3.4. Відмінності обхвату стегна у обстежених жінок загальної і різних вікових груп (см).

При аналізі даних показника обхватних розмірів гомілки у верхній третині суттєвих розбіжностей не виявлено (див. рис.6, Додаток Б).

При аналізі показника товщини шкірно-жирових складок на задній поверхні плеча було встановлено достовірно ($p < 0,05$) більше значення показника серед хворих на ГАСМ у віковій групі до 25 років та старше 35 років, в порівнянні з цими ж групами здорових жінок (рис. 3.5).

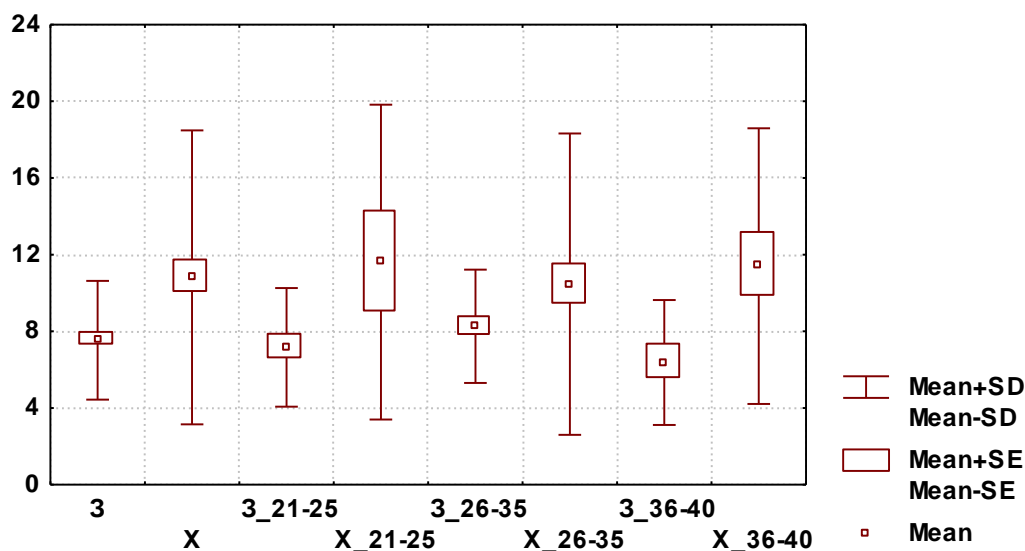


Рис. 3.5. Відмінності ТШЖС на задній поверхні плеча у обстежених жінок загальної і різних вікових груп (мм).

При аналізі показника товщини шкірно-жирових складок на передній поверхні плеча було встановлено достовірно ($p < 0,05$) більше значення показника серед хворих на ГАСМ у віковій групі старше 35 років, в порівнянні з цією ж групою здорових жінок (див. рис.7, Додаток Б).

При аналізі даних показника товщини шкірно-жирових складок на передпліччі суттєвих розбіжностей не виявлено (див. рис.8, Додаток Б).

При аналізі показника товщини шкірно-жирових складок під нижнім кутом лопатки було встановлено тенденцію до більшого значення показника у загальній групі хворих на ГАСМ ($p = 0,068$), в порівнянні з цією ж групою здорових жінок (див. рис.9, Додаток Б).

При аналізі даних показника товщини шкірно-жирових складок на груді суттєвих розбіжностей не виявлено (див. рис.10, Додаток Б).

При аналізі даних показника товщини шкірно-жирових складок на животі суттєвих розбіжностей не виявлено (див. рис.11, Додаток Б).

При аналізі даних показника товщини шкірно-жирових складок на боці було встановлено достовірно ($p < 0,05$) більше значення показника серед хворих на ГАСМ у віковій групі старше 35 років, в порівнянні з цією ж групою здорових жінок (рис. 3.6).

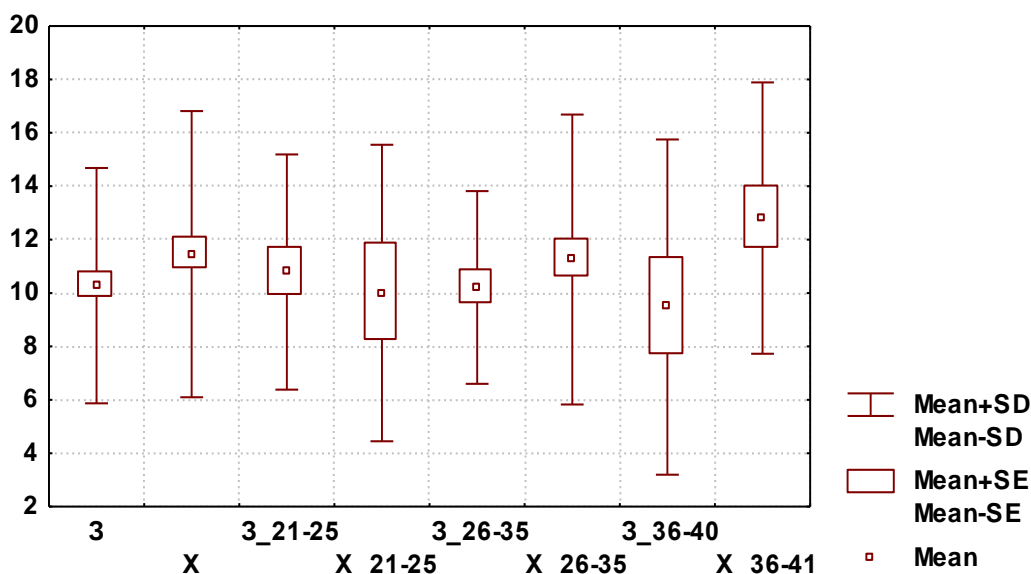


Рис. 3.6. Відмінності ТШЖС на боці у обстежених жінок загальної і різних вікових груп (мм).

При аналізі даних показника товщини шкірно-жирових складок на стегні встановлено достовірно ($p < 0,05$) більше значення даного показника у жінок з ГАСМ загалом та у віковій групі до 25 років, в порівнянні з цими ж групами здорових жінок (див. рис.12, Додаток Б).

При аналізі даних показника товщини шкірно-жирових складок на гомілці в основній групі встановлено достовірно більше значення показника загалом ($p < 0,001$), у віковій групі 26 - 35 років ($p < 0,01$) та старше 35 років ($p < 0,05$), в порівнянні з цими ж групами здорових жінок (рис. 3.7).

При аналізі даних показника ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток плеча в основній групі встановлено достовірно більше значення показника у віковій групі до 25 років ($p < 0,05$), в порівнянні з цими ж групами здорових жінок.

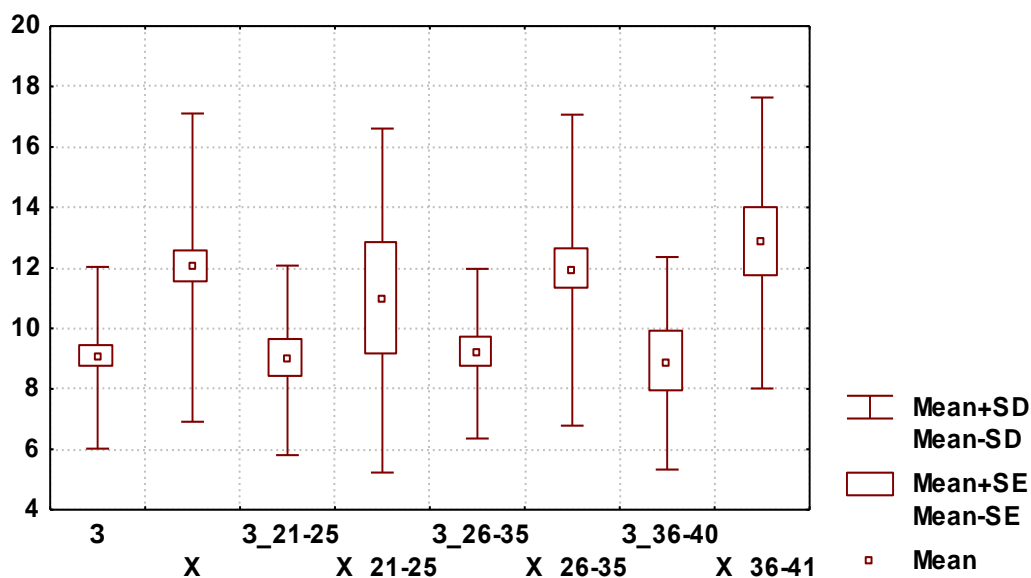


Рис. 3.7. Відмінності ТШЖС на голіці у обстежених жінок загальної і різних вікових груп (мм).

Щодо групи здорових жінок, встановлено достовірно ($p < 0,05$) більше значення показника у віковій групі 26 - 35 років та більше 35 років, в порівнянні з показником у вагітних віком до 25 років (рис. 3.8).

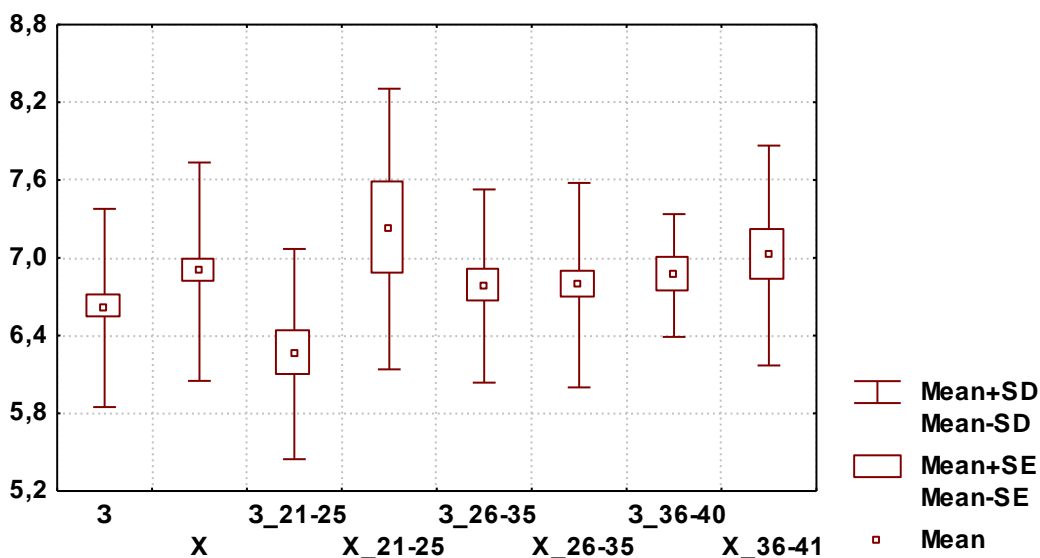


Рис. 3.8. Відмінності ШДЕ плеча у обстежених жінок загальної і різних вікових груп (см).

При аналізі даних показника ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток передпліччя в основній групі встановлено достовірно

($p < 0,001$) більше значення показника в загальній групі, у віковій групі 26 - 35 років та більше 35 років, в порівнянні з цими ж групами здорових жінок (див. рис.13, Додаток Б).

При аналізі даних показника ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток стегна в основній групі встановлено достовірно більше значення показника у загальній групі ($p < 0,05$), в порівнянні з цією ж групою здорових жінок (рис. 3.9).

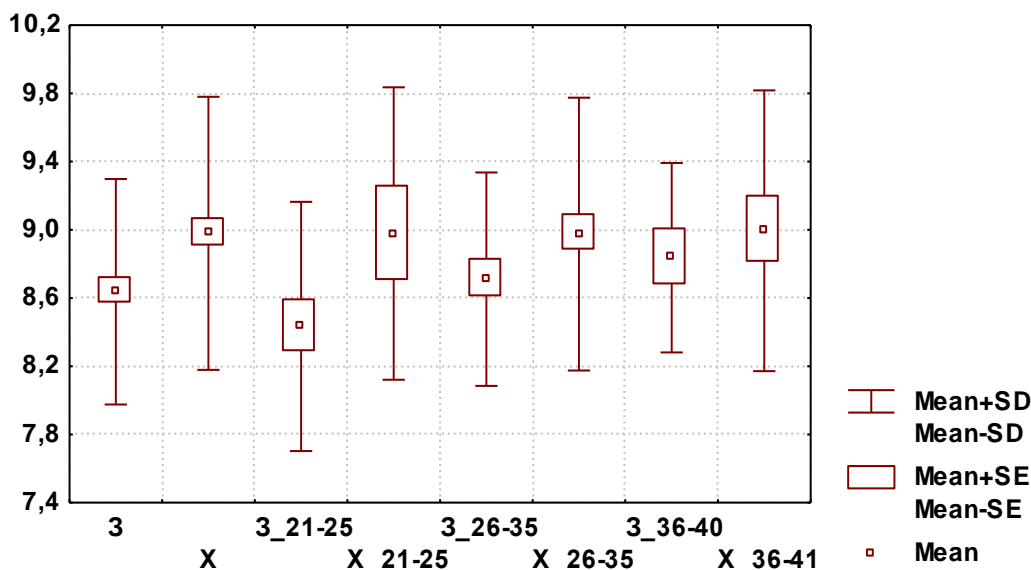


Рис. 3.9. Відмінності ШДЕ стегна у обстежених жінок загальної і різних вікових груп (см).

При аналізі даних показника ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток гомілки в основній групі встановлено достовірно ($p < 0,001$) більше значення показника загалом, у віковій групі 26 - 35 років та більше 35 років, в порівнянні з цими ж групами здорових жінок (див. рис.14, Додаток Б).

При аналізі показників міжостьової відстані тазу (dist. Spinarum) суттєвих розбіжностей між групами не виявлено (див. рис.15, Додаток Б).

Щодо показника міжребеневої відстані (dist. Cristarum), в контрольній групі виявлено тенденцію ($p = 0,076$) до більшого значення показника загалом та достовірно ($p < 0,05$) більше значення цього показника у віковій групі до 25 років, в порівнянні з цими ж групами жінок з ГАСМ. Також се-

ред вагітних основної групи виявлено тенденцію ($p=0,073$) до більшого значення цього показника у віковій групі старше 35 років, порівняно з показниками у групі до 25 років (рис. 3.10).

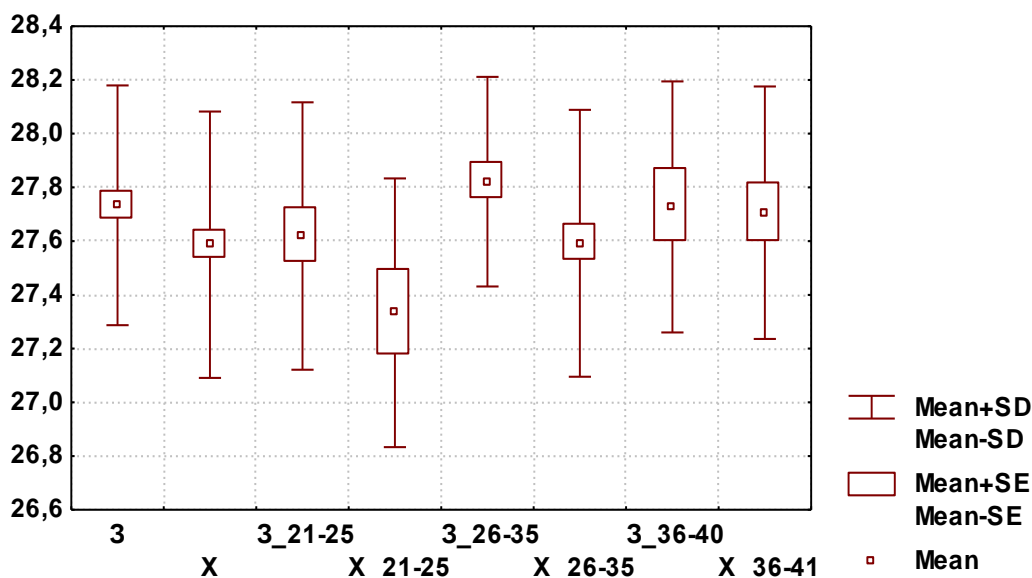


Рис. 3.10. Відмінності міжгребеневої відстані тазу (dist. Cristarum) у обстежених жінок загальної і різних вікових груп (см).

При аналізі даних показника міжвертлюгової відстані тазу (dist. Intertrochanterica) в основній групі встановлено достовірно менше значення показника загалом ($p<0,01$), у віковій групі до 25 років ($p<0,05$) та 26 - 35 років ($p<0,01$), в порівнянні з цими ж групами здорових жінок.

Також серед здорових вагітних виявлено тенденцію до більшого значення показника у віковій групі 26-35 років ($p=0,074$), порівняно зі значеннями у групі за 35 років та достовірно ($p<0,05$) більше значення цього показника у віковій групі до 25 років, порівняно з показниками у групі старше 35 років (рис. 3.11).

При аналізі даних показника зовнішньої кон'югати (conjugata externa) в основній групі встановлено достовірно менше значення показника у групі до 25 років в порівнянні з віковими групами 26 - 35 років ($p<0,05$) та старше 35 років ($p<0,01$) (див. рис. 16, Додаток Б).

При аналізі показників ендоморфного компоненту соматотипу суттєвих розбіжностей між групами не виявлено (див. рис. 17, Додаток Б).

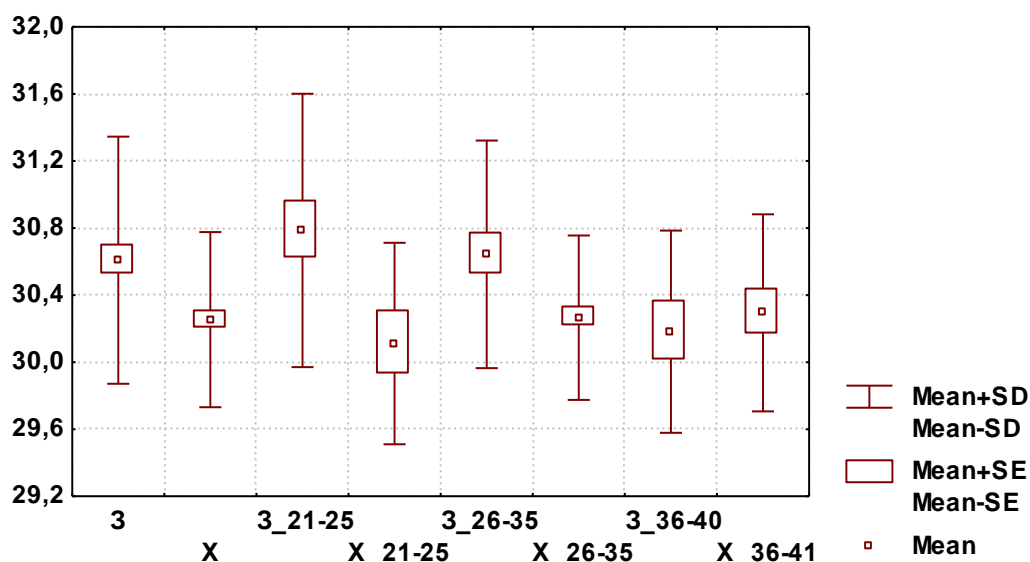


Рис. 3.11. Відмінності міжвертлюгової відстані тазу (dist. Intertrochanterica) у обстежених жінок загальної і різних вікових груп (см).

При аналізі показників мезоморфного компоненту соматотипу суттєвих розбіжностей між групами не виявлено (див. рис.18, Додаток Б).

При аналізі даних показника екоморфного компоненту соматотипу в контрольній групі виявлено тенденцію ($p=0,062$) до більшого значення цього показника загалом, в порівнянні з цією ж групою жінок з ГАСМ (рис. 3.12).

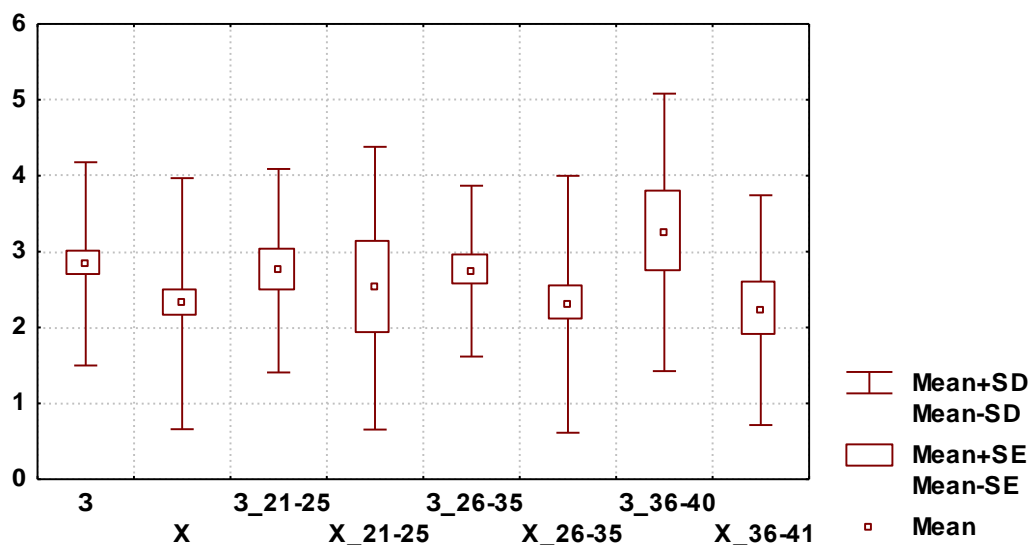


Рис. 3.12. Відмінності екоморфного компоненту соматотипу у обстежених жінок загальної і різних вікових груп (бали).

При аналізі даних показника абсолютного значення м'язового компоненту маси тіла за Матейко в основній групі виявлено тенденцію ($p=0,056$) до більшого значення цього показника загалом та достовірно ($p<0,01$) більше значення показника у віковій групі 26 - 35 років, в порівнянні з цією ж групою здорових жінок. Також встановлено достовірно ($p<0,01$) менше значення цього показника у вагітних віком до 25 років, в порівнянні з віковими групами 26-35 років та старше 35 років (*див. рис.19, Додаток Б*).

При аналізі даних показника відносного значення м'язового компоненту маси тіла за Матейко в контрольній групі здорових вагітних виявлено достовірно ($p<0,05$) більше значення показника у віковій групі до 25 років, в порівнянні з цими ж показниками у віковій групі 26 - 35 років (*див. рис.20, Додаток Б*).

При аналізі даних показника абсолютного значення жирового компоненту маси тіла за Матейко в основній групі встановлено достовірно більше значення показника загалом ($p<0,01$) та у віковій групі та 26 - 35 років ($p<0,05$), а також виявлено тенденцію ($p=0,070$) до більшого значення показника у віковій групі до 25 років, в порівнянні з цими ж групами здорових жінок. Також серед здорових вагітних виявлено тенденцію до більшого значення показника у віковій групі до 25 років ($p=0,071$), порівняно зі значеннями у групі за 26-35 років (рис. 3.13).

При аналізі даних показника відносного значення жирового компоненту маси тіла за Матейко в основній групі встановлено достовірно більше значення показника загалом ($p<0,01$), у віковій групі та 26 - 35 років ($p<0,05$), а також виявлено тенденцію ($p=0,077$) до більшого значення показника у віковій групі до 25 років, в порівнянні з цими ж групами здорових жінок (рис. 3.14).

При аналізі даних показника абсолютного значення кісткового компоненту маси тіла за Матейко в основній групі виявлено тенденцію ($p=0,073$) до більшого значення показника у загальній групі, в порівнянні з

цією ж групою здорових жінок (див. рис.21, Додаток Б).

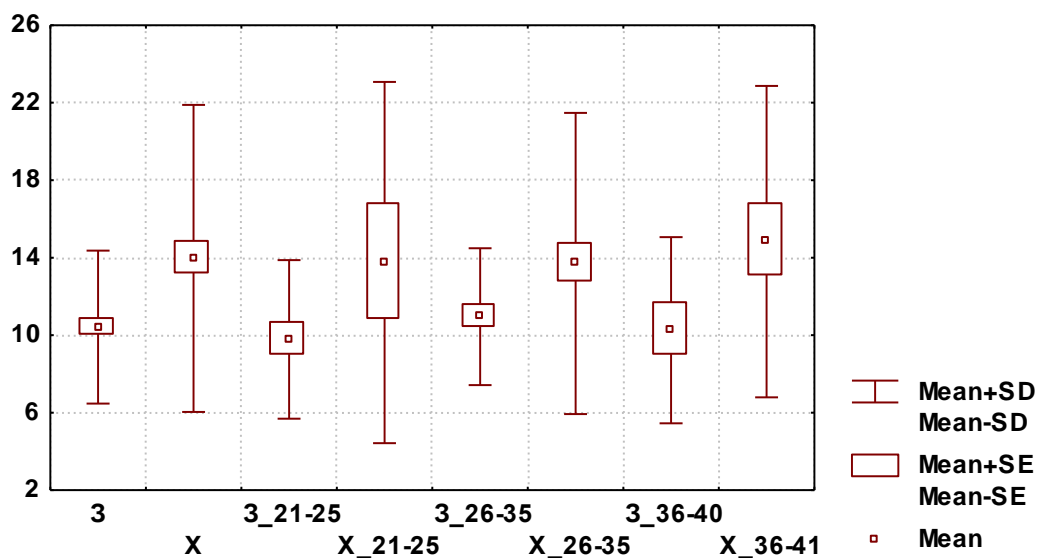


Рис. 3.13. Відмінності абсолютного значення жирового компоненту маси тіла за Матейко у обстежених жінок загальної і різних вікових груп (кг).

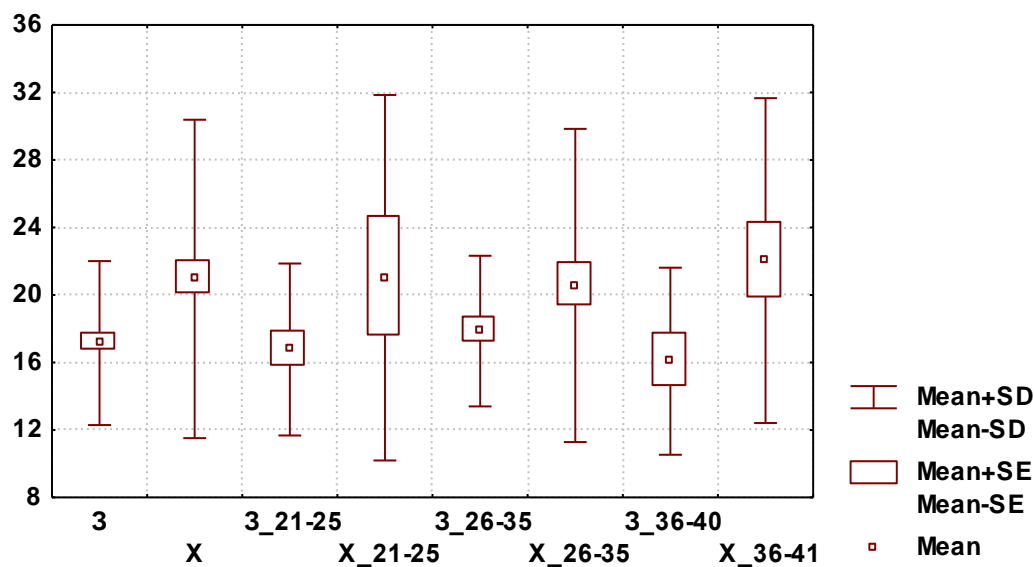


Рис. 3.14. Відмінності відносного значення жирового компоненту маси тіла за Матейко у обстежених жінок загальної і різних вікових груп (%).

При аналізі показників відносного значення кісткового компоненту маси тіла за Матейко суттєвих розбіжностей між групами не виявлено (див. рис.22, Додаток Б).

При аналізі даних показника абсолютного значення м'язового компоненту маси тіла за АІХ в основній групі виявлено тенденцію ($p=0,077$) до більшого значення показника у загальній групі, в порівнянні з цією ж групою здорових жінок (Рис. 15).

В основній групі встановлено достовірно менше значення показника загалом ($p<0,01$), у віковій групі до 25 років ($p<0,05$) та 26 - 35 років ($p<0,01$), в порівнянні з цими ж групами здорових жінок.

Також серед вагітних з ГАСМ у віковій групі до 25 років виявлено достовірно менші значення цього показника порівняно зі значеннями у групі 26-35 років ($p<0,01$) та у групі старше 35 років ($p<0,05$) (рис. 3.15).

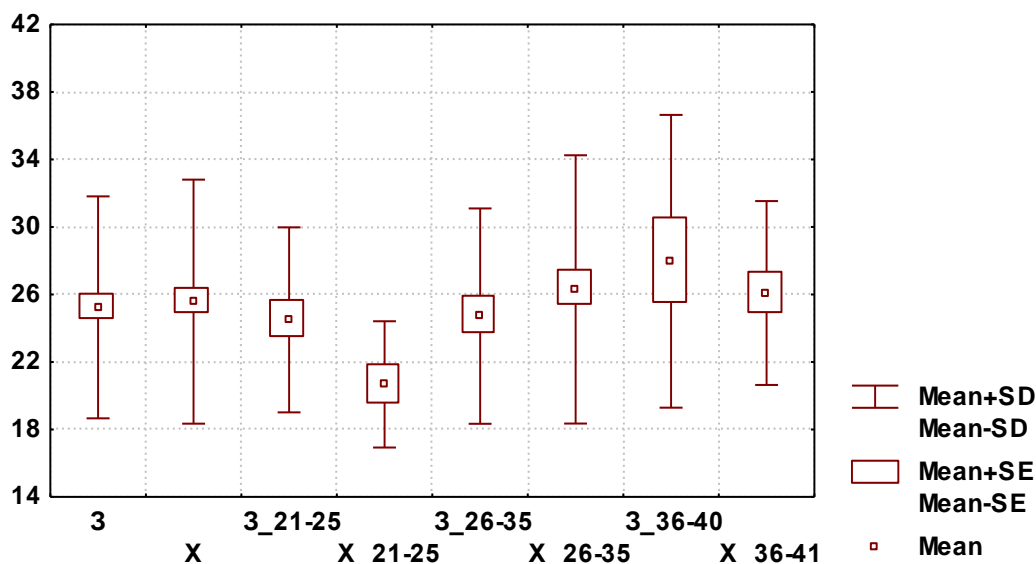


Рис. 3.15. Відмінності абсолютного значення м'язового компоненту маси тіла за АІХ у обстежених жінок загальної і різних вікових груп (кг).

Результати досліджень, які представлені в даному розділі дисертації, відображені у 2 наукових статтях у фахових журналах, які рекомендовані ДАК МОН України

[Костюк І. Ю. Основні чинники ризику маніфестації симптомів нетримання сечі під час вагітності та після пологів у вагітних жінок із синдромом гіперактивного сечового міхура // Вісник Вінницького національного медичного університету.- №1, ч.2(Т.21) - 2018 – с. 112-119;

KOSTYUK I. Main risk factors of urinary incontinence symptoms during pregnancy and after parturition in pregnant women with overactive bladder syndrome. «Здоровье женщины» №3 (129) с. 80-83] *(що входять до міжнародних науко метричних баз) та тезах науково-практичних конференцій.*

Костюк І.Ю. Гіперактивний сечовий міхур у жінок репродуктивного віку // Збірник наукових праць Одеського медичного університету – 2016 – с. 43

РОЗДІЛ 4

ОСОБЛИВОСТІ СОНОГРАФІЧНИХ ГЕСТАЦІЙНИХ ПОКАЗНИКІВ І ЗАМИКАЛЬНОГО АПАРАТУ УРЕТРИ ТА РІВНЯ СТАТЕВИХ ГОРМОНІВ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ І ПІСЛЯ ПОЛОГІВ ПРИ РІЗНИХ СОМАТОТИПАХ ІЗ СИНДРОМОМ ГІПЕРАКТИВНОГО СЕЧОВОГО МІХУРА

4.1. Сонографічні гестаційні показники, показники сечового міхура та замикального апарату уретри під час вагітності і після пологів при різних соматотипах із синдромом гіперактивного сечового міхура

При аналізі сонографічних показників I та III триместру вагітності достовірно значущої різниці виявлено не було. УЗД гестаційні особливості в III триместрі у практично здорових та хворих на ГАСМ жінок різнилися між жінками I групи та групи контролю. При порівнянні локалізації плаценти в III триместрі вагітності встановлено достовірно більше значення показника локалізації плаценти на передній стінці матки в загальній групі хворих на ГАСМ (62,7%, $p < 0,001$) та у вікових групах до 25 років (33,3%, $p < 0,05$), 26-35 років (63,3%, $p < 0,01$) та старше 35 років (76,5%, $p < 0,01$) жінок з ГАСМ порівняно з даним показником в загальній групі здорових жінок та у різних вікових групах. (див. табл. 4.1). У групі здорових жінок переважають достовірно більші значення показника локалізації плаценти на задній стінці матки в загальній групі (65,0%, $p < 0,001$) та вікових групах 26-35 років (60,7%, $p < 0,001$) та старше 35 років (63,6%, $p < 0,01$) порівняно з даним показником в загальній групі жінок з ГАСМ та у різних вікових групах. Серед жінок з ГАСМ у віковій групі до 25 років виявлено тенденцію до більшого значення показника локалізації плаценти на одній з бічних стінок матки (63,3%, $p = 0,055$) у порівнянні з відсутністю даного показника у віковій групі старше 35 років, а також виявлено достовірно більше значення по-

казника локалізації плаценти на передній стінці матки (76,5%, $p < 0,05$) у віковій групі старше 35 років, у порівнянні з 33,3% у віковій групі до 25 років. Серед практично здорових жінок у віковій групі старше 35 років виявлено тенденцію до більшого значення показника (27,3%, $p = 0,078$), у порівнянні з 4,8% даного показника у віковій групі до 25 років (табл. 4.1).

Таблиця 4.1

Локалізація плаценти в III триместрі у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	передня стінка матки	16,7	62,7	<0,001
	задня стінка матки	65,0	28,0	<0,001
	бічні стінки	18,3	9,3	>0,05
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	передня стінка матки	4,8	33,3	<0,05
	задня стінка матки	71,4	44,4	>0,05
	бічні стінки	23,8	22,2h(0,055)	>0,05
З 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	передня стінка матки	21,4	63,3	<0,001
	задня стінка матки	60,7	26,5	<0,01
	бічні стінки	17,9	10,2	>0,05
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	передня стінка матки	27,3h(0,078)	76,5^	<0,01
	задня стінка матки	63,6	23,5	<0,05
	бічні стінки	9,1	0	>0,05

При порівнянні передлеглої частини плода встановлено достовірно більше значення показника головного передлежання в загальній групі хворих на ГАСМ (93,3%, $p < 0,05$) та у віковій групі 26-35 років (93,9%, $p < 0,05$) жінок з ГАСМ, порівняно з даним показником у здорових жінок (відповідно 81,7 та 75%), а також навпаки менші значення показника сідничного передлежання плода в загальній групі хворих на ГАСМ (6,7%, $p < 0,05$) та у віковій

групі 26-35 років (6,1%, $p < 0,05$) жінок з ГАСМ, порівняно з даним показником у здорових жінок (відповідно 18,3 та 25%) (див. табл. 4.2).

Таблиця 4.2

Передлегла частина у обстежених жінок(%)

Показники		Контрольна група	I група	p
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	голівка плода	81,7	93,3	<0,05
	сідниці плода	18,3	6,7	<0,05
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	голівка плода	90,5	88,9	>0,05
	сідниці плода	9,5	11,1	>0,05
3 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	голівка плода	75,0	93,9	<0,05
	сідниці плода	25,0	6,1	<0,05
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	голівка плода	81,8	94,1	>0,05
	сідниці плода	18,2	5,9	>0,05

При порівнянні передбачуваної маси плода в III триместрі вагітності (див. рис.23, Додаток Б) встановлено достовірно більші значення даного показника в загальній групі жінок з ГАСМ (3542 ± 368 г, $p < 0,001$) та у вікових групах до 25 років (3579 ± 580 г, $p < 0,001$) та 26-35 років (3535 ± 367 г, $p < 0,001$), в порівнянні з контрольною групою загалом (3026 ± 439 г) та різного віку (відповідно 2994 ± 423 – 2994 ± 495 г). Серед жінок групи контролю було виявлено достовірно більше значення даного показника у групі до 25 років (3579 ± 580 г, $p < 0,001$) порівняно з жінками старше 35 років (3121 ± 301 г). При аналізі даного показника у групі жінок з ГАСМ різних вікових груп було виявлено тенденції до більших значень маси дітей у групі до 25 років (3579 ± 580 г), порівняно з віковими групами 26-35 років (3535 ± 367 г, $p = 0,071$) та серед жінок за 35 років (3540 ± 233 г, $p = 0,063$) (табл. 4.3).

Передбачувана маса плода у III триместрі вагітності у обстежених жінок (г)

Показник	Група	Контрольна група	I група	p
Передбачувана маса плода	загалом	3026±439	3542±368	<0,001
	до 25 років	2994±423	3579±580	<0,001
	26-35 років	2994±495	3535±367	<0,01
	>35 років	3121±301	3540±233	>0,05
	p ₁	>0,05	=0,071	
	p ₂	<0,05	=0,063	
	p ₃	>0,05	>0,05	

УЗД сечового міхура та замикального апарату уретри

При проведенні аналізу показника воронкоподібного розширення уретри в I триместрі вагітності виявлено достовірно ($p < 0,001$) більші значення наявної воронкоподібної деформації уретри у групі хворих на ГАСМ загалом та у різних вікових групах, в порівнянні зі здоровими жінками. Так, воронкоподібне розширення уретри виявлено у всіх хворих на ГАСМ жінок. У здорових жінок даного показника не виявлено взагалі (див. табл. 4.4). Більше того, такі ж показники встановлено в дослідженнях даного показника у вагітних III триместру та в 16 тижнів післяпологового періоду. (див. табл. 32, 33, Додаток Б).

Таблиця 4.4

Воронкоподібне розширення уретри в I триместрі у обстежених жінок

Показники		Здорові	Хворі	p
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	наявне	0	100	<0,001
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	наявне	0	100	<0,001
З 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	наявне	0	100	<0,001
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	наявне	0	100	<0,001

При порівнянні товщини стінок сечового міхура в I, III триместрах вагітності та в 16 тижнів післяпологового періоду встановлено достовірно ($p < 0,001$) більше значення даного показника в I групі, порівняно з контрольною групою загалом, а також у різних вікових групах (див. табл. 4.5).

Таблиця 4.5

Товщина стінок сечового міхура у обстежених жінок (мм)

Показник	Група	Контрольна група	I група	p
Товщина стінок сечового міхура в I триместрі	загалом	2,255±0,472	4,873±0,295	<0,001
	до 25 років	1,724±0,189	4,522±0,593	<0,001
	26-35 років	2,443±0,294	4,902±0,170	<0,001
	>35 років	2,791±0,070	4,976±0,239	<0,001
	p1	<0,001	<0,05	
	p2	<0,001	<0,05	
	p3	<0,001	>0,05	
Товщина стінок сечового міхура в III триместрі	загалом	2,473±0,479	5,188±0,206	<0,001
	до 25 років	1,933±0,185	5,056±0,375	<0,001
	26-35 років	2,675±0,307	5,186±0,129	<0,001
	>35 років	2,991±0,094	5,265±0,245	<0,001
	p1	<0,001	>0,05	
	p2	<0,001	>0,05	
	p3	<0,01	>0,05	
Товщина стінок сечового міхура в 16 тиж. післяпологового періоду	загалом	2,484±0,496	5,197±0,214	<0,001
	до 25 років	1,924±0,160	5,033±0,387	<0,001
	26-35 років	2,713±0,346	5,193±0,133	<0,001
	>35 років	2,973±0,090	5,294±0,241	<0,001
	p1	<0,001	>0,05	
	p2	<0,001	>0,05	
	p3	<0,05	>0,05	

Так, у I триместрі вагітності було виявлено достовірно більші значення показника товщини стінки сечового міхура у загальній групі ($4,873 \pm 0,295$ мм, $p < 0,001$) та у вікових групах до 25 років ($4,522 \pm 0,593$ мм, $p < 0,001$), 26-35 років ($4,902 \pm 0,170$ мм, $p < 0,001$) та старше 35 років ($4,976 \pm 0,239$ мм, $p < 0,001$) жінок з ГАСМ порівняно з загальною групою

здорових жінок ($2,255 \pm 0,472$ мм). При порівнянні даного показника між різними віковими групами практично здорових жінок виявлено достовірно більші значення у вікових групах 26-35 років ($2,443 \pm 0,294$ мм, $p < 0,001$) та старше 35 років ($2,791 \pm 0,070$ мм, $p < 0,001$) порівняно з даним показником вікової групи до 25 років ($1,724 \pm 0,189$ мм, $p < 0,001$), а також між жінками 26-35 років та 35 років групи контролю. Серед хворих на ГАСМ жінок виявлено достовірно більші значення показника товщини стінок сечового міхура у вікових групах 26-35 років ($4,902 \pm 0,170$ мм, $p < 0,05$) та старше 35 років ($4,976 \pm 0,239$ мм, $p = 0,078$) порівняно з даним показником вікової групи до 25 років ($4,522 \pm 0,593$ мм, $p < 0,05$).

Так, у III триместрі вагітності було виявлено достовірно більші значення показника товщини стінок сечового міхура у загальній групі ($5,188 \pm 0,206$ мм, $p < 0,001$) та у вікових групах до 25 років ($5,056 \pm 0,375$ мм, $p < 0,001$), 26-35 років ($5,186 \pm 0,129$ мм, $p < 0,001$) та старше 35 років ($5,265 \pm 0,245$ мм, $p < 0,001$) жінок з ГАСМ порівняно з загальною групою здорових жінок ($2,473 \pm 0,479$ мм). При порівнянні даного показника між різними віковими групами практично здорових жінок виявлено достовірно більші значення у вікових групах 26-35 років ($2,675 \pm 0,307$ мм, $p < 0,001$) та старше 35 років ($2,991 \pm 0,094$ мм, $p = 0,078$) порівняно з даним показником вікової групи до 25 років ($1,933 \pm 0,185$ мм, $p < 0,01$), а також між жінками 26-35 років та 35 років групи контролю (див. рис.24, Додаток Б).

Так, у контрольній групі жінок в 16 тижнів післяпологового періоду було виявлено достовірно більші значення показника товщини стінок сечового міхура у загальній групі ($2,484 \pm 0,496$ мм, $p < 0,001$) та у вікових групах до 25 років ($1,924 \pm 0,160$ мм, $p < 0,001$), 26-35 років ($2,713 \pm 0,346$ мм, $p < 0,001$) та старше 35 років ($2,973 \pm 0,090$ мм, $p < 0,01$) жінок з ГАСМ порівняно з загальною групою здорових жінок ($5,197 \pm 0,214$ мм) та різними віковими групами (відповідно $5,033 \pm 0,387$ - $5,193 \pm 0,133$ - $5,294 \pm 0,241$ мм) (див. рис.25, Додаток Б). При порівнянні даного показника між контрольною групою жінок виявлено достовірно більші значення у вікових групах 26-35 років

($2,675 \pm 0,307$ мм, $p < 0,001$) та старше 35 років ($2,991 \pm 0,094$ мм, $p = 0,078$) порівняно з даним показником вікової групи до 25 років ($1,933 \pm 0,185$ мм, $p < 0,001$), а також між жінками 26-35 років та 35 років групи контролю (табл. 4.5).

При порівнянні спонтанних скорочень детрузора в I триместрі вагітності встановлено достовірно більше значення даного показника в загальній групі хворих на ГАСМ (68%, $p < 0,001$) та у вікових групах до 25 років (54,4%, $p < 0,001$), 26-35 років (71,4%, $p < 0,001$) та старше 35 років (62,9%, $p < 0,01$) жінок з ГАСМ порівняно з відсутністю даного показника в загальній групі здорових жінок та у різних вікових групах (див. табл. 4.6).

Таблиця 4.6

Спонтанні скорочення детрузора в I триместрі у обстежених жінок

Показники		Здорові	Хворі	p
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	наявне	0	68,0	<0,001
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	наявне	0	54,4	<0,01
З 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	наявне	0	71,4	<0,001
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	наявне	0	62,9	<0,01

В III триместрі вагітності спонтанні скорочення детрузора були виявлені в усіх вагітних загальної групи хворих на ГАСМ та різних вікових груп, порівняно з відсутністю даного показника в загальній групі здорових жінок та у різних вікових групах ($p < 0,001$) (див. табл. 34, Додаток Б).

При порівнянні спонтанних скорочень детрузора в 16 тиж післяпологового періоду встановлено достовірно більше значення даного показника в загальній групі хворих на ГАСМ (98,7%, $p < 0,001$) та у вікових групах до 25 років (88,9%, $p < 0,001$), 26-35 років (100%, $p < 0,001$) та старше 35 років (100%, $p < 0,01$) жінок з ГАСМ порівняно з відсутністю даного показника в загальній групі здорових жінок та у різних вікових групах (табл. 4.7).

Спонтанні скорочення детрузора в 16 тиж післяпологового періоду у
обстежених жінок

Показники		Здорові	Хворі	p
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	наявне	0	98,7	<0,001
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	наявне	0	88,9	<0,001
З 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	наявне	0	100	<0,001
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	наявне	0	100	<0,001

При порівнянні об'єму сечового міхура в I, III триместрах вагітності та в 16 тижнів післяпологового періоду встановлено достовірно ($p < 0,001$) більше значення даного показника в загальній групі хворих на ГАСМ, ніж в загальній групі практично здорових жінок а також у різних вікових групах (див. табл. 4.8).

Так, у I триместрі вагітності було виявлено достовірно менші значення показника об'єму сечового міхура у загальній групі ($290,3 \pm 38,9$ мл, $p < 0,001$) та у вікових групах до 25 років ($291,4 \pm 35,8$ мл, $p < 0,001$), 26-35 років ($294,9 \pm 33,8$ мл, $p < 0,001$) та старше 35 років ($276,5 \pm 51,8$ мл, $p < 0,001$) жінок з ГАСМ порівняно з загальною групою здорових жінок ($426,4 \pm 21,5$ мл) (див. рис. 25, Додаток Б). При порівнянні даного показника між різними віковими групами практично здорових жінок виявлено достовірно менші значення у вікових групах 26-35 років ($415,1 \pm 12,1$ мл, $p < 0,001$) та старше 35 років ($407,3 \pm 6,8$ мл, $p < 0,001$) порівняно з даним показником вікової групи до 25 років ($451,2 \pm 10,2$ мл, $p < 0,001$), а також між жінками 26-35 років та 35 років групи контролю ($p < 0,05$).

Так, у III триместрі вагітності було виявлено достовірно менші значення показника об'єму сечового міхура у загальній групі ($250,0 \pm 43,5$ мл, $p < 0,001$) та у вікових групах до 25 років ($246,3 \pm 39,9$ мл, $p < 0,001$), 26-35 ро-

ків ($256,7 \pm 39,4$ мл, $p < 0,001$) та старше 35 років ($232,9 \pm 53,2$ мл, $p < 0,001$) жінок з ГАСМ порівняно з загальною групою здорових жінок ($395,7 \pm 24,3$ мл) (див. рис.26, Додаток Б). При порівнянні даного показника між різними віковими групами практично здорових жінок виявлено достовірно менші значення у вікових групах 26-35 років ($382,9 \pm 15,7$ мл, $p < 0,001$) та старше 35 років ($375,5 \pm 6,6$ мл, $p = 0,078$) порівняно з даним показником вікової групи до 25 років ($423,2 \pm 12,0$ мл, $p < 0,01$). Серед жінок з ГАСМ було виявлено тенденцію ($p = 0,052$) до меншого значення даного показника у жінок старше 35 років групи контролю, у порівнянні з жінками віком 26-35 років (див. табл. 4.8).

Таблиця 4.8

Об'єм сечового міхура у обстежених жінок (мл)

Показник	Група	Контрольна група	I група	p
об'єм сечового міхура в I триместрі	загалом	$426,4 \pm 21,5$	$280,3 \pm 38,9$	$< 0,001$
	до 25 років	$451,2 \pm 10,2$	$281,4 \pm 35,8$	$< 0,001$
	26-35 років	$415,1 \pm 12,1$	$284,9 \pm 33,8$	$< 0,001$
	>35 років	$407,3 \pm 6,8$	$266,5 \pm 51,8$	$< 0,001$
	p ₁	$< 0,001$	$> 0,05$	
	p ₂	$< 0,001$	$> 0,05$	
	p ₃	$< 0,05$	$> 0,05$	
об'єм сечового міхура в III триместрі	загалом	$395,7 \pm 24,3$	$240,0 \pm 43,5$	$< 0,001$
	до 25 років	$423,2 \pm 12,0$	$236,3 \pm 39,9$	$< 0,001$
	26-35 років	$382,9 \pm 15,7$	$246,7 \pm 39,4$	$< 0,001$
	>35 років	$375,5 \pm 6,6$	$222,9 \pm 53,2$	$< 0,001$
	p ₁	$< 0,001$	$> 0,05$	
	p ₂	$< 0,001$	$> 0,05$	
	p ₃	$> 0,05$	$= 0,052$	
об'єм сечового міхура в 16 тиж післяпологового періоду	загалом	$406,8 \pm 24,0$	$243,0 \pm 45,2$	$< 0,001$
	до 25 років	$433,5 \pm 10,6$	$250,4 \pm 40,7$	$< 0,001$
	26-35 років	$394,0 \pm 17,4$	$248,2 \pm 39,8$	$< 0,001$
	>35 років	$388,5 \pm 6,2$	$224,0 \pm 57,9$	$< 0,001$
	p ₁	$< 0,001$	$> 0,05$	
	p ₂	$< 0,001$	$> 0,05$	
	p ₃	$> 0,05$	$> 0,05$	

Так, у групі практично здорових жінок в 16 тижнів післяпологового періоду було виявлено достовірно менші значення показника об'єму сечового міхура у загальній групі ($253,0 \pm 45,2$ мл, $p < 0,001$) та у вікових групах до 25 років ($260,4 \pm 40,7$ мл, $p < 0,001$), 26-35 років ($258,2 \pm 39,8$ мл, $p < 0,001$) та старше 35 років ($234,0 \pm 57,9$ мл, $p < 0,01$) порівняно з загальною групою здорових жінок ($406,8 \pm 24,0$ мл) та різними віковими групами (див. рис.27, Додаток Б). При порівнянні даного показника між практично здоровими жінками виявлено достовірно менші значення у вікових групах 26-35 років ($394,0 \pm 17,4$ мл, $p < 0,001$) та старше 35 років ($388,5 \pm 6,2$ мл, $p = 0,078$) жінок з ГАСМ порівняно з даним показником у віковій групі до 25 років ($433,5 \pm 10,6$ мл, $p < 0,001$) (див. табл. 4.8).

При порівнянні показника об'єму залишкової сечі в I, III триместрах вагітності та в 16 тижнів післяпологового періоду встановлено достовірно ($p < 0,001$) більше значення даного показника в загальній групі хворих на ГАСМ, ніж в загальній групі практично здорових жінок а також у різних вікових групах. (див. табл. 4.9)

Так, у I триместрі вагітності було виявлено достовірно більші значення показника об'єму залишкової сечі у загальній групі ($40,49 \pm 3,98$ мл, $p < 0,001$) та у вікових групах до 25 років ($38,89 \pm 4,46$ мл, $p < 0,001$), 26-35 років ($40,31 \pm 3,86$ мл, $p < 0,001$) та старше 35 років ($41,88 \pm 3,89$ мл, $p < 0,001$) жінок з ГАСМ порівняно з загальною групою здорових жінок ($15,23 \pm 2,37$ мл) (див. рис.28, Додаток Б). При порівнянні даного показника між різними віковими групами практично здорових жінок виявлено достовірно більші значення у вікових групах 26-35 років ($16,32 \pm 1,12$ мл, $p < 0,001$) та старше 35 років ($17,45 \pm 0,52$ мл, $p < 0,01$) порівняно з даним показником вікової групи до 25 років ($12,62 \pm 1,77$ мл, $p < 0,001$), а також між жінками 26-35 років та 35 років групи контролю ($p < 0,001$).

Так, у III триместрі вагітності було виявлено достовірно більші значення показника об'єму залишкової сечі у загальній групі ($51,11 \pm 4,55$ мл, $p < 0,001$) та у вікових групах до 25 років ($51,50 \pm 3,76$ мл, $p < 0,001$), 26-35 ро-

ків ($50,66 \pm 4,77$ мл, $p < 0,001$) та старше 35 років ($52,21 \pm 4,30$ мл, $p < 0,001$) жінок з ГАСМ порівняно з загальною групою здорових жінок ($27,35 \pm 4,27$ мл) (див. рис.29, Додаток Б). Щодо даного показника між різними віковими групами практично здорових жінок виявлено достовірно більші значення у вікових групах 26-35 років ($30,04 \pm 1,64$ мл, $p < 0,001$) та старше 35 років ($29,36 \pm 1,21$ мл, $p < 0,001$) жінок з ГАСМ порівняно з даним показником вікової групами до 25 років ($22,71 \pm 3,82$ мл, $p < 0,01$). Серед жінок з ГАСМ було виявлено тенденцію до меншого значення даного показника у жінок старше 35 років групи контролю, у порівнянні з жінками віком 26-35 років ($p = 0,079$).

Так, у групі практично здорових жінок в 16 тижнів післяпологового періоду було виявлено достовірно більші значення показника об'єму залишкової сечі у загальній групі ($48,11 \pm 5,86$ мл, $p < 0,001$) та у вікових групах до 25 років ($46,0 \pm 5,41$ мл, $p < 0,001$), 26-35 років ($47,41 \pm 5,50$ мл, $p < 0,001$) та старше 35 років ($51,24 \pm 6,26$ мл, $p < 0,01$) жінок з ГАСМ порівняно з загальною групою здорових жінок ($20,03 \pm 3,94$ мл) та різними віковими групами (див. табл. 4.9). При порівнянні даного показника між практично здорових жінок виявлено достовірно більші значення у вікових групах 26-35 років ($22,43 \pm 2,85$ мл, $p < 0,001$) та старше 35 років ($21,64 \pm 1,03$ мл, $p = 0,078$) жінок з ГАСМ порівняно з даним показником вікової групами до 25 років ($16,0 \pm 2,81$ мл, $p < 0,001$) (див. рис.30, Додаток Б). Серед жінок з ГАСМ було виявлено достовірно менше значення даного показника у жінок віком 25 та 26-35 років групи, у порівнянні з жінками старше 35 років ($p < 0,05$) (див. табл. 4.9).

При порівнянні кашльового тесту в модифікації в I триместрі вагітності встановлено достовірно більше значення даного показника в загальній групі хворих на ГАСМ (60%, $p < 0,001$) та у вікових групах до 25 років (44,4%, $p < 0,001$), 26-35 років (59,2%, $p < 0,001$) та старше 35 років (70,6%, $p < 0,01$) жінок з ГАСМ порівняно з відсутністю даного показника в загальній групі здорових жінок та у різних вікових групах. (див. табл. 4.10).

Об'єм залишкової сечі у обстежених жінок (мл)

Показник	Група	Контрольна	I група	p
об'єм залишкової сечі в I триместрі	загалом	15,23±2,37	40,49±3,98	<0,001
	до 25 років	13,62±1,77	38,89±4,46	<0,001
	26-35 років	16,32±1,12	40,31±3,86	<0,001
	>35 років	17,45±0,52	41,88±3,89	<0,001
	p ₁	<0,001	>0,05	
	p ₂	<0,001	>0,05	
	p ₃	<0,01	>0,05	
об'єм залишкової сечі в III триместрі	загалом	27,35±4,27	51,11±4,55	<0,001
	до 25 років	22,71±3,82	51,50±3,76	<0,001
	26-35 років	30,04±1,64	50,66±4,77	<0,001
	>35 років	29,36±1,21	52,21±4,30	<0,001
	p ₁	<0,001	>0,05	
	p ₂	<0,001	>0,05	
	p ₃	>0,05	=0,079	
об'єм залишкової сечі в 16 тиж післяпологового періоду	загалом	20,03±3,94	48,11±5,86	<0,001
	до 25 років	16,00±2,81	46,00±5,41	<0,001
	26-35 років	22,43±2,85	47,41±5,50	<0,001
	>35 років	21,64±1,03	51,24±6,26	<0,001
	p ₁	<0,001	>0,05	
	p ₂	<0,001	<0,05	
	p ₃	>0,05	<0,05	

В III триместрі вагітності позитивний кашльовий тест було виявлено в усіх вагітних загальної групи хворих на ГАСМ та різних вікових груп, порівняно з відсутністю даного показника в загальній групі здорових жінок та у різних вікових групах ($p < 0,001$).

Аналізуючи результати кашльового тесту в 16 тиж післяпологового періоду встановлено достовірно більше значення даного показника в загальній групі хворих на ГАСМ (90,7%, $p < 0,001$) та у вікових групах до 25 років (77,8%, $p < 0,001$), 26-35 років (91,8%, $p < 0,001$) та старше 35 років (94,1%, $p < 0,01$) жінок з ГАСМ порівняно з відсутністю даного показника в загальній групі здорових жінок та у різних вікових групах (див. табл. 3б, Додаток Б).

Кашльовий тест в модифікації в I триместрі у обстежених жінок

Показники		Здорові	Хворі	p
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	позитивний	0	60,0	<0,001
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	позитивний	0	44,4	<0,01
З 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	позитивний	0	59,2	<0,001
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	позитивний	0	70,6	<0,001

4.2. Стан гормонального фону під час вагітності і після пологів у вагітних жінок різних соматотипів із синдромом гіперактивного сечового міхура

Так, у I триместрі вагітності було виявлено достовірно більші значення показника тестостерону у загальній групі ($2,476 \pm 0,170$ нмоль/л, $p < 0,001$) та у вікових групах до 25 років ($2,656 \pm 0,113$ нмоль/л, $p < 0,001$), 26-35 років ($2,424 \pm 0,169$ нмоль/л, $p < 0,001$) та старше 35 років ($2,529 \pm 0,110$ нмоль/л, $p < 0,001$) жінок з ГАСМ порівняно з загальною групою здорових жінок ($1,587 \pm 0,475$ нмоль/л). При порівнянні даного показника між різними віковими групами серед хворих на ГАСМ вагітних виявлено достовірно більші значення у вікових групах до 25 років ($p < 0,001$) та старше 35 років ($p < 0,05$) порівняно з даним показником вікової групи 26-35 років ($p < 0,05$) (див. рис. 4.1).

При аналізі показників тестостерону у III триместрі вагітності та в 16 тиж. післяпологового періоду було встановлено достовірно ($p < 0,001$) більші значення даного показника у загальній групі та у всіх вікових групах, у порівнянні з показниками у цих же групах практично здорових вагітних.

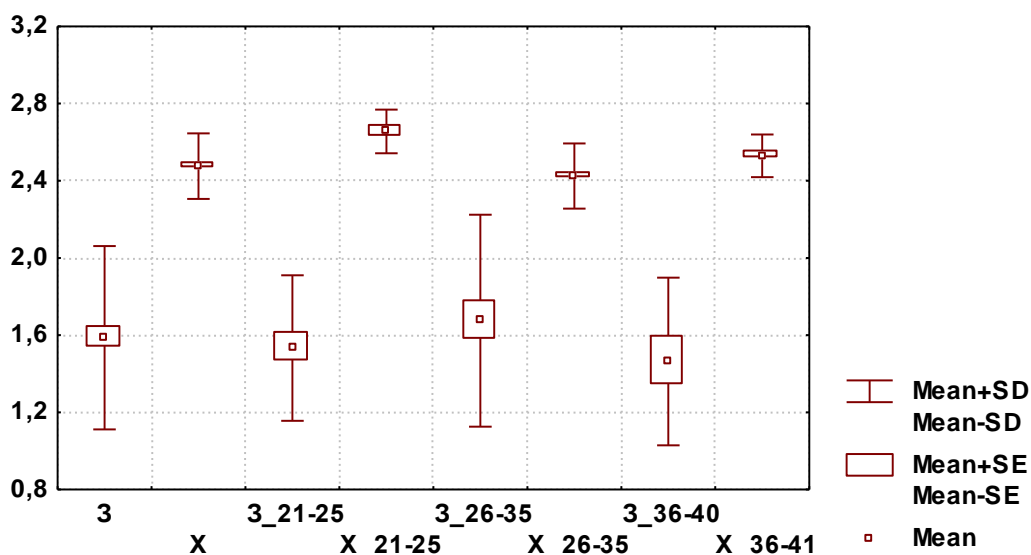


Рис. 4.1. Показники рівня тестостерону в I триместрі вагітності у обстежених жінок загальної і різних вікових груп (нмоль/л).

Так, у I триместрі вагітності було виявлено достовірно менші значення показника прогестерону у групі старше 35 років ($42,14 \pm 4,70$ нг/мл, $p < 0,001$) серед жінок з ГАСМ порівняно з цією ж групою здорових жінок ($53,85 \pm 9,91$ нг/мл). При порівнянні даного показника між різними віковими групами серед хворих на ГАСМ вагітних виявлено достовірно більші значення у вікових групах до 25 років ($57,11 \pm 16,38$ нг/мл, $p < 0,01$) та 26-35 років ($53,76 \pm 16,39$ нг/мл, $p < 0,01$) порівняно з даним показником вікової групи старше 35 років ($42,14 \pm 4,70$ нг/мл).

При порівнянні даного показника між різними віковими групами серед практично здорових вагітних групи контролю було виявлено достовірно більші значення у вікових групах 26-35 років ($51,50 \pm 12,49$ нг/мл, $p < 0,05$) та старше 35 років ($53,85 \pm 9,91$ нг/мл, $p < 0,05$) порівняно з даним показником вікової групи до 25 років ($43,50 \pm 11,65$ нг/мл) (див. рис. 4.2).

У III триместрі вагітності було виявлено достовірно більші значення показника прогестерону у загальній групі (3074 ± 806 нг/мл, $p < 0,05$) та тенденцію до більших значень у віковій групі старше 35 років (3067 ± 532 нг/мл, $p = 0,070$) жінок з ГАСМ порівняно з загальною групою здорових жінок (2569 ± 676 нг/мл). При порівнянні даного показника між різними віковими

групами серед хворих на ГАСМ вагітних виявлено тенденції до більших значень у вікових групах до 25 років ($p=0,052$) та старше 35 років ($p=0,066$) порівняно з даним показником вікової групи 26-35 років (див. рис.310, Додаток Б).

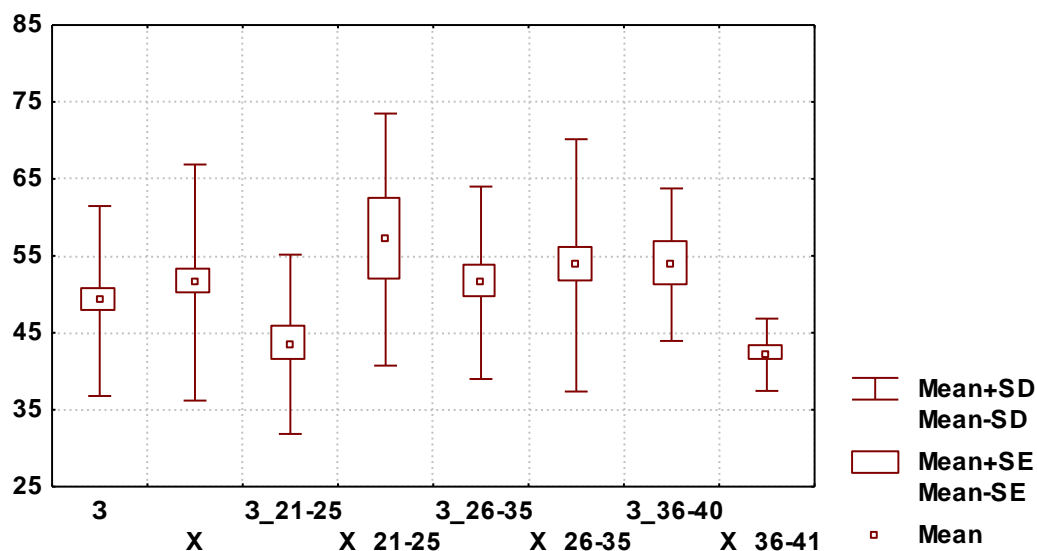


Рис. 4.2. Показники рівня прогестерону в I триместрі вагітності у обстежених жінок загальної і різних вікових груп (нг/мл).

Так, в 16 тижнів післяпологового періоду виявлено достовірно більші значення показника тестостерону у загальній групі ($p<0,001$) та у всіх вікових групах жінок з ГАСМ порівняно з загальною групою здорових жінок. При порівнянні даного показника між різними віковими групами серед хворих на ГАСМ вагітних виявлено достовірно більші значення або тенденцій виявлено не було (див. рис.32, Додаток Б).

У I триместрі вагітності було виявлено достовірно менші значення показника естрадіолу у загальній групі ($415,8\pm 505,6$ пг/мл, $p<0,001$) та у всіх вікових групах ($p<0,001$) порівняно з цими ж показниками у групах здорових жінок.

При порівнянні даного показника між різними віковими групами серед хворих на ГАСМ вагітних виявлено достовірно більші значення у віковій групі до 25 років (1041 ± 648 пг/мл) порівняно з даним показником у віко-

вих групах 26-35 років ($358,7 \pm 463,4$ пг/мл, $p < 0,01$) та старше 35 років ($249,6 \pm 263,5$ пг/мл, $p < 0,001$). (див. рис. 4.3)

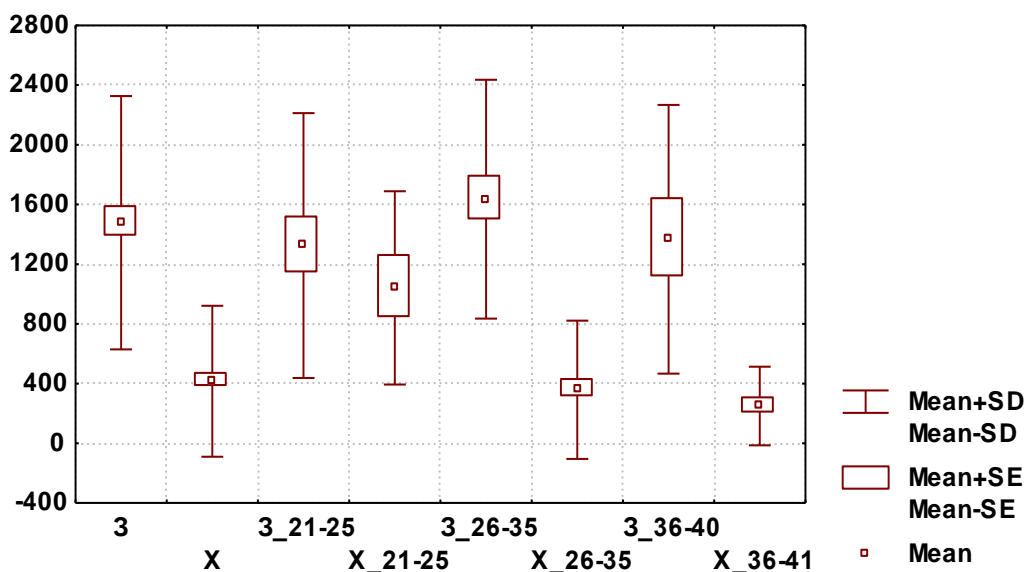


Рис. 4.3. Показники рівня естрадіолу в I триместрі вагітності у обстежених жінок загальної і різних вікових груп (пг/мл).

У III триместрі вагітності було виявлено достовірно менші значення показника естрадіолу у загальній групі (9238 ± 1119 пг/мл, $p < 0,001$) та у всіх вікових групах ($p < 0,001$) порівняно з цими ж показниками у групах здорових жінок.

При порівнянні даного показника між різними віковими групами серед хворих на ГАСМ вагітних виявлено достовірно більші значення у віковій групі до 25 років (8771 ± 809 пг/мл) порівняно з даним показником у вікових групах 26-35 років (9342 ± 1317 пг/мл, $p < 0,01$) та старше 35 років (9186 ± 330 пг/мл, $p < 0,001$) (див. рис.33, Додаток Б).

У 16 тижнів післяпологового періоду було виявлено достовірно менші значення показника естрадіолу у загальній групі ($82,30 \pm 42,40$ пг/мл, $p < 0,001$) та у всіх вікових групах ($p < 0,001$) порівняно з цими ж показниками у групах здорових жінок (див. рис.34, Додаток Б).

У I триместрі вагітності було виявлено достовірно менші значення показника тиреотропного гормону у загальній групі ($0,750 \pm 0,252$ мкМО/мл,

$p < 0,001$) та у всіх вікових групах ($p < 0,001$) порівняно з цими ж показниками у групах здорових жінок (див. рис. 4.4)

При порівнянні даного показника між різними віковими групами серед хворих на ГАСМ вагітних виявлено достовірно більші значення у віковій групі до 25 років ($0,427 \pm 0,256$ мкМО/мл) порівняно з даним показником у вікових групах 26-35 років ($0,841 \pm 0,229$ мкМО/мл, $p < 0,01$) та старше 35 років ($0,659 \pm 0,1$ мкМО/мл, $p < 0,001$) (див. рис. 4.4).

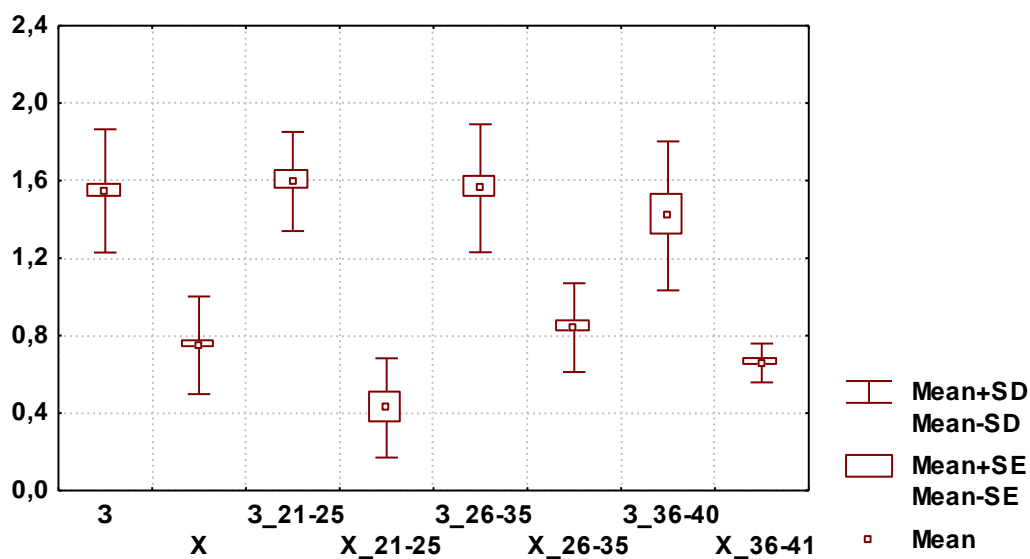


Рис. 4.4. Показники рівня ТТГ в I триместрі вагітності у обстежених жінок загальної і різних вікових груп (мкМО/мл).

У I триместрі вагітності було виявлено достовірно більші значення показника пролактину у загальній групі ($80,75 \pm 7,17$ нг/мл, $p < 0,001$) та у всіх вікових групах ($p < 0,001$) порівняно з цими ж показниками у групах здорових жінок.

При порівнянні даного показника між різними віковими групами серед хворих на ГАСМ вагітних виявлено достовірно більші значення у віковій групі до 25 років ($82,37 \pm 8,60$ нг/мл) порівняно з даним показником у вікових групах 26-35 років ($80,67 \pm 5,69$ нг/мл, $p < 0,05$) (див. рис. 4.5).

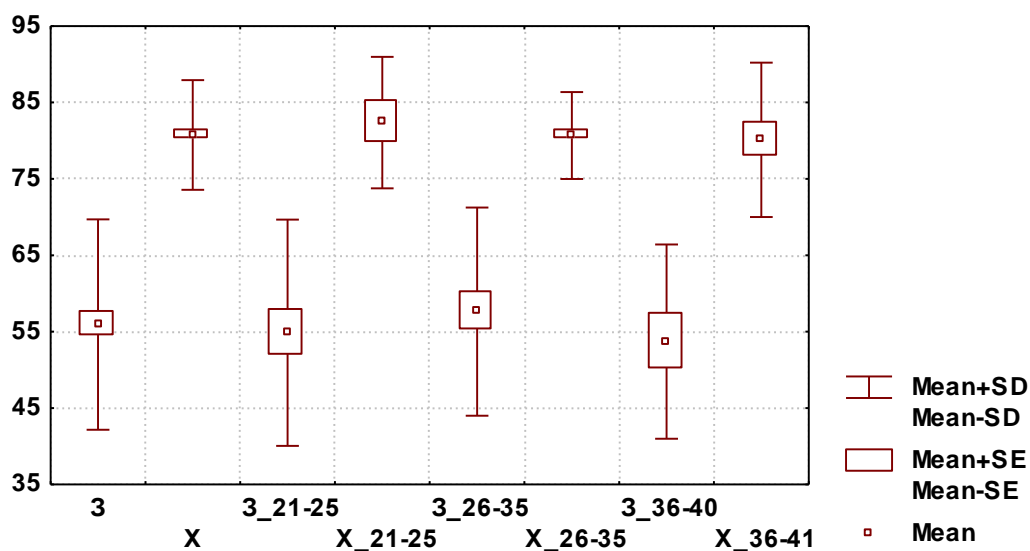


Рис. 4.5. Показники рівня пролактину в I триместрі вагітності у обстежених жінок загальної і різних вікових груп (нг/мл).

У III триместрі вагітності було виявлено достовірно більші значення показника пролактину у загальній групі ($416,8 \pm 33,1$ нг/мл, $p < 0,001$) та у всіх вікових групах ($p < 0,001$) порівняно з цими ж показниками у групах здорових жінок.

При порівнянні даного показника між різними віковими групами серед хворих на ГАСМ вагітних виявлено достовірно більші значення у віковій групі до 25 років ($427,3 \pm 54,0$ нг/мл) порівняно з даним показником у вікових групах 26-35 років ($412,3 \pm 32,4$ нг/мл, $p < 0,05$) (див. рис.35, ДодатокБ).

У 16 тижнів післяпологового періоду було виявлено достовірно більші значення показника пролактину у загальній групі ($400,6 \pm 39,0$ нг/мл, $p < 0,001$) та у всіх вікових групах ($p < 0,001$) порівняно з цими ж показниками у групах здорових жінок.

При порівнянні даного показника між різними віковими групами серед хворих на ГАСМ вагітних виявлено тенденції до менших значень у віковій групі до 25 років ($373,9 \pm 38,8$ нг/мл, $p = 0,059$) порівняно з даним показником у вікових групах 26-35 років ($397,2 \pm 38,7$ нг/мл) та достовірно більші значення даного показника у жінок з ГАСМ старше 35 років ($424,6 \pm 26,9$

нг/мл, $p < 0,01$) порівняно з даним показником у вікових групах 26-35 років ($397,2 \pm 38,7$ нг/мл, $p < 0,01$) та до 25 років (див. рис.36, Додаток Б).

Результати досліджень, які представлені в даному розділі дисертації, відображені у 2 наукових статтях у фахових журналах, які рекомендовані ДАК МОН України

[*Kostiuk I., Chayka G., Garnets Yu. The urethral closure function status in pregnant women suffering from overactive bladder syndrome. «Здоровье женщины» с.48-55*

І.Ю. Костюк, Ю.С.Гарнець, А.В.Козлов. Ультразвукові гравідарні особливості жінок з гіперактивним сечовим міхуром у III триместрі вагітності. Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім.П.Л.Шупика. – 2018. випуск 29 (частина 2). – с. 16-23], що входять до міжнародних наукометричних баз.

РОЗДІЛ 5

ДИСКРИМІНАНТНІ МОДЕЛІ МОЖЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ СИНДРОМУ ГІПЕРАКТИВНОГО СЕЧОВОГО МІХУРА У ЖІНОК РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ОСОБЛИВОСТЕЙ АНТРОПО-СОМАТОТИПОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ТА ГОРМОНАЛЬНОГО ФОНУ

5.1. Моделі можливості виникнення синдрому гіперактивного сечового міхура у вагітних жінок різних вікових груп в залежності від особливостей антропо-соматотипологічних показників

При урахуванні антропо-соматотипологічних показників дискримінантна функція охоплює 55,6 % хворих на ГАСМ та 100 % здорових жінок віком від 17 до 25 років (табл. 5.1). Взагалі модель коректна в 86,7 % випадків.

Таблиця 5.1

Матриця класифікації обстежених жінок віком від 17 до 25 років залежно від особливостей антропо-соматотипологічних показників

Групи обстежених	Коректно обстежені (%)	I група (абс.)	Контрольна група (абс.)
Хворі на ГАСМ	55,6	5	4
Здорові	100	0	21
Загалом	86,7	5	25

Між здоровими та хворими на ГАСМ жінками віком від 17 до 25 років дискримінантними змінними є ширина дистального епіфіза плеча, *conjuncta externa*, м'язовий компонент маси тіла за АІХ та обхват передпліччя у верхній третині (табл. 5.2). Причому, найбільший внесок в дискримінацію між здоровими та хворими на ГАСМ жінками віком від 17 до 25 років має величина ширина дистального епіфіза плеча. Усі інші дискримінантні змінні

мають менш значний, у більшості випадків достовірний (за винятком обхвату передпліччя у верхній третині) поодинокий вплив на дискримінацію між сукупностями здорових і хворих на ГАСМ жінок. В цілому сукупність усіх змінних має незначний рівень дискримінації (статистика Уїлкса лямбда = 0,531; $F = 5,521$; $p < 0,01$) між здоровими та хворими на ГАСМ жінками віком від 17 до 25 років (див. табл. 5.2).

Таблиця 5.2

Звіт дискримінантного аналізу обстежених жінок віком від 17 до 25 років залежно від особливостей антропо-соматотипологічних показників

Wilks' Lambda: 0,531; $F(4,25) = 5,521$; $p < 0,0025$				
Дискримінантні змінні	Wilks' Lambda a	Partial Lambda a	F-remove (1,25)	p-level
Ширина дистального епіфіза плеча	0,759	0,700	10,73	0,0031
Conjugata externa	0,665	0,798	6,33	0,0187
М'язовий компонент маси тіла за АІХ	0,676	0,785	6,85	0,0148
Обхват передпліччя у верхній третині	0,598	0,888	3,16	0,0879

Примітки: тут і в подальшому

1. Wilks' Lambda – статистика Уїлкса лямбда;
2. Partial Lambda – статистика Уїлкса лямбда для поодинокого внеску перемінної в дискримінацію між сукупностями;
3. F-remove – стандартний F-критерій пов'язаний з відповідною Partial Lambda;
4. p-level – p-рівень пов'язаний з відповідним F-remove.

Визначені нами коефіцієнти класифікаційних дискримінантних функцій дають можливість обчислити показник класифікації (Df), за допомогою якого можна передбачити належність показників до «типових» для здорових або до «типових» для хворих на ГАСМ жінок віком від 17 до 25 років і таким чином прогнозувати можливість виникнення даного захворювання (табл. 5.3).

Класифікаційні дискримінантні функції для обстежених жінок віком від 17 до 25 років залежно від особливостей антропо-соматотипологічних показників

Дискримінантні змінні	I група	Контроль-на група
Ширина дистального епіфіза плеча	4,130	2,115
Conjugata externa	15,93	17,31
М'язовий компонент маси тіла за АІХ	-0,154	0,252
Обхват передпліччя у верхній третині	5,802	5,208
Constant	-222,4	-228,3

Визначення показника класифікації (D_f) наведено у вигляді рівнянь, де віднесення до хворих на ГАСМ жінок віком від 17 до 25 років можливе при значенні D_f , близькому до 222,4, а до здорових жінок віком від 17 до 25 років – при значенні D_f , близькому до 228,3:

D_f (для хворих на ГАСМ жінок віком від 17 до 25 років) = ширина дистального епіфіза плеча \times 4,130 + conjugata externa \times 15,93 - м'язовий компонент маси тіла за АІХ \times 0,154 + обхват передпліччя у верхній третині \times 5,802 – 222,4;

D_f (для здорових жінок віком від 17 до 25 років) = ширина дистального епіфіза плеча \times 2,115 + conjugata externa \times 17,31 + м'язовий компонент маси тіла за АІХ \times 0,252 + обхват передпліччя у верхній третині \times 5,208 – 228,3;

де (тут і в подальшому), ШДЕ довгих трубчастих кісток кінцівок – в см;

розміри тазу – в см;

показники компонентного складу маси тіла – в кг;

обхватні розміри тіла – в см.

Для визначення значимості усіх дискримінантних функцій було використано критерій χ^2 (табл. 5.4). Оскільки функція статистично значима – можлива достовірна інтерпретація отриманих показників класифікації між здоровими та хворими на ГАСМ жінками віком від 17 до 25 років при урахуванні антропо-соматотипологічних показників (див. табл. 5.4).

Таблиця 5.4

Звіт покрокового критерію з включенням для усіх канонічних коренів у обстежених жінок віком від 17 до 25 років залежно від особливостей антропо-соматотипологічних показників

	Eigenvalue	Canonicl R	Wilks' Lambda	Chi-Sqr.	Df	p-level
0	0,883	0,685	0,531	16,46	4	0,0025

Примітки: тут і в подальшому:

1. Eigenvalue – значення коренів для кожної дискримінантної функції;
2. Canonicl R – канонічне значення R для різних коренів;
3. Chi-Sqr. – стандартний критерій χ^2 послідовних коренів;
4. Df – кількість ступенів свободи.

При урахуванні антропо-соматотипологічних показників дискримінантна функція охоплює 95,9 % хворих на ГАСМ та 82,1 % здорових жінок віком від 26 до 35 років (табл. 5.5). Взагалі модель коректна в 90,9 % випадків.

Таблиця 5.5

Матриця класифікації обстежених жінок віком від 26 до 35 років залежно від особливостей антропо-соматотипологічних показників

Групи обстежених	Коректно обстежені (%)	I група (абс.)	Контрольна група (абс.)
Хворі на ГАСМ	95,9	47	2
Здорові	82,1	5	23
Загалом	90,9	52	25

Між здоровими та хворими на ГАСМ жінками віком від 26 до 35 років дискримінантними змінними є *dist. Intertrochanterica*, обхват стегна, *conjugata externa*, мезоморфний компонент соматотипу за Хіт-Картером, ширина дистального епіфіза передпліччя, жировий компонент маси тіла за Матейко, обхват передпліччя у верхній третині та обхват плеча (табл. 5.6). Причому, найбільший внесок в дискримінацію між здоровими та хворими на ГАСМ жінками віком від 26 до 35 років мають величини *dist. Intertrochanterica* і ширина дистального епіфіза передпліччя. Усі інші дискримінантні змінні мають менш значний, у більшості випадків достовірний (за винятком мезоморфного компоненту соматотипа за Хіт-Картером і обхвату плеча) поодинокий вплив на дискримінацію між сукупностями здорових і хворих на ГАСМ жінок. В цілому сукупність усіх змінних має середній рівень дискримінації (статистика Уїлкса лямбда = 0,386; F = 13,52; p<0,001) між здоровими та хворими на ГАСМ жінками віком від 26 до 35 років (див. табл. 5.6).

Таблиця 5.6

Звіт дискримінантного аналізу обстежених жінок віком від 26 до 35 років залежно від особливостей антропо-соматотипологічних показників

Wilks' Lambda: 0,386; F (8,68) =13,52; p<0, 001				
Дискримінантні змінні	Wilks' Lambda	Partial Lambda	F-remove (1,68)	p-level
<i>dist. Intertrochanterica</i>	0,519	0,744	23,36	0,0000
обхват стегна	0,421	0,917	6,15	0,0156
<i>Conjugata externa</i>	0,413	0,935	4,72	0,0334
Мезоморфний компонент соматотипу за Хіт-Картером	0,397	0,972	1,94	0,1683
Ширина дистального епіфіза передпліччя	0,527	0,732	24,84	0,0000
Жировий компонент маси тіла за Матейко	0,436	0,885	8,82	0,0041
Обхват передпліччя у верхній третині	0,415	0,931	5,01	0,0284
Обхват плеча	0,400	0,965	2,47	0,1208

Показники, що увійшли до складу класифікаційної функції між здоровими та хворими на ГАСМ жінками віком від 26 до 35 років в залежності від особливостей антропо-соматотипологічних показників наведені в таблиці 5.7.

Таблиця 5.7

Класифікаційні дискримінантні функції для обстежених жінок віком від 26 до 35 років залежно від особливостей антропо-соматотипологічних показників

Дискримінантні змінні	I група	Контрольна група
dist. Intertrochanterica	111,5	115,2
Обхват стегна	-0,533	-0,720
Conjugata externa	-11,02	-11,90
Мезоморфний компонент соматотипу за Хіт-Картером	-2,967	-2,496
Ширина дистального епіфіза передпліччя	-8,813	-14,51
Жировий компонент маси тіла за Матейко	1,643	3,005
Обхват передпліччя у верхній третині	-4,591	-5,241
Обхват плеча	5,003	5,417
Constant	-1558	-1625

Показники класифікації (Df) для різних груп жінок в залежності від особливостей антропо-соматотипологічних показників мають вигляд наступних рівнянь:

Df (для хворих на ГАСМ жінок віком від 26 до 35 років) = dist. Intertrochanterica x 111,5 - обхват стегна x 0,553 – conjugata externa x 11,02 - мезоморфний компонент соматотипу за Хіт-Картером x 2,967 - ширина дистального епіфіза передпліччя x 8,813 + жировий компонент маси тіла за Матейко x 1,643 - обхват передпліччя у верхній третині x 4,591 + обхват плеча x 5,003 – 1558;

Df (для здорових жінок віком від 26 до 35 років) = dist. Intertrochanterica x 115,2 - обхват стегна x 0,720 – conjugata externa x 11,90 - мезоморфний компонент за Хіт-Картером x 2,496 - ширина дистального епіфіза передпліччя x 14,51 + жировий компонент за Матейко x 3,005 - обхват передпліччя у верхній третині x 5,241 + обхват плеча x 5,417 – 1625;

де (тут і в подальшому), *компоненти соматотипу* – в балах.

При визначенні значимості дискримінантних функцій за допомогою критерію χ^2 встановлено, що можлива достовірна інтерпретація отриманих показників класифікації між здоровими і хворими на ГАСМ жінками віком від 26 до 35 років в залежності від особливостей антропо-соматотипологічних показників (табл. 5.8).

Таблиця 5.8

Звіт покрокового критерію з включенням для усіх канонічних коренів у обстежених жінок віком від 17 до 25 років залежно від особливостей антропо-соматотипологічних показників

	Eigenvalue	Canonical R	Wilks' Lambda	Chi-Sqr.	Df	p-level
0	1,590	0,784	0,386	67,58	8	0,0000

При урахуванні антропо-соматотипологічних показників дискримінантна функція охоплює 100 % хворих на ГАСМ та 72,7 % здорових жінок віком від 36 до 41 років (табл. 5.9). Взагалі модель коректна в 89,3 % випадків.

Таблиця 5.9

Матриця класифікації обстежених жінок віком від 36 до 41 років залежно від особливостей антропо-соматотипологічних показників

Групи обстежених	Коректно обстежені (%)	I група (абс.)	Контрольна група (абс.)
Хворі на ГАСМ	100	17	0
Здорові	72,7	3	8
Загалом	89,3	20	8

Між здоровими та хворими на ГАСМ жінками віком від 36 до 41 року дискримінантними змінними є ширина дистального епіфіза гомілки та довжина тіла (табл. 5.10). Причому, найбільший внесок в дискримінацію між здоровими та хворими на ГАСМ жінками віком від 36 до 41 років має величина ширини дистального епіфіза гомілки. В цілому сукупність усіх змінних має незначний рівень дискримінації (статистика Уїлкса лямбда = 0,445; $F = 15,62$; $p < 0,001$) між здоровими та хворими на ГАСМ жінками віком від 36 до 41 року (див. табл. 5.10).

Таблиця 5.10

Звіт дискримінантного аналізу обстежених жінок віком від 36 до 41 року залежно від особливостей антропо-соматотипологічних показників

Wilks' Lambda: 0,445; $F(2,25) = 15,62$; $p < 0,001$				
Дискримінантні змінні	Wilks' Lambda	Partial Lambda	F-remove (1,25)	p-level
Ширина дистального епіфіза гомілки	0,849	0,523	22,78	0,0001
Довжина тіла	0,586	0,758	7,96	0,0092

Показники, що ввійшли до складу класифікаційної функції між здоровими та хворими на ГАСМ жінками віком від 36 до 41 року в залежності від особливостей антропо-соматотипологічних показників наведені в таблиці 5.11.

Таблиця 5.11

Класифікаційні дискримінантні функції для обстежених жінок віком від 36 до 41 року залежно від особливостей антропо-соматотипологічних показників

Дискримінантні змінні	I група	Контрольна група
Ширина дистального епіфіза гомілки	2,084	-1,005
Довжина тіла	4,667	4,926
Constant	-398,2	-421,6

Показники класифікації (Df) для різних груп жінок в залежності від особливостей антропо-соматотипологічних показників мають вигляд наступних рівнянь:

Df (для хворих на ГАСМ жінок віком від 26 до 35 років) = ширина дистального епіфіза гомілки \times 2,084 + довжина тіла \times 4,667 – 398,2;

Df (для здорових жінок віком від 26 до 35 років) = - ширина дистального епіфіза гомілки \times 1,005 + довжина тіла \times 4,926 – 421,6;

де, *поздовжні розміри тіла* – в см.

При визначенні значимості дискримінантних функцій за допомогою критерію χ^2 встановлено, що можлива достовірна інтерпретація отриманих показників класифікації між здоровими і хворими на ГАСМ жінками віком від 26 до 35 років в залежності від особливостей антропо-соматотипологічних показників (табл. 5.12).

Таблиця 5.12

Звіт покрокового критерію з включенням для усіх канонічних коренів у обстежених жінок віком від 17 до 25 років залежно від особливостей антропо-соматотипологічних показників

	Eigenvalue	Canonicl R	Wilks' Lambda	Chi-Sqr.	Df	p-level
0	1,250	0,745	0,444	20,27	2	0,0000

5.2. Моделі можливості виникнення синдрому гіперактивного сечового міхура у вагітних жінок різних вікових груп в залежності від особливостей гормонального фону

При урахуванні особливостей гормонального фону дискримінантна функція охоплює 100 % хворих на ГАСМ та 100% здорових жінок віком від 17 до 25 років (табл. 5.13). Взагалі модель коректна в 100% випадків.

Матриця класифікації обстежених жінок віком від 17 до 25 років залежно від особливостей гормонального фону

Групи обстежених	Коректно обстежені (%)	I група (абс.)	Контрольна група (абс.)
Хворі на ГАСМ	100	9	0
Здорові	100	0	21
Загалом	100	9	21

Між здоровими та хворими на ГАСМ вагітними віком від 17 до 25 років дискримінантними змінними є рівень естрадіолу в 16 тиж. післяпологового періоду та рівень пролактину в I триместрі вагітності (табл. 5.14). В цілому сукупність усіх змінних має незначний рівень дискримінації (статистика Уїлкса лямбда = 0,619; F = 131,4; p<0,001) між здоровими та хворими на ГАСМ жінками віком від 17 до 25 років (див. табл. 5.14).

Таблиця 5.14

Звіт дискримінантного аналізу обстежених жінок віком від 17 до 25 років залежно від особливостей гормонального фону

Wilks' Lambda: 0,619; F (3,26) = 131,4; p<0,001				
Дискримінантні змінні	Wilks' Lambda	Partial Lambda	F-remove (1,26)	p-level
Естрадіол в 16 тиж. післяпологового періоду	0,083	0,748	8,77	0,0065
Пролактин в I триместрі вагітності	0,075	0,825	5,52	0,0266

Показники, що увійшли до складу класифікаційної функції між здоровими та хворими на ГАСМ жінками віком від 17 до 25 років в залежності від особливостей гормонального фону наведені в таблиці 5.15.

Класифікаційні дискримінантні функції для обстежених жінок віком від 17 до 25 років залежно від особливостей гормонального фону

Дискримінантні змінні	I група	Контрольна група
Естрадіол в 16 тиж. післяпологового періоду	-0,023	0,030
Пролактин в I триместрі вагітності	0,574	0,303
Constant	-56,43	-12,97

Показники класифікації (Df) для різних груп жінок в залежності від особливостей показників гормонального фону мають вигляд наступних рівнянь:

Df (для хворих на ГАСМ жінок віком від 17 до 25 років) = - естрадіол в 16 тиж післяпологового періоду \times 0,023 + пролактин в I триместрі вагітності \times 0,574 – 56,43;

Df (для здорових жінок віком від 17 до 25 років) = естрадіол в 16 тиж післяпологового періоду \times 0,03 + пролактин в I триместрі вагітності \times 0,303 – 12,97;

де (тут і в подальшому), *естрадіол* – в пг/мл;

пролактин – в нг/мл.

При визначенні значимості дискримінантних функцій за допомогою критерію χ^2 встановлено, що можлива достовірна інтерпретація отриманих показників класифікації між здоровими і хворими на ГАСМ жінками віком від 17 до 25 років в залежності від особливостей гормонального фону (табл. 5.16).

Звіт покрокового критерію з включенням для усіх канонічних коренів у обстежених жінок віком від 17 до 25 років залежно від особливостей гормонального фону

	Eigenvalue	Canonicl R	Wilks' Lambda	Chi-Sqr.	Df	p-level
0	15,17	0,969	0,062	73,75	3	0,0000

При урахуванні показників гормонального фону дискримінантна функція охоплює 100 % хворих на ГАСМ та 100 % здорових жінок віком від 26 до 35 років (табл. 5.17). Взагалі модель коректна в 100 % випадків.

Таблиця 5.17

Матриця класифікації обстежених жінок віком від 26 до 35 років залежно від особливостей гормонального фону

Групи обстежених	Коректно обстежені (%)	I група (абс.)	Контроль-на група (абс.)
Хворі на ГАСМ	100	49	0
Здорові	100	0	28
Загалом	100	49	28

Між здоровими та хворими на ГАСМ жінками віком від 26 до 35 років дискримінантними змінними є рівень естрадіолу в 16 тиж. післяпологового періоду, тестостерону в III триместрі вагітності, естрадіолу в III триместрі вагітності, пролактину в III триместрі вагітності, естрадіолу в I триместрі вагітності та рівень тестостерону в I триместрі вагітності (табл. 5.18). Причому, найбільший внесок в дискримінацію між здоровими та хворими на ГАСМ жінками віком від 26 до 35 років має величина естрадіолу в 16 тиж. післяпологового періоду. Усі інші дискримінантні змінні мають менш значний, у більшості випадків достовірний вплив на дискримінацію між сукупностями здорових і хворих на ГАСМ жінок. В цілому сукупність усіх змінних має незначний рівень дискримінації (статистика Уїлкса лямбда = 0,493;

$F = 224,9; p < 0,001$) між здоровими та хворими на ГАСМ жінками віком від 26 до 35 років (див. табл. 5.18).

Таблиця 5.18

Звіт дискримінантного аналізу обстежених жінок віком від 26 до 35 років залежно від особливостей гормонального фону

Wilks' Lambda: 0,493; $F(6,7) = 224,9; p < 0,001$				
Дискримінантні змінні	Wilks' Lambda	Partial Lambda	F-remove (1,70)	p-level
Естрадіол в 16 тиж. післяпологового періоду	0,186	0,265	194,1	0,0000
Тестостерон у III триместрі вагітності	0,055	0,905	7,36	0,0084
Естрадіол у III триместрі вагітності	0,056	0,875	9,97	0,0023
Пролактин у III триместрі вагітності	0,054	0,911	6,85	0,0108
Естрадіол у I триместрі вагітності	0,054	0,922	5,94	0,0174
Тестостерон у I триместрі вагітності	0,052	0,944	4,11	0,0463

Показники, що ввійшли до складу класифікаційної функції між здоровими та хворими на ГАСМ жінками віком від 26 до 35 років в залежності від особливостей гормонального фону наведені в таблиці 5.19.

Таблиця 5.19

Класифікаційні дискримінантні функції для обстежених жінок віком від 26 до 35 років залежно від особливостей гормонального фону

Дискримінантні змінні	I група	Контрольна група
Естрадіол в 16 тиж. післяпологового періоду	0,056	0,312
Тестостерон у III триместрі вагітності	23,07	-17,83
Естрадіол у III триместрі вагітності	0,005	0,008
Пролактин у III триместрі вагітності	0,242	0,171
Естрадіол у I триместрі вагітності	-0,002	0,002
Тестостерон у I триместрі вагітності	-1,057	28,650
Constant	-103,7	-134,3

Показники класифікації (Df) для різних груп вагітних жінок в залежності від особливостей гормонального фону мають вигляд наступних рівнянь:

Df (для хворих на ГАСМ жінок віком від 26 до 35 років) = естрадіол в 16 тиж. післяпологового періоду $\times 0,056$ + тестостерон у III триместрі вагітності $\times 23,07$ + естрадіол у III триместрі вагітності $\times 0,005$ + пролактин у III триместрі вагітності $\times 0,242$ – естрадіол у I триместрі вагітності $\times 0,002$ – тестостерон у I триместрі вагітності $\times 1,057$ – 103,7;

Df (для здорових жінок віком від 26 до 35 років) = естрадіол в 16 тижнів післяпологового періоду $\times 0,312$ – тестостерон у III триместрі вагітності $\times 17,83$ + естрадіол у III триместрі вагітності $\times 0,008$ + пролактин у III триместрі вагітності $\times 0,171$ + естрадіол у I триместрі вагітності $\times 0,002$ + тестостерон у I триместрі вагітності $\times 28,650$ – 134,3;

де (тут і в подальшому), *тестостерон* – нмоль/л.

При визначенні значимості дискримінантних функцій за допомогою критерію χ^2 встановлено, що можлива достовірна інтерпретація отриманих показників класифікації між здоровими і хворими на ГАСМ жінками віком від 26 до 35 років в залежності від особливостей гормонального фону (табл. 5.20).

Таблиця 5.20

Звіт покрокового критерію з включенням для усіх канонічних коренів у обстежених жінок віком від 26 до 35 років залежно від особливостей гормонального фону

	Eigenvalue	Canonical R	Wilks' Lambda	Chi-Sqr.	Df	p-level
0	19,27	0,975	0,049	216,7	6	0,0000

При урахуванні показників гормонального фону дискримінантна функція охоплює 100 % хворих на ГАСМ та 100 % здорових вагітних віком від 36 до 41 року (табл. 5.21). Взагалі модель коректна в 100 % випадків.

Таблиця 5.21

Матриця класифікації обстежених жінок віком від 36 до 41 року залежно від особливостей гормонального фону

Групи обстежених	Коректно обстежені (%)	I група (абс.)	Контрольна група (абс.)
Хворі на ГАСМ	100	17	0
Здорові	100	0	11
Загалом	100	17	11

Між здоровими та хворими на ГАСМ жінками віком від 26 до 35 років дискримінантними змінними є естрадіол в III триместрі вагітності та естрадіол в 16 тиж. післяпологового періоду (табл. 5.22). Причому, найбільший внесок в дискримінацію між здоровими та хворими на ГАСМ жінками віком від 36 до 41 року має величина естрадіолу в III триместрі вагітності. В цілому сукупність усіх змінних має середній рівень дискримінації (статистика Уїлкса лямбда = 0,371; $F = 207,4$; $p < 0,001$) між здоровими та хворими на ГАСМ жінками віком від 36 до 41 року (див. табл. 5.22).

Таблиця 5.22

Звіт дискримінантного аналізу обстежених жінок віком від 36 до 41 року залежно від особливостей гормонального фону

Wilks' Lambda: 0,371; $F(3,24) = 207,4$; $p < 0,001$				
Дискримінантні змінні	Wilks' Lambda	Partial Lambda	F-remove (1,24)	p-level
Естрадіол у III триместрі вагітності	0,085	0,439	30,71	0,0000
Естрадіол в 16 тиж. післяпологового періоду	0,066	0,564	18,54	0,0002

Показники, що увійшли до складу класифікаційної функції між здоровими та хворими на ГАСМ жінками віком від 36 до 41 року в залежності від особливостей гормонального фону наведені в таблиці 5.23.

Таблиця 5.23

Класифікаційні дискримінантні функції для обстежених жінок віком від 36 до 41 року залежно від особливостей гормонального фону

Дискримінантні змінні	I група	Контрольна група
Естрадіол у III триместрі вагітності	0,020	0,032
Естрадіол в 16 тиж. післяпологового періоду	0,450	0,664
Constant	-276,0	-361,9

Показники класифікації (Df) для різних груп жінок в залежності від особливостей гормонального фону мають вигляд наступних рівнянь:

Df (для хворих на ГАСМ жінок віком від 36 до 41 року) = естрадіол у III триместрі вагітності \times 0,020 + естрадіол в 16 тиж. післяпологового періоду \times 0,450 – 276,0;

Df (для здорових жінок віком від 36 до 41 року) = естрадіол у III триместрі вагітності \times 0,032 + естрадіол в 16 тиж. післяпологового періоду \times 0,664 – 361,9.

При визначенні значимості дискримінантних функцій за допомогою критерію χ^2 встановлено, що можлива достовірна інтерпретація отриманих показників класифікації між здоровими і хворими на ГАСМ жінками віком від 36 до 41 року в залежності від особливостей гормонального фону (табл. 5.24).

Звіт покрокового критерію з включенням для усіх канонічних коренів у обстежених жінок віком від 36 до 41 року залежно від особливостей гормонального фону

	Eigenvalue	Canonicl R	Wilks' Lambda	Chi-Sqr.	Df	p-level
0	25,93	0,981	0,037	80,68	3	0,0000

Таким чином, за допомогою дискримінантного аналізу, нами при урахуванні антропометричних і соматотипологічних показників або особливостей гормонального фону у вагітних жінок різних вікових груп побудовані достовірні математичні моделі можливості виникнення ГАСМ.

Результати досліджень, які представлені в даному розділі дисертації, відображені у науковій статті в фаховому журналі, що входить до міжнародних науко-метричних баз

[Kostyuk I. Yu., Chayka G. V., Storozhuk M. S., Tarasiuk O. M. Modeling the possibility of occurrence of overactive bladder in women of different ages, depending on anthropo-somatotypological indicators or hormonal background with the help of discriminant analysis. / Biomedical and biosocial anthropology, № 31(2018). 73–81].

Отримано патент на корисну модель [№ 130412. Спосіб прогнозування діагностики та профілактики синдрому гіперактивного сечового міхура у вагітних жінок / Костюк І.Ю., Чайка Г.В., заявник та патентовласник Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова. - № u 2018 05789; заявл. 24.05.2018; опубл. 10.12.018, Бюл. № 23].

РОЗДІЛ 6

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕНЬ

Синдром гіперактивного сечового міхура є, окрім медичної, серйозною соціально-економічною проблемою і призводить до соціальної дезадаптації особистості [4, 15, 30, 59, 66, 118].

Провівши аналіз показників поширеності гіперактивного сечового міхура найбільший показник серед жіночого населення виявлено в державах Азії [64, 124]. Згідно з проведеними опитуваннями серед 5502 жінок фертильного віку, які проживають в 11 країнах Азії, 53,1% страждають на ГАСМ, ургентність позивів зустрічається у 65,4%, змішане нетримання виявлене у 11,4% жінок. При цьому лише 21,1% хворих звернулися за допомогою до лікувальних установ .

Однією з найменш вивчених проблем є вплив вагітності, пологів та післяпологового періоду на маніфестацію, клінічний перебіг, важкість порушень сечовипускання в подальшому. Нечисленні публікації в даному напрямі є частенько суперечливими і носять фрагментарний характер [14, 21, 30, 59, 73].

У зв'язку з цим метою даного дослідження є зниження рівня розвитку синдрому гіперактивного сечового міхура у жінок під час вагітності шляхом розробки комплексного методу діагностичного алгоритму та прогнозування порушень сечовипускання у вагітних жінок різних соматотипів.

Для досягнення даної мети використовувалися такі методи діагностики: загальноклінічні, (анкети - опитувальники), соматотипологічні, ультразвукові, лабораторні, цитологічні, антропометричні та статистичні.

Нами було обстежено 135 вагітних жінок, з яких 75 жінок - з клінічними ознаками гіперактивного сечового міхура, 60 - практично здорових вагітних жінок.

Торкаючись питання клінічної характеристики обстежених жінок, слід зазначити, що до моделі дослідження потрапили вагітні жінки м. Вінниці віком від 17 до 41 року.

Аналіз можливих факторів ризику розвитку синдрому ГАСМ, який був проведений нами за допомогою спеціально розробленої анкети-опитувальника, свідчить, що більш високий рівень загрози маніфестації інконтиненції мав місце серед жінок з незадовільними матеріально-економічними умовами - 26,7%.

При вивченні соціального статусу обстежених жінок було встановлено, що у загальній групі вагітних, хворих на ГАСМ, переважали працюючі жінки (54,7%) з задовільною матеріальною забезпеченістю ($p < 0,001$).

Нами встановлено, що умови праці та професійні шкідливості відіграють важливу роль у формуванні й розвитку ГАСМ. Так, майже всі жінки основної групи 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%).

Так, переважна більшість вагітних з ГАСМ вікової групи до 25 років - студентки (66,7%) - відстрочували акт сечовипускання, пов'язуючи це з навчальним навантаженням та небажанням упустити інформацію та матеріал пари ($p < 0,01$). 42,9% жінок вікової групи з 26 до 35 років – працюючі - були змушені відстрочувати акт сечовипускання, у зв'язку з конвеєрним типом роботи на виробництві. Дана інформація дозволяє зробити припущення, що вимушене утримання від акту сечовипускання спричиняє гіпертрофію м'язового апарату детрузора і сінки сечового міхура з подальшим порушенням їх інервації та скоротливої функції.

У зв'язку з великою кількістю жінок, що відмічали фізичні навантаження, було вирішено детальніше опрацювати дану інформацію. При вивченні особливостей фізичних навантажень встановлено достовірно ($p < 0,01$) більше значення кількості жінок основної групи загалом, які мали постійні фізичні навантаження (61,3%) та більше 6 год на добу. Отже вимушене від-

строчення акту сечовипускання та фізичні навантаження більше 6 год на добу є можливими пусковими чинниками розвитку порушень сечовипускання, зокрема гіперактивного сечового міхура. Дане припущення знаходить себе у наукових працях американських та канадських дослідників [119, 143, 144].

За даними багатьох дослідників (Sebastianelli A., Russo G.I., Kaplan S.A., Del Río-Gonzalez S., Aragon I.M., Castillo E., Siegel S., Noblett K., Mangel J., Bennett J., Griebeling T.L., 2018), шкідливі звички негативно впливають на розвиток та прогресування порушень сечовипускання [51, 108,127]. Куріння є одним з тих факторів, які призводять до підвищення внутрішньочеревного тиску. Окрім виникнення хронічних обструктивних захворювань дихальних шляхів, хронічний кашель викликає підвищення тиску в черевній порожнині і, відповідно, на тазовому дні, це призводить до пошкодження підтримуючого апарату уретри, тому й виникає НС. Згідно даних багатьох дослідників, маніфестація НС протягом першого року після пологів у жінок, що палять розвивається в 3 рази частіше, ніж у тих, які не палять взагалі [108, 144, 146, 160].

Так, при аналізі показників паління в загальній групі серед 93,3% жінок основної групи, що палять, переважали жінки, які палять щодня (41,3%), в порівнянні з 85% жінок групи контролю, які не палять та ніколи не палили ($p<0,001$).

Слід зазначити, що серед шкідливих звичок негативний вплив на життєдіяльність будь-якого організму також має вживання алкогольних та безалкогольних напоїв. З даного дослідження було виключено жінок з хронічним алкоголізмом та тих, які вживають пиво, оскільки згідно даних світової літератури вживання пива не впливає на розвиток будь-яких порушень сечовипускання [147].

При порівнянні показників вживання алкоголю виявлено достовірно ($p<0,001$) більше значення показників частого (42,7%) та щоденного

(10,7%) прийомів алкоголю узагальній групі хворих на ГАСМ жінок. Ці результати є підтвердженням світових даних [51, 127].

При порівнянні показників вживання газованих напоїв жінки з ГАСМ часто чи щоденно вживають кока-колу, пепсі-колу та інші газовані напої, переважна більшість практично здорових вагітних вживають колу дуже рідко.

Оцінивши показник вживання кави було встановлено, що 72% хворих на ГАСМ жінок ($p < 0,05$) щоденно вживають каву. У статті Vump R.C., McClish D. (1994) ми знайшли пояснення цьому: у газованих та інших штучних напоях містяться різні барвники, консерванти і кофеїн, які надають подразнюючу дію на сечовий міхур та збільшують діурез [40].

В ході бесіди також було приділено увагу суб'єктивній оцінці причини захворювання. За словами пацієнок, основними причинами інконтиненції були: 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 перенесені в період місячних та вагітності стреси; 13,7% стверджували, що НС з'явилося після зміни статевого партнера, а також після початку статевого життя (13,3%).

Отримавши такі дані, ми вирішили більш детально опрацювати найбільш значимі, такі як менструальна функція, сексуальна функція та репродуктивне навантаження.

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.

Щодо характеристики сексуальної функції жінок досліджуваних груп, переважний вік початку статевого життя становив 14-17 років в групі хворих на ГАСМ жінок (69,7%).

У віковій групі до 25 років хворих на ГАСМ жінок було встановлено достовірно ($p < 0,05$) більше значення показників початку статевого життя до 14 років, ніж у групі практично здорових вагітних.

З метою оцінки інтенсивності статевого життя була проаналізована кількість статевих партнерів. Загальна кількість статевих партнерів жінок основної групи варіювала від 1 до 8 до появи ознак інконтиненції, в той час як число статевих партнерів групи контролю - від 1 до 3. Слід зазначити, що у більшості пацієнток основної групи загальне число статевих партнерів було більше 4.

При аналізі показників контрацептивних засобів, які використовувалися жінками в анамнезі, було встановлено переважання у використанні методу перерваного статевого акту (44,7%) та КОКів (26,7%). Внутрішньоматкову контрацепцію використовують 18,7% вагітних жінок з ГАСМ.

Проаналізувавши анкетні дані гінекологічних втручань з'ясувалося, що всі жінки основної групи – 100% - перенесли в анамнезі різного роду внутрішньоматкові інвазивні процедури – МВА (50,7%), діагностичне вишкрібання порожнини матки (32%), а також ВМК (17,3%), що значно більше, ніж у контрольній групі.

На наш погляд заслуговує на увагу структура гінекологічної патології, яка мала місце в анамнезі в групах жінок, які підлягали статистичній обробці.

Так, за частотою поширеності 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 8% вагітних основної групи має хламідіоз. Серед вагітних контрольної групи, жінки з хламідіозом відсутні ($p < 0,05$). Такі показники слугують підтвердженням світових даних, оскільки наявність в анамнезі запальних захворювань органів малого таза сприяє інфікуванню уротелію сечового міхура [19, 20, 93, 128].

При обов'язковому проведенні бактеріоскопічного обстеження піхво-вого вмісту жінок з ГАСМ було встановлено, що патогенна та умовно патогенна флора виділена у 86,7% вагітних, в порівнянні з 13,3% у практично здорових жінок.

При вивченні репродуктивної функції жінок досліджуваних груп було проведено аналіз кількості вагітностей та пологів, маси новонароджених дітей, а також взаємовідношення між цими показниками.

Згідно даних ретроспективної оцінки Американських та Європейських досліджень висока інтенсивність репродуктивного навантаження прямо пропорційна розвитку порушень сечовипускання та ГАСМ [35, 144, 150].

При порівнянні репродуктивного навантаження встановлено, що у групі жінок з ГАСМ переважають показники 5-8 вагітностей (54,0 % вагітних) порівняно з 6,7% серед здорових жінок. У групі здорових жінок переважають показники 2-4 вагітностей - 83,3%.

Щодо кількості пологів встановлено достовірно ($p < 0,01$) більші значення показників III (42,7%) та IV (17,3%) і більше пологів у групі жінок з ГАСМ. У групі здорових жінок переважають значення показників I (28,3%) та II (51,7%) пологів.

При порівнянні виду пологорозрішення встановлено переважання показників пологів через природні статеві шляхи у загальній групі жінок з ГАСМ (88%). Щодо показника Кесарського розтину, було виявлено достовірно ($p < 0,01$) менші значення показників оперативного родорозрішення у загальній групі жінок з ГАСМ (12%).

Порушення сечовипускання деякі автори пов'язують з використанням в менеджменті індукції пологів за допомогою простагландинів E_2 [124, 160]. У групі хворих на ГАСМ жінок встановлено достовірно ($p < 0,001$) більші значення даного показника - 33,3%. До того ж, виявлено тенденцію до збільшення даного показника з віком вагітної. Можна припустити, що збільшення рівня простагландинів E_2 згідно патогенетичного механізму впливу даної групи гормонів на тропні до них тканини уротракту, сприяє розвитку

порушень сечовипускання, зокрема синдрому ГАСМ. Таке припущення знайшло підтвердження у матеріалах нещодавнього корейського дослідження [160].

Між гравідарними показниками вагітної та фетометричними показниками (плоду) існує чіткий взаємозв'язок, що є цілком логічним у функціонуванні системи мати-плацента-плід [1, 7]. Так, в переважній більшості серед практично здорових (71,7%) та хворих на ГАСМ жінок (58,7%) діти народжувалися з масою 3000 - 3999г. Однак, у 36% хворих вагітних виявлено достовірно ($p < 0,001$) більші значення маси дітей 4000 – 4999 г-порівняно з 5% контрольної групи жінок.

У Нідерландах пацієнтки з ГАСМ мають також супутні депресію (в 60% випадків), інфекції шкіри, порушення сну, вульвовагініти, зниження сексуального потягу, тощо [41]. При аналізі впливу ГАСМ на якість життя жінок нами було виявлено погіршення відносин з членами сім'ї, негативне відношення до статевого акту, розірвання шлюбу, що підтверджують світові дані [41, 124].

Внаслідок отримання здебільшого негативної інформації щодо відношення до статевого акту та обраних жінками методів контрацепції для більш повної оцінки сексуальної активності жінок було досліджено показники інтенсивності статевого життя обох груп різного віку.

В ході опрацювання причин такого відношення до статевого акту було встановлено наявність дискомфорту під час акту (24%) та страху мимовільного сечовипускання (66,7%). 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.

Як відомо, обтяжений спадковий анамнез чи по лінії батька або матері, чи по обох лініях може бути причиною наявності даної патології пацієнта. Це підтверджує генетичну схильність до розвитку багатьох захворювань. Під час заповнення анкети нашими пацієнтками, лікарі жіночої консультації

спрямовували увагу усіх вагітних на наявність у родичів I (у матері) та II лінії (бабуся) будь-яких, відомих їм, видів порушень сечовипускання. При аналізі показників спадкового анамнезу, у 70,7% жінок основної групи було виявлено втрати сечі невідомого генезу, пролапс тазових органів та стресове нетримання сечі.

Під час співбесіди з вагітними на предмет тривалості клінічних проявів ГАСМ було встановлено, що деякі жінки виявили симптоми порушення сечовипускання в підлітковому віці, у деяких клінічні прояви з'явилися під час першої вагітності чи наступних, у III триместрі, після пологів та у післяпологовому періоді. Однак переважна більшість жінок не сприймали цього всерйоз, вважаючи ці прояви фізіологічними змінами різних станів. Так, тривалість клінічних проявів ГАСМ у вагітних I групи становила в середньому $2,619 \pm 1,289$ р., що не дуже відрізнялося від величин даного показника у різні вікові групи, за виключенням жінок, старше 35 років ($3,176 \pm 1,211$ рр.).

Оцінивши дані ДРИП-тесту в I триместрі вагітності, епізоди сечовипускання більше 6 разів вдень і більше 1 разів за ніч було виявлено у всіх жінок I групи, раптовий стійкий позив на сечовипускання у 63,3% вагітних, нетримання сечі вночі, в горизонтальному положенні або при зміні положення тіла у 98,7%, зв'язок НС з різноманітним фізичним навантаженням у 96% жінок, раптова необхідність в сечовипусканні при звуці води, що ллється, чи при контакті з водою у 84% та неможливість волевим зусиллям спинити виділення сечі при НС, що почалося 74,7% випадків.

При порівнянні скарг вагітних з ГАСМ в I триместрі в загальній групі було виявлено полакіурію у всіх жінок, ноктурію у 96,0%, імперативний позив - 65,3%, відчуття неповного с/в 40,7%, акт с/в неможливо зупинити 76,0%, дріблінг 21,3%.

У III триместрі в загальній групі було виявлено полакіурію та ноктурію у всіх жінок, імперативний позив (98,7%), відчуття неповного с/в (78,7%), акт с/в неможливо зупинити у 94,7% випадків, дріблінг (66,7%).

При порівнянні скарг вагітних з ГАСМ в 16 тижнів післяпологового періоду в загальній групі було виявлено полакіурію та ноктурію у всіх жінок, імперативний позив (98,7%), відчуття неповного с/в (78,7%), акт с/в неможливо зупинити у 96% випадків, дріблінг (48,7%).

Оскільки проведення урофлоуметрії під час вагітності не має діагностичної цінності, методом оцінки порушень сечовипускання залишаються анкети та щоденники сечовипускання [93, 122].

Дані щоденників сечовипускання - важливий інструмент в обстеженні пацієнток з порушеннями сечовипускання.

Оцінивши дані щоденників сечовипускання протягом 3-х днів в I триместрі нами виявлено, що середня кількість денних сечовипускань у пацієнток з ГАСМ достовірно більша майже вдвічі загалом ($9,920 \pm 1,024$ разів), у порівнянні з показником в групі контролю ($4,717 \pm 0,804$ разів). Показник добового сечовипускання у пацієнток з ГАСМ був майже в 2 з половиною рази більший ($10,89 \pm 1,68$ разів), у порівнянні з показником в групі контролю ($4,750 \pm 0,836$ рази). Така ж взаємодія залишилася і в III триместрі, і в 16 тижнів післяпологового періоду. До того ж, наявна тенденція до збільшення цих показників з пролонгуванням вагітності, однак даний показник знижується в післяпологовому періоді в групі практично здорових жінок, та збільшується в групі жінок з ГАСМ.

При вивченні патологічної флори піхви було виявлено достовірно більші показники *E.coli* (достовірно ($p < 0,01$) значущий ступінь контамінації - 10^5), *E. Faecalis* (достовірно ($p < 0,01$) значущий ступінь контамінації - 10^4), *G. Vaginalis* (достовірно ($p < 0,001$) значущий ступінь контамінації - 10^5 та 10^6), *S. Albicans* (достовірно ($p < 0,001$) значущий ступінь контамінації - 10^5 та 10^6 з тенденцією до підвищення показника з віком) та *Chl. Trachomatis* (достовірно ($p < 0,05$) значущий ступінь контамінації - 10^6), було встановлено загалом у жінок з ГАСМ, в порівнянні з загальною групою здорових вагітних.

При вивченні патологічної флори сечі було виявлено достовірно більші показники *E.coli* (достовірно ($p<0,01$) значущий ступінь контамінації - 10^3), *E. Faecalis* (достовірно ($p=0,073$) значущий ступінь контамінації - 10^4), *G. Vaginalis* (достовірно ($p<0,001$) значущий ступінь контамінації - 10^3 та 10^4), *S. Albicans* (достовірно ($p<0,001$) значущий ступінь контамінації - 10^3 та 10^4) було встановлено загалом у жінок з ГАСМ, в порівнянні з загальною групою здорових вагітних, що доводить наявність інфекційного агенту серед причин маніфестації ГАСМ.

Загальновідомим є той факт, що у розвитку багатьох патологічних процесів приймають участь як екзогенні, так і ендогенні фактори. У повній мірі це стосується і вагітності як генетично детермінованого процесу і до нетримання сечі, яке є прямим чи віддаленим післяпологовим ускладненням. На жаль, не виявлено якісних публікацій досліджень щодо ролі генетичних факторів у маніфестації ГАСМ, що не дозволяє сробити цілісного уявлення про цю проблему.

Таким чином, дуже важливим аспектом мультифакторіальних захворювань та станів являється вивчення конституціональних особливостей людини, які тісно поєднані з генетикою. Вважається, що конституція людини вбирає в себе комплекс анатом-фізіологічних особливостей, які можуть проявитися під впливом певних природних чи соціальних умов при фізіологічних, а надто, паталогічних станах.

Суть вчення про конституції полягає в тому, що кожному із типів властиві характерні особливості не тільки в первинно виділених антропометричних показниках, але й у складі тілобудови, діяльності систем, структурі та функціях внутрішніх органів. О.М. Філатов у далекому 1988 році довів, що конкретні соматотипи характеризуються різними показниками імунітету, гормональною складовою, схильністю до захворювань тощо. Саме тому для оцінки генетичної схильності до розвитку синдрому ГАСМ ми використали вивчення особливостей соматотипу.

Таким чином, на основі проведеного антропо-соматотипологічного дослідження можна стверджувати, що виявлені особливості даних показників у вагітних жінок із ГАСМ слід вважати прогностичними для розвитку зазначеної патології.

У вагітних жінок із синдромом ГАСМ достовірно ($p < 0,001$) більші значення показників обхватних розмірів плеча в напруженому стані та стегна, показника ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток стегна та міжвертлюгової відстані тазу (dist. Intertrochanterica). Також жінки з ГАСМ мають статистично значущі зменшені показники екоморфного компоненту соматотипу, на 1,19% збільшений вміст жирового компоненту ($p < 0,001$).

Зовнішня пельвіометрія базується на оцінці: міжостьової відстані тазу (dist. Spinarum), міжгребеневої відстані (dist. Cristarum), міжвертлюгової відстані тазу (dist. Intertrochanterica) та зовнішньої кон'югати (conjugata externa). Суттєвих розбіжностей у цих показниках виявлено не було.

Об'єктом УЗД є вся сечовивідна система - нирки, сечові шляхи, сечовий міхур і ін. В результаті можна отримати дані про наявність сторонніх тіл, каменів, пухлин, визначити обсяг і характер вмісту сечового міхура, а також структуру і розміри нирок. І виключити

Так, досліджуючи особливості локалізації плаценти в III триместрі вагітності встановлено, що у 62,7% вагітних з ГАСМ плацента локалізувалася на передній стінці матки. У 65% практично здорових вагітних плацента локалізувалася на задній стінці матки. Головне передлежання плоду переважає в загальній групі хворих на ГАСМ (93,3%) та в групі контролю (81,7%).

При порівнянні передбачуваної маси плода у жінок з ГАСМ в середньому становила 3542 ± 368 г, що в середньому на 500г більше ніж середній показник передбачуваної маси плода дітей у практично здорових жінок (3026 ± 439 г).

У літературі досить часто зустрічається твердження, що найбільш вдалим та ефективним методом оцінки втрати сечі являється уродинамічний

тест. В основі даного тесту лежить «симуляція» ситуацій та випадків, в яких виникають скарги пацієнтів, в контрольованому середовищі; однак згідно An International Urogynecological Association (IUGA)/ International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction він не є обов'язковим методом для діагностики нетримання сечі [95,152].

Під час оцінки стану нижніх відділів сечових шляхів хворих із симптомами ГАСМ та практично здорових вагітних досліджували стан сечового міхура та уретри з метою виявлення ознак ПС : вкорочення уретри , розширення проксимальної уретри – воронкоподібна деформація, наявність цистоцеле. При виявленні цистоцеле у вагітних, дані жінки були виключені з дослідження.

Проаналізувавши дані УЗД замикального апарату уретри ми виявили:

- Воронкоподібне розширення уретри (відсутнє в контрольній групі) наявне у всіх хворих на ГАСМ жінок в I та III триместрах вагітності та в 16тижнів після пологів.
- Товщина стінки сечового міхура в I триместрі вагітності становила $4,873 \pm 0,295$ мм (порівняно з $2,255 \pm 0,472$ мм у здорових жінок), в III триместрі вагітності - $5,188 \pm 0,206$ мм (порівняно з $2,473 \pm 0,479$ мм у здорових жінок), в 16тижнів післяпологового періоду - $5,197 \pm 0,214$ мм (порівняно з $2,484 \pm 0,496$ мм у здорових жінок) у хворих на ГАСМ жінок.
- Спонтанні скорочення детрузора (відсутні в контрольній групі) в I триместрі вагітності наявні у 68% , в III триместрі наявні у всіх вагітних з ГАСМ, в 16тижнів післяпологового періоду у 98,7% жінок з ГАСМ.
- Об'єм сечового міхура в I триместрі вагітності становить $280,3 \pm 38,9$ мл, у III триместрі вагітності - $240,0 \pm 43,5$ мл, в 16 тижнів післяпологового періоду - $243,0 \pm 45,2$ мл у хворих на ГАСМ жінок. Щодо групи контролю, об'єм сечового міхура в I триместрі вагітності становить $426,4 \pm 21,5$ мл, у III триместрі вагітності - $395,7 \pm 24,3$ мл, в 16 тижнів післяпологового періоду - $406,8 \pm 24,0$ мл.

- об'єм залишкової сечі в I триместрі вагітності становить $40,49 \pm 3,98$ мл, у III триместрі вагітності - $51,11 \pm 4,55$ мл, в 16 тижнів післяпологового періоду - $48,11 \pm 5,86$ мл у хворих на ГАСМ жінок. Щодо групи контролю, об'єм сечового міхура в I триместрі вагітності становить $15,23 \pm 2,37$ мл, у III триместрі вагітності - $27,35 \pm 4,27$ мл, в 16 тижнів післяпологового періоду - $20,03 \pm 3,94$ мл.

- кашльовий тест в модифікації (негативний в контрольній групі) в I триместрі вагітності позитивний у 60% , в III триместрі - у всіх вагітних з ГАСМ, в 16тижнів післяпологового періоду - у 90,7% жінок з ГАСМ.

Дослідивши стан гормонального фону жінок з ГАСМ було виявлено достовірно більші значення тестостерону в I триместрі вагітності ($2,476 \pm 0,170$ нмоль/л), прогестерону в III триместрі вагітності (3074 ± 806 нг/мл), пролактину в I триместрі вагітності ($80,75 \pm 7,17$ нг/мл), в III триместрі вагітності ($416,8 \pm 33,1$ нг/мл) та в 16 тижнів п/п періоду ($400,6 \pm 39,0$ нг/мл). Було виявлено достовірно менші значення естрадіолу в I триместрі вагітності ($415,8 \pm 505,6$ пг/мл), в III триместрі вагітності (9238 ± 1119 пг/мл) та в 16 тижнів п/п періоду ($82,30 \pm 42,40$ пг/мл), тиреотропного гормону в I триместрі вагітності ($0,750 \pm 0,252$ мкМО/мл).

Для визначення показників класифікації (Df) наведених в роботі у вигляді дискримінантних рівнянь, були взяті антропосоматотипологічні ознаки, сонографічні параметри сечовго міхура та замикального апарату уретри та рівень гормонів у різні гравідарні періоди, зокрема:

Df (для хворих на ГАСМ жінок віком від 17 до 25 років) = - естрадіол в 16 тиж післяпологового періоду $\times 0,023$ + пролактин в I триместрі вагітності $\times 0,574$ – 56,43;

Df (для хворих на ГАСМ жінок віком від 26 до 35 років) = естрадіол в 16 тиж. післяпологового періоду $\times 0,056$ + рівень тестостерону в III триместрі вагітності $\times 23,07$ + естрадіол в III триместрі вагітності $\times 0,005$ + рівень пролактину в III триместрі вагітності $\times 0,242$ - естрадіол в I триместрі вагітності $\times 0,002$ - рівень тестостерону в I триместрі вагітності $\times 1,057$ – 103,7;

Df (для хворих на ГАСМ жінок віком від 36 до 41 року) = естрадіол в ІІІ триместрі вагітності $\times 0,020$ + естрадіол в 16 тиж. післяпологового періоду $\times 0,450 - 276,0$;

В заключенні розділу обговорення результатів, необхідно вказати, що ГАСМ та нетримання сечі в цілому в теперішній час є досить актуальною проблемою сучасного акушерства та урогінекології, привертаючи до себе увагу широкого загалу зарубіжних та вітчизняних науковців та клініцистів. Дана робота була спрямована, перш за все, на вивчення питань етіології (зокрема, генетичної схильності вагітної жінки через конституцію), вивчення особливостей соматотипу, гормональних змін та сонографічних показників вагітності та анатомічних структур уротракту, що дозволило нам розробити та запропонувати свій метод прогнозування та діагностики синдрому ГАСМ у жінок фертильного віку.

Маємо надію, що розроблений на основі дискримінантних моделей діагностичний алгоритм, який дозволяє прогнозувати виникнення синдрому гіперактивного сечового міхура у жінок репродуктивного віку, отримає широке застосування в сучасній акушерсько-гінекологічній практиці.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі наведене теоретичне узагальнення та нове вирішення актуального науково-практичного завдання: підвищення ефективності прогнозування та покращення діагностики синдрому гіперактивного сечового міхура шляхом розробки та оптимізації комплексного методу індивідуального діагностичного алгоритму, що дозволило знизити частоту розвитку синдрому гіперактивного сечового міхура та несприятливих віддалених урогінекологічних наслідків.

1. Незалежними предикторами маніфестації синдрому гіперактивного сечового міхура у жінок репродуктивного віку являються: вимушене відстрочення акту сечовипускання ($p < 0,01$), обтяжений спадковий анамнез по причині порушення сечовипускання ($p < 0,001$), щоденне паління та щоденний прийом алкоголю ($p < 0,001$), початок статевого життя в 14-17 років ($p < 0,05$), число статевих партнерів більше 3 ($p < 0,001$), III ступінь чистоти піхви ($p < 0,01$), наявність патогенної й умовно патогенної флори при бактеріальному дослідженні сечі та виділень з піхви з рівнем контамінації 10^3 КУО та вище ($p < 0,001$), бактеріальний вагіноз в анамнезі ($p < 0,001$), наявність 4 і більше вагітностей в анамнезі ($p < 0,001$), наявність 2 і більше пологів в анамнезі ($p < 0,01$), наявність пологів *per vias naturalis* в анамнезі ($p < 0,001$), індукція пологів за допомогою гелевої форми простагландинів E2 ($p < 0,001$), маса новонароджених більше 4000г в анамнезі ($p < 0,001$), перенесені в анамнезі різного роду внутрішньоматкові інвазивні процедури (особливо мануальна вакуум аспірація та вишкрібання порожнини матки ($p < 0,001$)).

2. У вагітних жінок із синдромом ГАСМ достовірно ($p < 0,001$) більші значення показників обхватних розмірів плеча в напруженому стані та стегна, показника ширини дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток стегна та міжвертлюгової відстані тазу (*dist. Intertrochanterica*). Достовірно

зменшені показники екоморфного компоненту соматотипу, на 1,19% збільшений вміст жирового компоненту ($p < 0,001$).

3. Локалізація плаценти на передній стінці матки ($p < 0,001$), головне передлежання плода ($p < 0,05$) та передбачувана маси плода більше 3542 ± 368 г ($p < 0,001$) являються тригерними факторами маніфестації ГАСМ під час вагітності.

4. Встановлено, що наявність хоча б одного з показників – воронкоподібного розширення уретри ($p < 0,001$), спонтанних скорочень детрузора ($p < 0,001$), позитивного кашльового тесту в модифікації ($p < 0,001$), товщини стінки сечового міхура більше 3мм ($p < 0,001$), об'єму сечового міхура в I триместрі вагітності менше 400 мл в I триместрі, менше 370мл в III триместрі та менше 380мл в 16 тижнів після пологів ($p < 0,001$), об'єму залишкової сечі більше 30мл ($p < 0,001$) – є діагностичними та прогностичними ознаками синдрому ГАСМ.

5. Гормональні зміни у вагітних із синдромом ГАСМ характеризуються достовірним збільшенням вмісту тестостерону до $2,476 \pm 0,170$ нмоль/л ($p < 0,001$) в I триместрі вагітності; збільшенням вмісту пролактину до $80,75 \pm 7,17$ нг/мл ($p < 0,001$) в I триместрі вагітності, $416,8 \pm 33,1$ нг/мл ($p < 0,001$) в III триместрі вагітності та $400,6 \pm 39,0$ нг/мл ($p < 0,001$) в 16 тижнів післяпологового періоду; підвищенням рівня прогестерону до 3074 ± 806 нг/мл ($p < 0,001$) в III триместрі вагітності; статично значущим зниженням рівня тиреотропного гормону до $0,750 \pm 0,252$ мкМО/мл ($p < 0,001$) в I триместрі вагітності; а також вірогідним зниженням рівня естрадіолу до $415,8 \pm 505,6$ пг/мл ($p < 0,001$) в I триместрі вагітності, 9238 ± 1119 пг/мл ($p < 0,001$) в III триместрі вагітності та $82,30 \pm 42,40$ пг/мл ($p < 0,001$) в 16 тижнів післяпологового періоду.

6. Розроблена на основі антропо-соматотипологічних даних дискримінантна модель виявила схильність до розвитку синдрому гіперактивного сечового міхура у вагітних - віком від 17 до 25 років доцільною при значенні показника класифікації (Df) близькому до 222,4; - віком від 26 до 35

років - при значенні показника класифікації (Df) близькому до 1558; - віком від 36 до 41 року -при значенні показника класифікації (Df) близькому до 398,2; та показників гормонального фону у вагітних жінок - віком від 17 до 25 років доцільною при значенні показника класифікації (Df) близькому до 56,43; - віком від 26 до 35 років - при значенні показника класифікації (Df) близькому до 103,7; - віком від 36 до 41 року -при значенні показника класифікації (Df) близькому до 276,0.

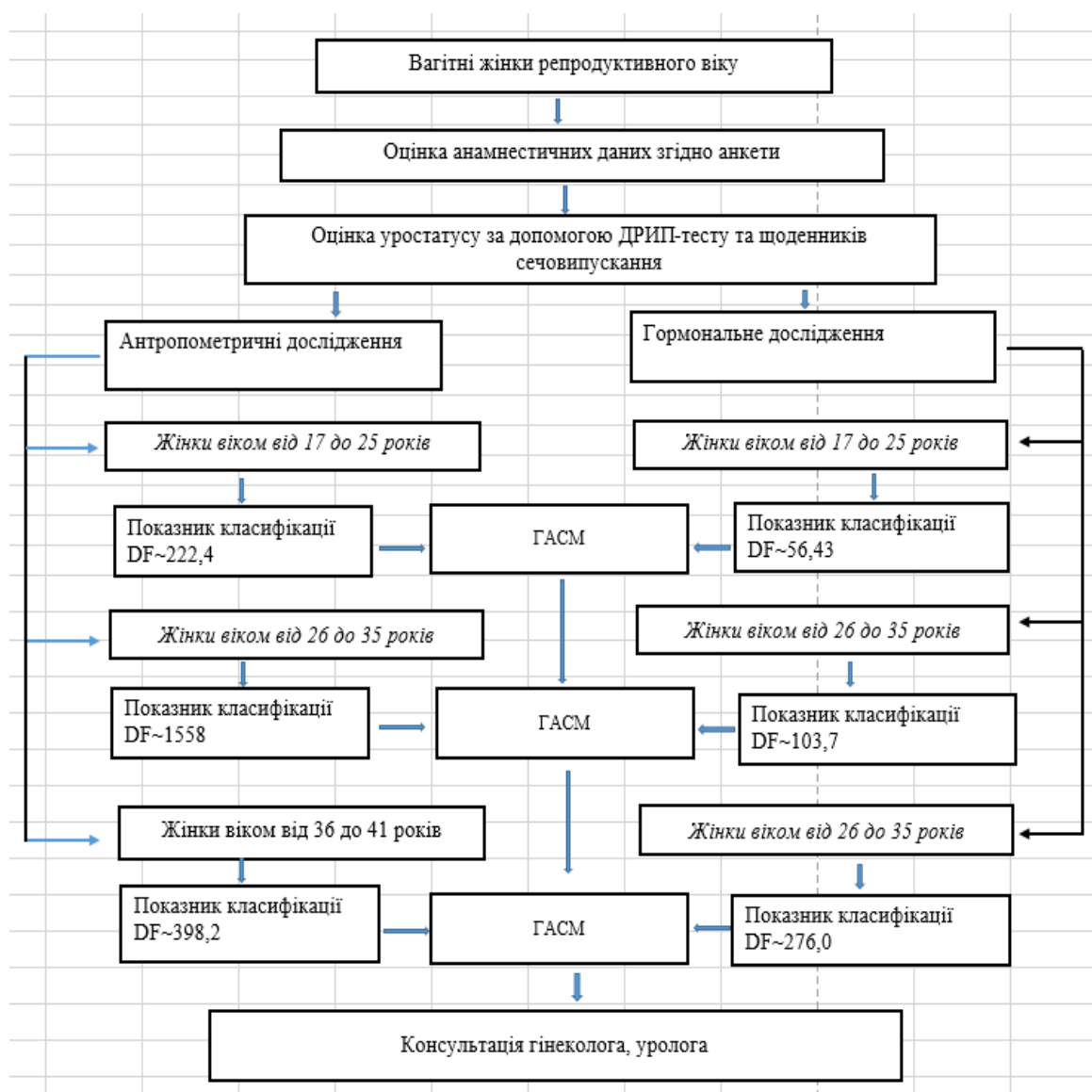


Рис. 1. Алгоритм обстеження жінок репродуктивного віку різних соматотипів для прогнозування синдрому гіперактивного сечового міхура.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Для ідентифікації синдрому гіперактивного сечового міхура рекомендовано використання ДРИП-тесту в I триместрі вагітності чи на прегравідарному етапі з обов'язковим 3-денним веденням щоденника сечовипускання.

2. Провідними факторами ризику, прогнозу маніфестації ГАСМ є: вимушене відстрочення акту сечовипускання, обтяжений спадковий анамнез по причині порушення сечовипускання, початок статевого життя в 14-17 років, III ступінь чистоти піхви, бактеріальний вагіноз в анамнезі ($p < 0,001$), наявність 4 і більше вагітностей в анамнезі, наявність 2 і більше пологів *per vias naturalis* в анамнезі, індукція пологів за допомогою гелевої форми простагландинів E_2 , маса плоду більше 3542 ± 368 г і, особливо, поєднання цих факторів.

3. УЗД сечового міхура у вагітних групи ризику дозволяє виявити в I триместрі вагітності позитивного кашльового тесту в модифікації, зниження об'єму сечового міхура в I триместрі вагітності менше 400 мл, об'єму залишкової сечі більше 30 мл та товщини стінки сечового міхура більше 3 мм у вагітних та прогнозувати прогресування ГАСМ з пролонгуванням вагітності.

4. Рекомендовати повторну діагностику симптомів порушень сечовипускання за допомогою опитування через 4 місяці після пологів. У разі виявлення ознак інконтиненції необхідно провести адекватне спрямування пацієнток до уролога.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аляев Ю.Г. Григорян В.А., Гаджиева З.К. (2006). *Расстройства мочеиспускания.*- М.: Литтерра,- 208 с., 45-57,61,65-94,119,142-180
2. Антропова М.Ц. (2008). Проблемы урогенитального старения у женщин при дефиците половых стероидов: *автореф. дисс. канд. мед. наук.* М.Ц Антропова Пермь, 22.
3. Аполихина И.А. (2006). Возможности применения поведенческой терапии при недержании мочи у женщин на современном этапе. *Акушерство и гинекология.*- Прил., 67-72.
4. Аполихина И.А. (2012). Особенности течения гиперактивного мочевого пузыря – взгляд гинеколога. *Тезисы докладов научно-практической конференции «Фундаментальная и практическая урология».* – М., 19-20
5. Аполихина И.А., Лопатина Т.В., Павлович С.В., и др(2012). *Гиперактивный мочевой пузырь у женщин : учебное пособие.* – М. : ООО «Компания БОРГЕС», 51с.
6. Балан В.Е., Ермакова Е.И., Ковалева Л.А. (2007). Консервативная терапия недержания мочи. *Лечащий врач.* №10.12-16.
7. Балан В.Е., Ковалева Л.А. (2008). Возможности поведенческой терапии при нарушении мочеиспускания во время беременности. *Проблемы репродукции.* №4. 85-88.
8. Балан В.Е., Ковалева Л.А. (2008). Особенности нарушений мочеиспускания у женщин во время беременности и в послеродовом периоде (обзор литературы). *Проблемы репродукции.* №5. 64-69.
9. Балан В.Е., Ковалева Л.А. (2009). Консервативная терапия недержания мочи: принципы поведенческой терапии. *Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии.* №1. 6-12
10. Бурсиан А.В.(2008). Пейсмейкеры висцеральной системы. *Ус-*

пехи физиологических наук. Т. 39. - № 4. 3-13.

11. Буянова С.Н., Петрова В.Д., Краснопольский И.В., Муравьева Т.Г. (2005). Диагностика и лечение сложных и смешанных форм недержания мочи. *Акушерство и гинекология.* № 1. 54-57.

12. Веренич Г.И. (1990). Зависимость типов конституции детей и подростков от региона проживания. *Новости спортивной и медицинской антропологии.* - М., Вып.1. 118-119

13. Гаджиева З.К.(2010). *Нарушения мочеиспускания.* Под ред. Ю.Г. Аляева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 176 с.

14. Горовий В. І. [та ін.] (2015). *Практична урогінекологія: курс лекцій: навч. посіб.* Вінниця: Книга-Вега, 482-513

15. Ибинаева, И.С. (2012). Научное обоснование разработки алгоритма ведения женщин с недержанием мочи: *дис. канд. мед. наук:* 14.00.01 – М.,123 с.

16. Касян Г.Р., Гвоздев М.Ю., Годунов Б.Н. и др. (2013). Анализ результатов лечения недержания мочи у женщин с использованием свободной субуретральной синтетической петли: опыт 1000 операций. *Урология;*4, 5-11.

17. Лесовой В.Н., Гарагатый И.А., Колупаев С.М., Колупаева Л.С. (2011). Диагностическое значение определения уровня провоспалительных цитокинов в моче больных с гиперактивным мочевым пузырем. *Экспериментальная и клиническая медицина.* № 2 (51). 159-161.

18. Мартиросов Э.Г., Николаев Д.В., Руднев С.Г. (2006). *Технологии и методы определения состава тела человека.* М.: Наука. 248с.

19. Набока Ю.Л., Коган М.И., Васильева Л.И., Губима И.А., Мирошниченко Е.А., Ибишев Х.С. (2011). Бактериальная микст - инфекция у женщин с хроническим рецидивирующим циститом. *Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии.* № 1. 8-12.

20. Перепанова, Т.С., Козлова Р.С., Руднов В.А., Синякова Л.А. (2012). Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевого

водящих путей и мужских половых органов. *Российские национальные рекомендации*. М.: ООО «Прима-принт», 18-33.

21. Радзинский В.Е.[и др.] (2006). *Перинеология: болезни женской промежности в акушерско-гинекологических, сексологических, урологических и проктологических аспектах*. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 336 с.

22. Шостак М.В., Костев Ф.І. (2010). Вплив дизуричних розладів на загальну якість життя хворих гіперактивним сечовим міхуром. *Матеріали з'їзду асоціації урологів України, 16-18 вересня 2010р.: тези доповідей*. Одеса, 324

23. Шостак М.В., Петровський Ю.Ю. (2010). Комплексне лікування хворих на гіперактивний сечовий міхур після оперативного втручання з приводу генітального пролапсу. *Досягнення медицини та біології*. №1(15). 38-44.

24. Э.К. Айламазян, А.И. Горелов, Д.А. Ниаури и др. (2007). Алгоритм обследования и лечения женщин со смешанным недержанием мочи. *Урология*.№ 1. 27-33

25. Abrams P, Anderson K.E., Artibani W., Birder D., Bliss D., Brubaker L., Cardozo L. et al. (2013). *Recommendations of the international Scientific Committee: Evaluation and treatment of UI, bladder pain syndrome, POP and fecal incontinence*. 5 th Ed. International Consultation on Urinary Incontinence, Plymbridge United Kingdom: Health Publication Ltd; 1895-1950.

26. Abrams P., Kelleher C., Staskin D. et al. (2015). Combination treatment with mirabegron and solifenacin in patients with overactive bladder: efficacy and safety results from a randomised, double-blind, dose-ranging, phase 2 study (Symphony). *European Urology*. 67(3): 577-588

27. Agarwal A., Eryuzlu L.N., Cartwright R., Thorlund K., Tammela T.L., Guyatt G.H. et al. (2014). What is the most bothersome lower urinary tract symptom? individual- and population-level perspectives for both Men and women. *European Urology*. 65 (6):1211–1217

28. Alas A. N., Dunivan G. C., Wieslander C. K., C. Sevilla, Barrera B., Rashid R. et al. (2016). Health Care Disparities Among English-Speaking and Spanish-Speaking Women With Pelvic Organ Prolapse at Public and Private Hospitals. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*, 22/6 (460)
29. Amundsen C.L., Richter H.E., Menefee S.A. et al. (2016). Onabotulinumtoxin A vs Sacral Neuromodulation on Refractory Urgency Urinary Incontinence in Women: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*; 316:1366.
30. Andersson K.E., Arner A. (2004). *Urinary bladder contraction and relaxation: physiology and pathophysiology*. *Physiology review*. № 84. 145-168, 206, 935-988.
31. Andersson K.E., McCloskey K.D. (2014). Lamina propria: the functional center of the bladder? *Neurourological. Urodynamic*.33(1): 9-16
32. Arnouk A., De E., Rehfuss A., Cappadocia C. et al. (2017). Physical, Complementary, and Alternative Medicine in the Treatment of Pelvic Floor Disorders. *Current Urology Reports*, 18, 6.
33. Barber, M. D., Brubaker L. et al. (2009). *Operations and pelvic muscle training in the management of apical support loss (OPTIMAL) trial: Design and methods*. *Contemporary Clinical Trials* 30: 178-189.
34. Borello-France D. F., Handa V. L. et al. (2007). Pelvic-floor muscle function in women with pelvic organ prolapse. *Physical Therapy*. 87(4): 399-407.
35. Bouza E., San Juan R., Munoz P. et al. (2001). *A European prospective on nosocomial urinary tract infection II : Report on incidence, clinical characteristics and outcome (ESIGNI-004 study)*. *Clinical Microbiology and Infectious Diseases*. № 7. 532-542.
36. Braekken, I. H., M. Majida, et al. (2009). Pelvic floor function is independently associated with pelvic organ prolapse. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 116(13): 1706-1714.
37. Braekken, I. H., Majida M. et al. (2010). Morphological changes after pelvic floor muscle training measured by 3-dimensional ultrasonography: a

randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*. 115(2 Pt 1): 317-324.

38. Bright E., Cotterill N., Drake M., et al. (2014). Developing and validating the International Consultation on Incontinence Questionnaire bladder diary. *European Urology*. 66(2):294–300

39. Brostrom S., Lose G. (2008). Pelvic floor muscle training in the prevention and treatment of urinary incontinence in women what is the evidence? *Acta Obstet. Gynecol. Scandinavia*. Vol. 87. 384-402.

40. Bump R.C., McClish D.K. (1994). Cigarette smoking and pure genuine stress incontinence of urine: a comparison of risk factors and determinants between smokers and nonsmokers. *Am. J. Obstetrics & Gynecology*. Vol. 170. 579-582

41. Burgio K.L. (2013). Update on behavioral and physical therapies for incontinence and overactive bladder: the role of pelvic floor muscle training. *Current Urol Rep*.

42. Chapple C., Sievert K.D., MacDiarmid S., Khullar V., Radziszewski P., Nardo C., et al. (2013). Onabotulinum toxin A 100 U significantly improves all idiopathic overactive bladder symptoms and quality of life in patients with overactive bladder and urinary incontinence: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *European Urology*. 64(2):249-256.

43. Chapple C.R., Drake M.J., van Kerrebroeck P., et al. (2014). Total urgency and frequency score as a measure of urgency and frequency in overactive bladder and storage lower urinary tract symptoms. *BJU Int*. 113(5):696-703

44. Chapple C.R., Kaplan S.A., Mitcheson D., et al. (2013). Randomized double-blind, active-controlled phase 3 study to assess 12-month safety and efficacy of mirabegron, a β_3 -adrenoceptor agonist, in overactive bladder. *European Urology*. 63(2):296-305

45. Chase J., Schrale L. (2017). Childhood incontinence and pelvic floor muscle function: Can we learn from adult research? *Journal of Pediatric Urology*, 13, 1, (94).

46. Choon S.K., Jun H.L. (2014). Prevalence, risk factors, quality of

life, and health-care seeking behaviors of female urinary incontinence: Results from the 4th Korean National Health and Nutrition Examination Survey VI (2007–2009) *Int Neurourol J.* 18:31

47. Chughtai B., Thomas D., Sun T., Sedrakyan A. (2018). Failures of Sacral Neuromodulation for Incontinence. *JAMA Surgery*; 153:493.

48. Coyne K.S., Margolis M.K., Jumadilova Z., Bavendam T. et al. (2007). Overactive bladder and women's sexual health: what is the impact? *The Journal of Sexual Medicine.* № 4. 656-666.

49. Cui Y., Zong H., Yang C., et al. (2014). The efficacy and safety of mirabegron in treating OAB: a systematic review and meta-analysis of phase III trials. *Int Urological Nephrol*; 46:275.

50. de Boer T. A., Slieker-ten Hove M. C. P. et al. (2011). The prevalence and factors associated with previous surgery for pelvic organ prolapse and/or urinary incontinence in a cross-sectional study in The Netherlands. *European Journal Of Obstetrics & Gynecology And Reproductive Biology.* 158(2): 343-349.

51. Del Río-Gonzalez S., Aragon I.M., Castillo E., et al. (2017). Percutaneous Tibial Nerve Stimulation Therapy for Overactive Bladder Syndrome: Clinical Effectiveness, Urodynamic, and Durability Evaluation. *Urology*; 108:52.

52. Dewaele P., Deffieux X, Villot A, Billecocq S et al. (2018). Effect of body position on reflex and voluntary pelvic floor muscle contraction during a distraction task, *Neurourology and Urodynamics*, 37, 8, (2695-2701).

53. Drake M.J., Chapple C., Sokol R., et al. (2015). Long-term safety and efficacy of single-tablet combinations of solifenacin and tamsulosin oral controlled absorption system in men with storage and voiding lower urinary tract symptoms: results from the NEPTUNE Study and NEPTUNE II open-label extension. *European Urology.* 67(2):262-270

54. Drake MJю, (2014). Do we need a new definition of the overactive bladder syndrome? ICI-RS 2013. *Neurourol Urodyn.* ;33(5):622

55. Duarte Thaiana B., Bonacin Marília A. P., Brito Luiz G., Frawley Helena, Dwyer Peter L., Thomas Elizabeth et al. (2018). Does pelvic floor muscle maximum voluntary contraction improve after vaginal pelvic organ prolapse surgery? A prospective study. *Neurourology and Urodynamics*. 37, 5, (1744-1750).
56. Due Ulla, Brostrøm Søren and Lose Gunnar, (2016). The 12-month effects of structured lifestyle advice and pelvic floor muscle training for pelvic organ prolapse, *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 95, 7, (811-819)
57. Dumoulin C, Martin C, Elliott V, Bourbonnais D, Morin M, Lemieux MC, Gauthier R. (2013). Randomized controlled trial of physiotherapy for postpartum stress incontinence: 7-year follow-up. *Neurourology & Urodynamics*; 32(5):449-454.
58. Dumoulin, C., Bourbonnais, D., Morin, M., Gravel, D., & Lemieux, M. C. (2011). Predictors of success for physiotherapy treatment in women with persistent postpartum stress urinary incontinence. *Arch Phys Med Rehabil*, 91(7), 1059- 1063.
59. Elizabeth R. Mueller, Margot S. Damaser, Monica P. Mallampalli and Liliana Losada. (2016). Women's Urological Health as a Priority to the Woman Well Visit, *Women's Health Issues*, 26, 4, 476
60. Emma Nyström, Ina Asklund, Malin Sjöström, Hans Stenlund and Eva Samuelsson. (2017). Treatment of stress urinary incontinence with a mobile app: factors associated with success, *International Urogynecology Journal*. 34-9
61. Fang Zhou, Diane K. Newman and Mary H. Palmer. (2018). Urinary Urgency in Working Women: What Factors Are Associated with Urinary Urgency Progression? *Journal of Women's Health*. 22: 59-68
62. Frawley H. C. (2010). Perioperative physiotherapy as an adjunct to prolapse surgery: an in-depth analysis of a study with a negative result. *Current Bladder Dysfunction Reports*. 5: 48-55.

63. Frawley H. C., B. A. Phillips, et al. (2010). Physiotherapy as an adjunct to prolapse surgery: an assessor-blinded randomized controlled trial. *Neurourology and Urodynamics*. 29(5): 719-725.
64. Frawley J., Sibbritt D., Steel A., Chang S. and Adams J. (2017). Complementary and conventional health-care utilization among young Australian women with urinary incontinence. *Urology*, 99, (92).
65. Furtado D., Hachul H., Andersen M.L., Castro R.A. et al. (2012). Nocturia and disturbed sleep: a review. *International Urogynecology Journal*. Vol. 23. – № 3. 255-267.
66. Glazener C.M., Herbison G.P., MacArthur C. et al. (2006). New postnatal urinary incontinence: obstetric and other risk factors in primiparae. *BJOG*. Vol. 113, №2. 208-17.
67. Goode P., Burgio, K., Richter, H. & Markland, A. (2010). Incontinence in older women. *Journal of the American Medical Association*. 303(21), 2172-2181.
68. Goode P.S., Burgio K.L., Richter H.E., Markland A.D. (2010). Incontinence in older women. *JAMA* Jun 2;303(21):2172-81
69. Gormley E.A., Lightner D.J., Burgio K.L. et al. (2012). Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline. *J Urology*. 188(6 Suppl):2455-63
70. Gormley EA, Lightner DJ, Faraday M, et al. (2015). Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline amendment. *J Urology*. 193:1572.
71. Grover S., Gonzalez Eric J., L. Arms, M.A. Vizzard. (2014). The Role(s) of Cytokines/Chemokines in Urinary Bladder Inflammation and Dysfunction, *BioMed Research International*, USA, 17p.
72. Grover S., Srivastava A., Lee R., Tewari A.K., Te A.E. (2011). Role of inflammation in bladder function and interstitial cystitis. *Therapeutic Advances in Urology*. Vol. 3. № 1.19-33.
73. Hasegawa J., Kuzuya M., Iguchi A. (2010). UI and behavioural

symptoms are independent risk factors for recurrent and injurious falls, respectively, among residents in long term care facilities. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 50:77-81

74. Hashim H., Beusterien K, Bridges JF, et al. (2015). Patient preferences for treating refractory overactive bladder in the UK. *Int Urology Nephrol*. 47(10):1619-27

75. Hassouna M.M., Sadri H. (2015). Economic evaluation of sacral neuromodulation in overactive bladder: A Canadian perspective. *Canadian Urological Association J*. 9(7-8):242-7

76. Hay-Smith, J., Morkved, S., Fairbrother, K. A., & Herbison, G. P. (2008). Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev* (4), CD007471.

77. Herschorn S., Chapple C.R., Snijder R., et al. (2017). Could Reduced Fluid Intake Cause the Placebo Effect Seen in Overactive Bladder Clinical Trials? Analysis of a Large Solifenacin Integrated Database. *Urology*; 106:55.

78. Hersh L. & Salzman B. (2013). Clinical management of urinary incontinence in women. *American family Physician*. 87(9), 634-640.

79. Hines S.H, Seng J.S., Messer K.L. et al. (2007). Adherence to a behavioral program to prevent incontinence. *West. J. Nurs. Res*. Vol. 29, № 1. 26-56;

80. Hove S. M. (2009). The prevalence of pelvic organ prolapse symptoms and signs and their relation with bladder and bowel disorders in a general female population. *International Urogynecology Journal*. 20(9): 1037-1045.

81. Hrabák J. Matrix, Chudácková E., Walková R. (2013). Assisted Laser Desorption Ionization - Time of Flight (MALDI-TOF) Mass Spectrometry for Detection of Antibiotic Resistance Mechanisms: from Research to Routine Diagnosis. *Clinical Microbiology Reviews*. Vol. 26(1). 103.

82. Hulme Janet A. (2016). Clinical Commentary. *Topics in Geriatric*

Rehabilitation. 32, 4, (E1)

83. Ingber M.S., Ibrahim I.A., Killinger (2014). Neuromodulation and female sexual function: does treatment for refractory voiding symptoms have an added benefit? *Neurourol Urodynamic*. 23/9

84. Irwin D.E, Milsom I. (2006). Population – based survey of urinary incontinence, overactive bladder and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of EPIC study. *Hunskar European Urology Journal*. Vol. 50. 1306-1314.

85. Jaszczyński Janusz, Kojs Zbigniew, Stelmach Andrzej, Wohadło Łukasz, Łuczyńska Elzbieta, Heinze Sylwia, Rys Janusz, Jakubowicz Jerzy and Chłosta Piotr. (2016). Post-Irradiation Bladder Syndrome After Radiotherapy of Malignant Neoplasm of Small Pelvis Organs: An Observational, Non-Interventional Clinical Study Assessing VESicare®/Solifenacin Treatment Results. *Medical Science Monitor*, 22, (2691).

86. Jubilee T. and Markland D.A. (2017). Nonsurgical Management of Urinary Incontinence in Older Women, *Current Geriatrics Reports*, 10.1007 2, (54-63).

87. Kaplan R., Dmochowski B. D., Cash Z. S., Kopp S., Berriman J., Khullar V. (2013). Systematic review of the relationship between bladder and bowel function: implications for patient management. *International Journal of Clinical Practice*. 67(3). 205-216.

88. Khasriya R.K., Ismail S., Wilson M., Malonee –Lee J. (2011). A new aethiology for OAB: intracellular bacterial colonization of urothelial cells. *International Journal of Urogynecology*. Vol. 22 (suppl. 1). 141-142.

89. Khullar Vik. (2018). *Urinary Incontinence*. Dewhurst's Textbook of Obstetrics & Gynaecology. (996p)

90. Kim H, Yoshida H, Suzuki T (2011). The effects of multidimensional exercise on functional decline, UI and fear of falling in community-dwelling elderly women with multiple symptoms of geriatric syndrome: a RCT and 6 month follow-up trial. *Archives o gerontology and geriatrics*. 52.

99-105.

91. Koelbl H., Nitti, V., Baessler K., Salvatore S., Sultan A., Yamaguchi O. (2009). Pathophysiology of urinary incontinence, faecal incontinence and pelvic organ prolapse. *Incontinence (Vol. Fourth international consultation on incontinence, 203-242)*. UK: Health Publication Limited.

92. Kurkijärvi K., Aaltonen R., Gissler M., Mäkinen J. (2017). Pelvic organ prolapse surgery in Finland from 1987 to 2009: A national register based study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 214, (71).

93. Kurz Jenny and Borello-France Diane (2017). Movement System Impairment-Guided Approach to the Physical Therapist Treatment of a Patient With Postpartum Pelvic Organ Prolapse and Mixed Urinary Incontinence: Case Report. *Physical Therapy*, 97, 4. (464).

94. Lauper M., Kuhn A., Gerber R, Luginbühl H., Radlinger L. (2010). Pelvic floor stimulation: what are the good vibrations? *Neurourol. Urodynam.* 28(5):405-410.

95. Lawson S. and Sacks A. (2018). Pelvic Floor Physical Therapy and Women's Health Promotion. *Journal of Midwifery & Women's Health.* 63, 4, (410-417).

96. Lipovac M., Kurz C., Reithmayr F. et al. (2007). Prevention of recurrent bacterial urinary tract infections by intravesical instillation of hyalurinic acid. *International Journal of Obstetrics and Gynecology.* Vol. 96. - № 3. 192-195

97. Losada L., Amundsen C. L., Ashton-Miller J. et al. (2016). Expert Panel Recommendations on Lower Urinary Tract Health of Women Across Their Life Span. *Journal of Women's Health.* 25, 11, (1086-1096).

98. Lucas M.G. et al. (2013). Guidelines on urinary incontinence. *EAU pocket guidelines.* 175-198.

99. Lucas M.G., Bosch R.J., Burkhard F.C. et al. (2012). EAU guidelines on assessment and nonsurgical management of urinary inconti-

nence. *European Urology*.

100. Milsom I., Altman D., Lapitan M. C., Nelson R., Slillén U., & Thom D. (2009). Epidemiology of urinary (UI) and faecal (FI) incontinence and pelvic organ prolapse (POP). *Evidence-based Physical Therapies for Treating Incontinence and Pelvic Organ Prolapse in Women Incontinence. Vol. Fourth Consultation on Incontinence*. 4th Edition, 35-111.

101. Milsom I., Coyne K.S., Nicholson S., Kvasz M., Chen C.I., Wein A.J. (2014). Global prevalence and economic burden of urgency urinary incontinence: a systematic review. *European Urology*. 65(1):79-95.

102. Moga D.C., Carnahan R.M., Lund B.C., et al. (2013). Risks and benefits of bladder antimuscarinics among elderly residents of Veterans Affairs Community Living Centers. *J Am Med Dir Assoc*. 14(10):749-60.

103. Moore K., Dumoulin C., Bradley C., Burgio K. et al. (2013). Adult conservative management. Incontinence. *Proceedings from the 5th International Consultation on Incontinence. Plymouth UK: Health Publications*. 1103-1228.

104. Morin M., Gravel D., Bourbonnais D., Dumoulin C., Ouellet S., Pilon J.F. (2010) Application of a new method in the study of pelvic floor muscle passive properties in continent women. *Journal of Electromyography & Kinesiology*. 20(5): 795-803.

105. Newman D.K. & Wein A. (2013). Office-based behavioral therapy for management of incontinence and other pelvic disorders. *Urologic Clinics of North America*. 40(4), 613-635.

106. Nitti V.W., Dmochowski R., Herschorn S., Sand P., Thompson C., Nardo C., et al. EMBARK Study Group. (2013). OnabotulinumtoxinA for the treatment of patients with overactive bladder and urinary incontinence: results of a phase 3, randomized, placebo controlled trial. *J Urology*. 89(6):2186-2193.

107. Noblett K., Siegel S., Mangel J., et al. (2014). Results of a prospective, multicenter study evaluating quality of life, safety, and efficacy of sacral neuromodulation at twelve months in subjects with symptoms of overactive bladder. *Neurourol Urodyn*. 75-83.

108. Noblett K., Siegel S., Mangel J., Griebing T.L., Sutherland S.E. et al. (2016). Results of a prospective, multicenter study evaluating quality of life, safety, and efficacy of sacral neuromodulation at twelve months in subjects with symptoms of overactive bladder. *Neurourol Urodyn.* 35(2):246-51.
109. Padrós J., Peris T., Salvà A. et al. (2008). Evaluation of a urinary incontinence unit for community-dwelling older adults in Barcelona: Implementation and improvement of the perceived impact on daily life, frequency and severity of urinary incontinence. *Gerontology Geriatrics.* 53(8)49-56.
110. Parker-Autry C. and Tan J. (2017). Updates in the Evaluation of Older Women with Pelvic Floor Disorders, *Current Geriatrics Reports*, 6, 3, (149).
111. Patrick D.L., Khalaf K.M., Dmochowski R., Kowalski J.W., Globe D.R. (2013). Psychometric performance of the incontinence quality-of-life questionnaire among patients with overactive bladder and urinary incontinence. *Clin Ther.* 35(6):836–845.
112. Preyer O., Umek W., Laml T. et al. (2015). Percutaneous tibial nerve stimulation versus tolterodine for overactive bladder in women: a randomised controlled trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 191:51-56.
113. Qaseem A., Dallas P., Forciea M.A. et al. (2014). *Nonsurgical management of urinary incontinence in women: a clinical practice guideline from the American College of Physicians.* Ann Intern Med. 161:429.
114. R. Ruiz de Viñaspre Hernández, (2017). Eficacia de la gimnasia abdominal hipopresiva en la rehabilitación del suelo pélvico de las mujeres: revisión sistemática, *Actas Urológicas Españolas.*
115. R. Ruiz de Viñaspre Hernández. (2018). Efficacy of hypopressive abdominal gymnastics in rehabilitating the pelvic floor of women: A systematic review. *Actas Urológicas Españolas (English Edition).* 1339
116. Reynolds W.S., McPheeters M., Blume J. et al. (2015). Comparative Effectiveness of Anticholinergic therapy. *Obstet Gynecol.*
117. Riemsma R., Hagen S., Kirschner-Hermanns R. et al. (2017). Can

incontinence be cured? A systematic review of cure rates. *BMC Med.* 15:63.

118. Robinson D., Giarenis I., Cardozo L. (2014). You are what you eat: the impact of diet on overactive bladder and lower urinary tract symptoms. *Maturitas.* 79(1): 8–13.

119. Rohr G., St0vring H., Christensen K. et al. (2005). Characteristics of middle-aged and elderly women with urinary incontinence. *Scandinavian. J. Prim. Health. Care.* Vol. 23, № 4. 203-8.

120. Romero-Cullerés G., Peña-Pitarch E., Jané-Feixas C., Arnau A., Montesinos J. and Abenoza-Guardiola M. (2015). Intra-rater reliability and diagnostic accuracy of a new vaginal dynamometer to measure pelvic floor muscle strength in women with urinary incontinence. *Neuourology and Urodynamics*, 36, 2, (333-337).

121. Ruckhaberle, E., Jundt, K., Bauerle, M., Brisch, K. H., Ulm, K., Dannecker, C., et al. (2009). Prospective randomised multicentre trial with the birth trainer EPI-NO for the prevention of perineal trauma. *Aust N Z J Obstet Gynaecology*, 49(5), 478-483.

122. Sadananda P., Drake M.J., Paton J.F. et al. (2013). A functional analysis of the influence of β_3 -adrenoceptors on the rat micturition cycle. *J Pharmacol Exp Ther.* 347(2):506-15.

123. Saka B., Kaya O., Ozturk G.B., Erten N., Karan M.A. (2010). Malnutrition in the elderly in relationship with other geriatric syndromes. *Clin. Nutr.* 29(6):745-8.

124. Sako T., Inoue M., Watanabe T. et al. (2011). Impact of overactive bladder and lower urinary tract symptoms on sexual health in Japanese women. *International Journal of Urogynecology.* Vol. 22. 165-169.

125. Salvesen K. A., & Morkved S. (2004). Randomised controlled trial of pelvic floor muscle training during pregnancy. *BMJ*, 329(7462), 378-380.

126. Schreiner D., Betschart C., Perucchini D. (2010). Aging-related changes of the pelvic floor. *Ter Umsch.* 67(1):23-26.

127. Sebastianelli A., Russo G.I., Kaplan S.A. et al. (2018). Systematic

review and meta-analysis on the efficacy and tolerability of mirabegron for the treatment of storage lower urinary tract symptoms/overactive bladder: Comparison with placebo and tolterodine. *Int J Urol.* 25:196.

128. Shek, K., Langer, S. E., Chantarasorn, V., & Dietz, H. (2010). Does Epi-No device prevent levator trauma? A randomized controlled trial. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 36(S1), 93.

129. Siegel S., Noblett K., Mangel J. et al. (2015). Results of a prospective, randomized, multicenter study evaluating sacral neuromodulation with InterStim therapy compared to standard medical therapy at 6-months in subjects with mild symptoms of overactive bladder. *Neurourol Urodyn.* 34:224.

130. Siegel S., Noblett K., Mangel J., Bennett J., Griebing T.L. et al. (2018). Five-Year Followup Results of a Prospective, Multicenter Study of Patients with Overactive Bladder Treated with Sacral Neuromodulation. *J Urol.* 199(1):229-236.

131. Sjöström M., Lindholm L. and Samuelsson E. (2017). Mobile App for Treatment of Stress Urinary Incontinence: A Cost-Effectiveness Analysis, *Journal of Medical Internet Research*, 19, 5, (e154).

132. Slieker-ten Hove, M. (2010). Pelvic floor muscle function in a general population of women with and without pelvic organ prolapse. *International Urogynecology Journal.* 21(3): 311-319.

133. Smith F.J., Holman C.D. et al. (2010). Lifetime Risk of Undergoing Surgery for Pelvic Organ Prolapse. *Obstetrics and Gynecology.* 116(5): 1096-1100.

134. Steiner, H., Staudach, A., Spitzer, D. and Schaffer, H. (1994). Three-dimensional ultrasound in obstetrics and gynaecology; technique, possibilities and limitations. *Hum. Reprod.* 9, 1773-8.

135. Stewart F, Gameiro OL, El Dib R, et al. (2016). Electrical stimulation with non-implanted electrodes for overactive bladder in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 4:CD010098.

136. Stewart W.F., Van Rooyen J.B., Cundiff G.W. et al. (2003). Preva-

lence and burden of overactive bladder in the United States. *World Journal of Urology*. Vol. 20. № 6. 327-336.

137. Stupp L., Resende A.P. et al. (2011). Pelvic floor muscle training for treatment of pelvic organ prolapse: an assessor-blinded randomized controlled trial. *International Urogynecology Journal*. 22(10): 1233-1239.

138. Sultana C. J. (2017). Non-surgical and Surgical Management of Pelvic Organ Prolapse in the Older Woman. *Current Geriatrics Reports*, 6, 2, (81)

139. Talasz H., Gosch M., Enzelberger H., Rhomberg H.P. (2005). Female geriatric patients with UI symptoms and their control over PFM Z. *Gerontol. Geriatr. Dez*;38(6):424- 30.

140. Tannenbaum C., Brouillette J., Michaud J., Korner Bitensky N., Dumoulin C., Corcos J., Tu le M., Lemieux M.C., Ouellet S., Valiquette L. (2009). Responsiveness and clinical utility of the Geriatric self-efficacy index for urinary incontinence. *Journal of the American Geriatrics Society*; 57: 470-475.

141. Tegerstedt, G. and M. Hammarstrom (2004). Operation for pelvic organ prolapse: a follow-up study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 83(8): 758-763.

142. Timoh K. N., Fauconnier A., Ravit M., Bader G., Varas Ramos C. and Fritel X. (2017). Do Urinary Leakage Circumstances in Women With Urinary Incontinence Correlate With Physician Diagnosis and Urodynamic Results? A Questionnaire Validation Study. *Urology*. 107, (55).

143. Tyagi P. (2011). Pathophysiology of the urothelium and detrusor. *Canadian Urological Association Journal*. Vol. 5 (suppl 2). 128-130.

144. Vakili, B., Zheng Y. T., et al. (2005). Levator contraction strength and genital hiatus as risk factors for recurrent pelvic organ prolapse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 192(5): 1592-1598.

145. van de Pol G., Brummen H.J., Bruinse H.W. et al. (2006). Bother-some lower urinary tract symptoms 1 year after first delivery: prevalence and the

effect of childbirth. *BJU Int.* Vol. 98, № 1. 89-95.

146. van Gelderen M., Tretter R., Meijer J. et al. (2014). Absence of clinically relevant cardiovascular interaction upon add-on of mirabegron or tamsulosin to an established tamsulosin or mirabegron treatment in healthy middle-aged to elderly men. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 52(8):693-701

147. Veenboer P.W., Bosch J.L. (2014). Long-term adherence to antimuscarinic therapy in everyday practice: a systematic review. *J Urol.* 191(4):1003-8

148. Veeratterapillay R., Thorpe A.C., Harding C. (2013). Augmentation cystoplasty: Contemporary indications, techniques and complications. *Indian J Urology.* 29(4):322-7

149. Vijaya G., Gallo P., Derpapas A., Cartwright R. et al. (2011). Increased nerve growth factor in overactive bladder: is it caused by infection? *International Journal of Urogynecology.* Vol. 22 (suppl. 1). 188-189.

150. Viktrup L. (2002). The risk of lower urinary tract symptoms five years after the first delivery. *Neurourology and Urodynamics.* 21, 2-29.

151. Villot A., Deffieux X., Billecocq S., Auclair L., Amarenco G. and Thubert T. (2016). Influence of cognitive rehabilitation on pelvic floor muscle contraction: A randomized controlled trial. *Neurourology and Urodynamics,* 36, 6, 1636-1644

152. Volløyhaug I., Mørkved S., Salvesen Ø. And Å. Salvesen. (2016). Assessment of pelvic floor muscle contraction with palpation, perineometry and transperineal ultrasound: a cross-sectional study. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology.* 47, 6, (768-773).

153. Voorham J. C., De Wachter Stefan, Tine W., Van den Bos L., Hein P. et al. (2016). The effect of EMG biofeedback assisted pelvic floor muscle therapy on symptoms of the overactive bladder syndrome in women: A randomized controlled trial. *Neurourology and Urodynamics,* 36, 7, (1796-1803).

154. Wagg A, Verdejo C, Molander U (2010). Review of cognitive impairment with antimuscarinic agents in elderly patients with overactive bladder.

International J Clin. Pract. 64(9):1279-86.

155. Wagg A., Cardozo L., Nitti V.W., et al. (2014). The efficacy and tolerability of the β_3 -adrenoceptor agonist mirabegron for the treatment of symptoms of overactive bladder in older patients. *Age and Ageing*. 43(5): 666-75.

156. Wagg A., Potter J., Peel P., Irwin P., Lowe D., Pearson M. (2008). National audit of continence care for older people: management of urinary incontinence. *Age and ageing*. 37:39-44.

157. Wagg A.S., Chen L.K., Kirschner – Hermann, R., Kuchel G.A. et al. (2013). Incontinence in the frail elder. *Incontinence: Proceedings from the 5th International Consultation on Incontinence*. Plymouth UK: Health Publications, 1001-1228.

158. Walsh C.A., Parkin K., Mukerjee C., Moore K.R. (2011). Prevalence of low – count bacteriuria in female urinary incontinence versus continent female controls: a cross – sectional study // *International Journal of Urogynecology*. Vol. 22. - № 10 (5). 1267-1272.

159. Wood L.N., Anger J.T. (2014). Urinary incontinence in women. *BMJ*. 349:g4531.

160. Yoon Seok Suh,¹ Kwang Jin Ko, Tae Heon Kim, Hyo Serk Lee, Hyun Hwan Sung, Won Jin Cho, Munjae Lee, Kyu-Sung Lee. (2017). Potential Biomarkers for Diagnosis of Overactive Bladder Patients: Urinary Nerve Growth Factor, Prostaglandin E₂, and Adenosine Triphosphate. *Int Neurol J. Korean Continence Society*. Sep; 21(3): 171–177.

Додаток А

АНКЕТИ

АНКЕТА 1

КАРТА АНАМНЕСТИЧНИХ ДАНИХ ВАГІТНОЇ

ПІБ: _____ Карта № _____

Вік: __ р. Місце роботи, професія _____

Соціальний статус (необхідне виділити): студентка, працююча, домогосподарка

Матеріально-економічні умови: добрі, задовільні, незадовільні

Професійні шкідливості: тривале ортостатичне положення тіла, фізичні навантаження, вимушене відстрочення акту сечовипускання, немає

Фізичні навантаження: постійно, час від часу, рідко

Сімейний стан: одинока, заміжня, цивільний шлюб

Сімейні взаємовідносини: добрі, задовільні, незадовільні

Початок статевого життя: до 14 рр.; 14-17 рр.; після 18 рр.

Кількість статевих партнерів: 1-2; 3-4; більше 4

Методи контрацепції: перерваний статевий акт, бар'єрні методи, КОК, ВМК

Кількість вагітностей: 1, 2-4, 5-8. Пологи: I, II, III, IV і більше

Внутрішньоматкові втручання: МВА, ДВПМ, ВМК

Куріння (щодня, часто, інколи, дуже рідко), стаж: 1р., 2-4р., більше 4р.

Вживання напоїв: кава (щодня, часто, інколи, дуже рідко), алкоголь (щодня, часто, інколи, дуже рідко), кока-кола (щодня, часто, інколи, дуже рідко).

Відношення до статевого акту: позитивне(+), сумнівне (±), негативне (-).

Причини - відношення до статевого акту: брак часу, погане самопочуття, дискомфорт під час акту, страх мимовільного сечовипускання

Суб'єктивна оцінка причин виникнення ГАСМ: початок статевого життя, зміна статевого партнера, перенесені стреси, пологи, велика маса плоду

Спадковий анамнез щодо порушень сечовипускання: втрати сечі невідомого генезу, пролапс тазових органів, СНС, не обтяжений

Гінекологічний анамнез:

1. Вік менархе (підкреслити): 11-12 років, 13-14 років, 14-15 та більше років

2. Тривалість менструального циклу: 21-25 днів, 26-31 днів, більше 32 днів

3. Регулярність менструального циклу: регулярний, нерегулярний / болючі, неболючі

4. Тривалість менструації: <3 днів, 3-6 днів, >6 днів

Репродуктивний анамнез:

Вагітності: _____ пологи _____ Аборти _____ Самовільні викидні _____

Шлях вирішення пологів: пологи per vias, Кесарський розтин, індукція пологів простагландінами E2

Вага дітей при народженні: ≤3кг, 3-4кг, ≥4кг _____ г _____ г _____ г _____ г

Соматичний анамнез:

Хронічні захворювання: _____

Операції: _____

Тривалість скарг на ГАСМ: _____ міс, _____ років, з настанням даної вагітності,
з _____ тиж. даної вагітності, інше _____

АНКЕТА 2 АНТРОПОМЕТРИЧНІ ДАНІ

H - зріст _____ см, **W** - Маса тіла _____ кг,
S - площа _____ м², **MR** - масо-ростовий коефіцієнт _____ кг/м²

Обхватні розміри (см):

ОВР(С1) – плече _____
ОВР(ОР) – плече в напруженому стані _____
ОВР(С2) – передня поверхня верхньої третини передпліччя _____
ОВВ(С4) – стегна _____
ОВГ(С3) – гомілка у верхній третині _____
ОВГКВ - грудей на вдиху _____
ОВГКН - грудей на видиху _____
ОВГКС - грудей в спокійному стані _____
PSG - поперечний середньогрудинний розмір _____
PNG поперечний нижньогрудинний розмір _____
SGK - сагітальний розмір грудної клітки (см) _____

Товщина підшкірно-жирових складок (мм):

GZPL(d1)-задня поверхня плеча _____
GPPL(d2)-передня поверхня плеча _____ **GPR(d3)**–передпліччя _____
GL(d4) –під лопаткою _____ **GGP(d8)**–на груді _____
GG(d5)–на животі _____ **GB(d9)**–на боку _____ **GBD(d6)** –на стегні _____
GGL(d7) –на гомілці _____

Розміри таза(см):

Dist.spinarum _____, dist.cristarum _____, dist.trochanterica _____,
conjugata externa _____

FX–ендоморфний компонент за Хіт-Картером _____
MX–мезоморфний компонент за Хіт-Картером _____
LX–ектоморфний компонент за Хіт-Картером _____
MM – м'язовий компонент за Матейко _____
MM1 – відсотки м'язового компоненту за Матейко _____
OM – жировий компонент за Матейко _____
OM1 – відсотки жирового компоненту за Матейко _____
DM – кістковий компонент за Матейко _____
DM1 – відсоток кісткового компоненту за Матейко _____
AM – м'язи (Америк. інститут харчування) _____
SIR – жир за Сірі _____

АНКЕТА 3
«ДРИП - ТЕСТ» визначення типу нетримання сечі

ПІБ _____ Вік _____ рр. Дата __. __. 201 р.

1	Чи буває у вас сечовипускання більше 6 разів на день та більше 1 разу за ніч ?	«так»	«ні»
2	Чи буває у вас інколи раптовий стійкий позив до сечовипускання ?	«так»	«ні»
3	Чи буває у вас інколи нетримання сечі вночі, в горизонтальному положенні чи при зміні положення тіла ?	«так»	«ні»
4	Чи пов'язуєте ви нетримання сечі з фізичними зусиллями (підняття важкого, кашель і т.д.)?	«так»	«ні»
5	Чи з'являється раптово необхідність сечовиділення при звуках води, яка ллється, чи при контакті з водою ?	«так»	«ні»
6	Чи можете ви вольовим зусиллям зупинити виділення сечі при нетриманні, що вже розпочалося ?	«так»	«ні»
7	Виділення сечі при нетриманні в більшості випадків:	Значне	Невелика кількість
Загальний бал		/	
Тип нетримання:	Гіперактивний сечовий міхур 7/0 – 6/1 – 5/2	Змішане НС – 4/3 – 3/4	Стресове НС – 2/5 – 1/6 – 0/7

Кожна відповідь «так» чи «ні» дорівнює 1 балу. Окремо сумуються бали в лівому та правому стовпчиках. Отримане співвідношення балів визначає тип нетримання сечі даної пацієнтки.

АНКЕТА 4
Щоденник сечовипускання

Дата: __. __. 201 р.

Пн Вт Ср Чт Пт Сб Нд

Години	Об'єм випитої рідини (мл)	Мимовільне сечовипускання	Сечовипускання	Об'єм сечі (мл)	Зміна прокладок
06:00-07:00					
07:00-08:00					

08:00- 09:00					
09:00- 10:00					
10:00- 11:00					
11:00- 12:00					
12:00- 13:00					
13:00- 14:00					
14:00- 15:00					
15:00- 16:00					
16:00- 17:00					
17:00- 18:00					
18:00- 19:00					
19:00- 20:00					
20:00- 24:00					
24:00- 06:00					

АНКЕТА 5
Вплив НС на якість життя

Як би Ви описали Ваш теперішній стан здоров'я?	Дуже добрий ○	Добрий ○	Середній ○	Поганий ○	Дуже поганий ○
В якому обсязі проблема з Вашим сечовим міхуром обмежує виконання Ваших обов'язків в домашньому господарстві (прибирання, шопінг...)?	не обмежує ○	трошки ○	помірно ○	сильно ○	
Чи обмежує проблема з Вашим сечовим міхуром Вашу фізичну діяльність (прогулянки, спорт..)?	не обмежує ○	трошки ○	помірно ○	сильно ○	
Чи обмежує проблема з Вашим сечовим міхуром статеві стосунки з Вашим супутником життя?	ні ○	не зовсім ○	трошки ○	помірно ○	сильно ○
Чи відчуваєте Ви себе пригніченим у зв'язку з проблемою з Вашим сечовим міхуром?	зовсім ні ○	злегка ○	помірно ○	дуже сильно ○	
Чи порушує проблема з Вашим сечовим міхуром Ваш сон?	ніколи ○	інколи ○	часто ○	завжди ○	
Чи відповідає це дійсності в Вашому випадку? Якщо так, то в якому розмірі?	Ні ○		Не зовсім ○	Так ○	
Чи носите Ви гігієнічні прокладки, щоб нижня білизна та одяг були сухими?	ніколи ○	інколи ○	часто ○	завжди ○	
Чи стежите Ви за тим, скільки рідини Ви п'єте?	ніколи ○	інколи ○	часто ○	завжди ○	

ДОДАТОК Б

Таблиці та рисунки

В таблицях даного додатку:

Таблиця 1

Матеріально-економічні умови у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
Загалом	кількість спостережень в групі	(n=60)	(n=75)	
	добрі	46,7	18,7	<0,001
	задовільні	40,0	54,7	>0,05
	незадовільні	13,3	26,7	=0,059
До 25 років	кількість спостережень в групі	(n=21)	(n=9)	
	добрі	71,4**	44,4*	>0,05
	задовільні	19,0	33,3	>0,05
	незадовільні	9,5	22,2	>0,05
З 26 до 35 років	кількість спостережень в групі	(n=28)	(n=49)	
	добрі	21,4	14,3	>0,05
	задовільні	57,1**	63,3	>0,05
	незадовільні	21,4	22,4	>0,05
Старше 35 років	кількість спостережень в групі	(n=11)	(n=17)	
	добрі	63,6#	17,6	<0,05
	задовільні	36,4	41,2	>0,05
	незадовільні	0	41,2	<0,05

Примітка: тут і в подальшому

1. p – достовірність різниці відповідних показників між практично здоровими і хворими на ГАСМ жінками;

2. * (p<0,05), ** (p<0,01), *** (p<0,001), t (p=0,051-0,079) – достовірність різниці відповідних показників між практично здоровими або хворими на ГАСМ жінками до 25 років та з 26 до 35 років (відмічені більші значення);

3. ^ (p<0,05), ^^ (p<0,01), ^^ (p<0,001), h (p=0,051-0,079) – достовірність різниці відповідних показників між практично здоровими або хворими на ГАСМ жінками до 25 років та старше 35 років (відмічені більші значення).

4. # ($p < 0,05$), ## ($p < 0,01$), ### ($p < 0,001$), s ($p = 0,051-0,079$) – достовірність різниці відповідних показників між практично здоровими або хворими на ГАСМ жінками з 26 до 35 років та старше 35 років (відмічені більші значення).

Таблиця 2

Особливості професійних шкідливостей у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	відсутні	61,7	6,7	<0,001
	трив. ортост. полож. тіла	11,7	20,0	>0,05
	фізичні навантаження	18,3	29,3	>0,05
	вимуш. відстроч. акту сечовип.	8,3	44,0	<0,001
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	відсутні	76,2t(0,069)	11,1	<0,01
	трив. ортост. полож. тіла	0	11,1	>0,05
	фізичні навантаження	14,3	11,1	>0,05
	вимуш. відстроч. акту сечовип.	9,5	66,7	<0,01
З 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	відсутні	50,0	6,1	<0,001
	трив. ортост. полож. тіла	21,4*	22,4	>0,05
	фізичні навантаження	21,4	28,6	>0,05
	вимуш. відстроч. акту сечовип.	7,1	42,9	<0,01
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	відсутні	63,6	5,9	<0,01
	трив. ортост. полож. тіла	9,1	17,6	>0,05
	фізичні навантаження	18,2	41,2	>0,05
	вимуш. відстроч. акту сечовип.	9,1	35,3	>0,05

Екстрагенітальна патологія у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	відсутня	65,0	42,7	<0,05
	патологія ССС	1,7	1,3	>0,05
	патологія дихальної системи	5,0	4,0	>0,05
	захв. шлунково-кишкового тр.	8,3	20,0	=0,059
	алергічні реакції	5,0	6,7	>0,05
	НДЦ по гіпотонічному типу	6,7	4,0	>0,05
	НДЦ по гіпертонічному типу	3,3	8,0	>0,05
	метаболічний синдром	5,0	13,3	>0,05
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	відсутня	66,7	44,4	>0,05
	патологія ССС	4,8	0	>0,05
	патологія дихальної системи	9,5	0	>0,05
	захв. шлунково-кишкового тр.	4,8	11,1	>0,05
	алергічні реакції	0	11,1	>0,05
	НДЦ по гіпотонічному типу	9,5	11,1	>0,05
	НДЦ по гіпертонічному типу	0	0	>0,05
	метаболічний синдром	4,8	22,2h(=0,055)	>0,05
З 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	відсутня	60,7	44,9	>0,05
	патологія ССС	0	2,0	>0,05
	патологія дихальної системи	3,6	4,1	>0,05
	захв. шлунково-кишкового тр.	10,7	16,3	>0,05
	алергічні реакції	7,1	8,2	>0,05
	НДЦ по гіпотонічному типу	3,6	2,0	>0,05
	НДЦ по гіпертонічному типу	7,1	10,2	>0,05
	метаболічний синдром	7,1	12,2	>0,05
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	відсутня	72,7	35,3	=0,064
	патологія ССС	0	0	>0,05
	патологія дихальної системи	0	5,9	>0,05
	захв. шлунково-кишкового тр.	9,1	35,3	>0,05
	алергічні реакції	9,1	5,9	>0,05
	НДЦ по гіпотонічному типу	9,1	5,9	>0,05
	НДЦ по гіпертонічному типу	0	11,8	>0,05
	метаболічний синдром	0	0	>0,05

Паління у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	не курю та ніколи не курила	85,0	6,7	<0,001
	щодня	0	41,3	<0,001
	часто	6,7	24,0	<0,01
	інколи	3,3	14,7	<0,05
	дуже рідко	5,0	13,3	>0,05
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	не курю та ніколи не курила	95,2	0	<0,001
	щодня	0	55,6	<0,001
	часто	4,8	44,4	<0,05
	інколи	0	0	>0,05
	дуже рідко	0	0	>0,05
3 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	не курю та ніколи не курила	82,1	8,2	<0,001
	щодня	0	38,8	<0,001
	часто	10,7	18,4	>0,05
	інколи	0	20,4	<0,05
	дуже рідко	7,1	14,3	>0,05
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	не курю та ніколи не курила	72,7	5,9	<0,001
	щодня	0	41,2	<0,05
	часто	0	29,4	=0,058
	інколи	18,2h(0,053)^	5,9	>0,05
	дуже рідко	9,1	17,6	>0,05

Таблиця 5

Стаж куріння у обстежених жінок

Показник	Група	Контрольна група	I група	p
Стаж куріння	загалом	7,400±4,168	8,667±3,808	>0,05
	до 25 років	3±	4,111±2,522	>0,05
	26-35 років	6,533±2,768	10,20±3,42	<0,05
	>35 років	8,000±3,464	11,69±5,07	>0,05
	p ₁	>0,05	<0,05	
	p ₂	>0,05	<0,001	
	p ₃	>0,05	=0,059	

Вживання газованих напоїв у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	щодня	10,0	14,7	>0,05
	часто	25,0	14,7	>0,05
	інколи	35,0	22,7	>0,05
	дуже рідко	30,0	48,0	<0,05
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	щодня	28,6**h(0,058)	33,3t(0,070)	>0,05
	часто	52,4**^^	22,2	>0,05
	інколи	19,0	22,2	>0,05
	дуже рідко	0	22,2	<0,05
3 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	щодня	0	10,2	>0,05
	часто	14,3	14,3	>0,05
	інколи	46,4t(0,052)	20,4	<0,05
	дуже рідко	39,3**	55,1t(0,075)	>0,05
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	щодня	0	17,6	>0,05
	часто	0	11,8	>0,05
	інколи	36,4	29,4	>0,05
	дуже рідко	63,6^^^	41,2	>0,05

Таблиця 7

Прийом алкоголю у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
1	2	3	4	5
Загалом	кількість спостережень в групі	(n=60)	(n=75)	
	щодня	0	10,7	<0,01
	часто	3,3	42,7	<0,001
	інколи	31,7	36,0	>0,05
	дуже рідко	65,0	10,7	<0,001

1	2	3	4	5
До 25 років	кількість спостережень в групі	(n=21)	(n=9)	
	щодня	0	33,3*	<0,01
	часто	0	33,3	<0,01
	інколи	28,6	22,2	>0,05
	дуже рідко	71,4	11,1	<0,01
З 26 до 35 років	кількість спостережень в групі	(n=28)	(n=49)	
	щодня	0	6,1	>0,05
	часто	3,6	46,9	<0,001
	інколи	28,6	36,7	>0,05
	дуже рідко	67,9	10,2	<0,001
Ста- рше 35 років	кількість спостережень в групі	(n=11)	(n=17)	
	щодня	0	11,8	>0,05
	часто	9,1	35,3	>0,05
	інколи	45,5	41,2	>0,05
	дуже рідко	45,5	11,8	=0,055

Таблиця 8

Сімейні відносини у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
Загалом	кількість спостережень в групі	(n=60)	(n=75)	
	добрі	70,0	4,0	<0,001
	задовільні	23,3	37,3	>0,05
	незадовільні	6,7	58,7	<0,001
До 25 років	кількість спостережень в групі	(n=21)	(n=9)	
	добрі	71,4	22,2* _{h(0,055)}	<0,05
	задовільні	14,3	33,3	>0,05
	незадовільні	14,3	44,4	>0,05
З 26 до 35 років	кількість спостережень в групі	(n=28)	(n=49)	
	добрі	64,3	2,0	<0,001
	задовільні	32,1	40,8	>0,05
	незадовільні	3,6	57,1	<0,001
Ста- рше 35 років	кількість спостережень в групі	(n=11)	(n=17)	
	добрі	81,8	0	<0,001
	задовільні	18,2	29,4	>0,05
	незадовільні	0	70,6	<0,001

Вік менархе у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
Загалом	кількість спостережень в групі	(n=60)	(n=75)	
	11-12 років	28,3	42,7	>0,05
	13-14 років	61,7	52,0	>0,05
	14-15 та більше років	10,0	5,3	>0,05
До 25 років	кількість спостережень в групі	(n=21)	(n=9)	
	11-12 років	66,7***^	55,6	>0,05
	13-14 років	28,6	44,4	>0,05
	14-15 та більше років	4,8	0	>0,05
3 26 до 35 років	кількість спостережень в групі	(n=28)	(n=49)	
	11-12 років	3,6	40,8	<0,001
	13-14 років	85,7***	55,1	<0,01
	14-15 та більше років	10,7	4,1	>0,05
Старше 35 років	кількість спостережень в групі	(n=11)	(n=17)	
	11-12 років	18,2	41,2	>0,05
	13-14 років	63,6h(0,065)	47,1	>0,05
	14-15 та більше років	18,2	11,8	>0,05

Таблиця 10

Тривалість менструального у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
1	2	3	4	5
Загалом	кількість спостер. В групі	(n=60)	(n=75)	
	21-25 днів	33,3	36,0	>0,05
	26-31 днів	56,7	58,7	>0,05
	більше 32 днів	10,0	5,3	>0,05
До 25 років	кількість спостер. В групі	(n=21)	(n=9)	
	21-25 днів	4,8	66,7*	<0,001
	26-31 днів	81,0***^	33,3	<0,05
	більше 32 днів	14,3	0	>0,05

1	2	3	4	5
3 26 до 35 років	кількість спостер. В групі	(n=28)	(n=49)	
	21-25 днів	46,4**	30,6	>0,05
	26-31 днів	42,9	61,2	>0,05
	більше 32 днів	10,7	8,2	>0,05
Ста- рше 35 років	кількість спостер. В групі	(n=11)	(n=17)	
	21-25 днів	54,5^^	35,3	>0,05
	26-31 днів	45,5	64,7	>0,05
	більше 32 днів	0	0	>0,05

Таблиця 11

Регулярність менструального циклу у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	нерегулярний	3,3	13,4	<0,05
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	нерегулярний	0	22,2	<0,05
3 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	нерегулярний	3,6	12,2	>0,05
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	нерегулярний	9,1	11,8	>0,05

Таблиця 12

Особливості болювого симптому під час менструації у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	болюча	40,0	45,3	>0,05
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	болюча	47,6	55,6	>0,05
3 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	болюча	39,3	44,9	>0,05
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	болюча	27,3	41,2	>0,05

Тривалість менструації у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	<3 днів	20,0	9,3	=0,078
	3-6 днів	70,0	80,0	>0,05
	>6 днів	10,0	10,7	>0,05
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	<3 днів	0	0	>0,05
	3-6 днів	76,2	88,9	>0,05
	>6 днів	23,8*	11,1	>0,05
3 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	<3 днів	21,4*	6,1	<0,05
	3-6 днів	75,0	81,6	>0,05
	>6 днів	3,6	12,2	>0,05
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	<3 днів	54,5 ^{^^s} (0,051)	23,5#	>0,05
	3-6 днів	45,5	70,6	>0,05
	>6 днів	0	5,9	>0,05

Таблиця 14

Кількість вагітностей у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
1	2	3	4	5
Загалом	кількість спостережень в групі	(n=60)	(n=75)	
	1	10,0	4,0	>0,05
	2-4	83,3	42,0	<0,001
	5-8	6,7	54,0	<0,001
До 25 років	кількість спостережень в групі	(n=21)	(n=9)	
	1	23,8*	22,2* ^h (0,055)	>0,05
	2-4	76,2	66,7	>0,05
	5-8	0	11,1	>0,05

1	2	3	4	5
3 26 до 35 років	кількість спостережень в групі	(n=28)	(n=49)	
	1	3,6	2,0	>0,05
	2-4	89,3	41,0	<0,001
	5-8	7,1	56,9*	<0,001
Ста- рше 35 років	кількість спостережень в групі	(n=11)	(n=17)	
	1	0	0	>0,05
	2-4	81,8	47,1	=0,078
	5-8	18,2h(=0,053)	52,9^	=0,078

Таблиця 15

Шлях вирішення пологів у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	пологи per vias naturalis	70,0	88,0	<0,01
	Кесарський розтин	30,0	12,0	<0,01
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	пологи per vias naturalis	76,2	88,9	>0,05
	Кесарський розтин	23,8	11,1	>0,05
3 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	пологи per vias naturalis	57,1	89,8	<0,01
	Кесарський розтин	42,9s(0,051)	10,2	<0,01
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	пологи per vias naturalis	90,9s(0,051)	82,4	>0,05
	Кесарський розтин	9,1	17,6	>0,05

Таблиця 16

Маса дітей при народженні у обстежених жінок (г)

Показник	Група	Контрольна група	I група	p
Передбачувана маса плода	загалом	3026±439	3542±368	<0,001
	до 25 років	2994±423	3579±580	<0,001
	26-35 років	2994±495	3535±367	<0,005
	>35 років	3171±301	3540±233	>0,05
	p ₁	>0,05	=0,072	
	p ₂	<0,05	=0,063	
	p ₃	>0,05	>0,05	

Суб'єктивна оцінка причин виникнення ГАСМ у обстежених жінок (%)

Показники		Хворі
Загалом	кількість спостережень в групі	(n=75)
	початок статевого життя	13,3
	зміна статевого партнера	13,7
	перенесені стреси	14,7
	вагітність та пологи	40,0
	велика маса плода	18,3
До 25 років	кількість спостережень в групі	(n=9)
	початок статевого життя	20,2
	зміна статевого партнера	33,3
	перенесені стреси	21,2
	вагітність та пологи	13,1
	велика маса плода	12,1
З 26 до 35 років	кількість спостережень в групі	(n=49)
	початок статевого життя	14,3
	зміна статевого партнера	11,4
	перенесені стреси	16,3
	вагітність та пологи	36,7
	велика маса плода	21,3
Старше 35 років	кількість спостережень в групі	(n=17)
	початок статевого життя	3,9
	зміна статевого партнера	10,8
	перенесені стреси	5,9
	вагітність та пологи	64,7 [^] #
	велика маса плода	14,8

Скарги з ГАСМ в III триместрі вагітності у хворих на ГАСМ жінок

Показники		наявні
Загалом	кількість спостер. в групі	n=75
	полакіурія	100
	ноктурія	100
	імперативний позив	98,7
	відчуття неповного с/в	78,7
	акт с/в неможливо зупинити	94,7
	дріблінг	66,7
До 25 років	кількість спостер. в групі	n=9
	полакіурія	100
	ноктурія	100
	імперативний позив	100
	відчуття неповного с/в	77,8
	акт с/в неможливо зупинити	88,9
	дріблінг	77,8
З 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	n=49
	полакіурія	100
	ноктурія	100
	імперативний позив	98,0
	відчуття неповного с/в	77,6
	акт с/в неможливо зупинити	93,9
	дріблінг	93,9##
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	n=17
	полакіурія	100
	ноктурія	100
	імперативний позив	100
	відчуття неповного с/в	82,4
	акт с/в неможливо зупинити	100
	дріблінг	64,7

Скарги жінок з ГАСМ в 16 тиж. післяпологового періоду у хворих на
ГАСМ жінок

Показники		наявні
Загалом	кількість спостер. в групі	n=75
	полакіурія	100
	ноктурія	100
	імперативний позив	98,7
	відчуття неповного с/в	78,7
	акт с/в неможливо зупинити	96,0
	дріблінг	48,7
До 25 років	кількість спостер. в групі	n=9
	полакіурія	100
	ноктурія	100
	імперативний позив	88,9
	відчуття неповного с/в	55,6
	акт с/в неможливо зупинити	88,9
	дріблінг	88,9*
З 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	n=49
	полакіурія	100
	ноктурія	100
	імперативний позив	100*
	відчуття неповного с/в	69,6
	акт с/в неможливо зупинити	95,9
	дріблінг	53,1
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	n=17
	полакіурія	100
	ноктурія	100
	імперативний позив	100
	відчуття неповного с/в	88,2h(=0,073)
	акт с/в неможливо зупинити	100
	дріблінг	58,8

Бактеріальне дослідження вагінальних виділень на кількісне виявлення *E.Coli* у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	10^3	5,0	10,7	>0,05
	10^4	5,0	12,0	>0,05
	10^5	1,7	13,3	<0,05
	10^6	0	1,3	>0,05
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	10^3	9,5	22,2h(0,055)	<0,01
	10^4	0	22,2	<0,01
	10^5	0	11,1	>0,05
	10^6	0	11,1	>0,05
3 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	10^3	3,6	12,2	>0,05
	10^4	7,1	12,2	>0,05
	10^5	3,6	10,2	>0,05
	10^6	0	0	>0,05
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	10^3	9,1	0	>0,05
	10^4	0	5,9	>0,05
	10^5	0	23,5	>0,05
	10^6	0	0	>0,05

Таблиця 21

Бактеріальне дослідження вагінальних виділень на кількісне виявлення *E.Faecalis* у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
1	2	3	4	5
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	10^3	5,0	8,0	>0,05
	10^4	0	8,0	<0,05
	10^5	0	1,3	>0,05
	10^6	0	1,3	>0,05

1	2	3	4	5
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	10^3	9,5	22,2h(0,055)	<0,01
	10^4	0	11,1	>0,05
	10^5	0	0	>0,05
	10^6	0	0	>0,05
З 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	10^3	3,6	8,2	>0,05
	10^4	0	8,2	>0,05
	10^5	0	0	>0,05
	10^6	0	0	>0,05
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	10^3	0	0	>0,05
	10^4	0	5,9	>0,05
	10^5	0	5,9	>0,05
	10^6	0	5,9	>0,05

Таблиця 22

Бактеріальне дослідження вагінальних виділень на кількісне виявлення *S.Epidermidis* у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	10^3	3,3	8,0	>0,05
	10^4	1,7	1,3	>0,05
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	10^3	0	11,1	>0,05
	10^4	4,8	0	>0,05
З 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	10^3	7,1	8,2	>0,05
	10^4	0	2,0	>0,05
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	10^3	0	5,9	>0,05
	10^4	0	0	>0,05

Бактеріальне дослідження вагінальних виділень на кількісне виявлення *S.Saprophyticus* у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	10^3	3,3	8,0	>0,05
	10^4	1,7	1,3	>0,05
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	10^3	0	11,1	>0,05
	10^4	0	0	>0,05
З 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	10^3	7,1	10,2	>0,05
	10^4	3,6	0	>0,05
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	10^3	0	5,9	>0,05
	10^4	0	0	>0,05

Таблиця 24

Бактеріальне дослідження вагінальних виділень на кількісне виявлення *G.Vaginalis* у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
1	2	3	4	5
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	10^3	5,0	2,7	>0,05
	10^4	11,7	14,7	>0,05
	10^5	3,3	17,3	<0,01
	10^6	5,0	44,0	<0,001
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	10^3	4,8	0	>0,05
	10^4	23,8*	0	>0,05
	10^5	0	44,4t(0,061)^^	<0,01
	10^6	0	33,3	<0,01

1	2	3	4	5
3 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	10^3	7,1	4,1	>0,05
	10^4	3,6	14,3	>0,05
	10^5	3,6	16,3	>0,05
	10^6	10,7	46,9	<0,01
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	$\leq 10^3$	0	0	>0,05
	10^4	9,1	23,5	>0,05
	10^5	9,1	5,9	>0,05
	10^6	0	41,2	<0,05

Таблиця 25

Бактеріальне дослідження вагінальних виділень на кількісне виявлення *S.Albicans* у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	10^3	3,3	1,3	>0,05
	10^4	0	5,3	=0,0725
	10^5	0	25,3	<0,001
	10^6	0	1,3	>0,05
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	10^3	0	0	>0,05
	10^4	0	0	>0,05
	10^5	0	11,1	>0,05
	10^6	0	0	>0,05
3 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	10^3	0	0	>0,05
	10^4	0	2,0	>0,05
	10^5	0	6,1	>0,05
	10^6	7,1	26,5s(=0,078)	<0,05
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	10^3	0	0	>0,05
	10^4	0	35,3h(0,053)###	<0,05
	10^5	0	0	>0,05
	10^6	0	5,9	>0,05

Бактеріальне дослідження вагінальних виділень на кількісне виявлення *Chl. Trachomatis* у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	10^5	0	1,3	>0,05
	10^6	0	6,7	<0,05
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	10^5	0	11,1*	>0,05
	10^6	0	0	>0,05
З 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	10^5	0	0	>0,05
	10^6	4,1	0	>0,05
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	10^5	0	0	>0,05

Таблиця 27

Бактеріальне дослідження контамінації сечі *E.Coli* у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	10^3	6,7	25,3	<0,01
	10^4	0	2,7	>0,05
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	10^3	0	44,4	<0,01
	10^4	0	11,1	>0,05
З 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	10^3	7,1	18,4	>0,05
	10^4	0	2,0	>0,05
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	10^3	9,1	35,3	>0,05
	10^4	0	0	>0,05

Бактеріальне дослідження контамінації сечі *E. Faecalis* у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	10 ³	0	5,3	=0,073
	10 ⁴	0	2,7	>0,05
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	10 ³	0	11,1	>0,05
	10 ⁴	0	88,9***^^^	<0,001
З 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	10 ³	0	4,1	>0,05
	10 ⁴	0	0	>0,05
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	10 ³	0	5,9	>0,05
	10 ⁴	0	11,8#	>0,05

Таблиця 29

Бактеріальне дослідження контамінації сечі *G. Vaginalis* у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
1	2	3	4	5
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	10 ³	3,3	30,7	<0,001
	10 ⁴	0	16,0	<0,01
	10 ⁵	0	4,0	>0,05
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	10 ³	0	11,1	>0,05
	10 ⁴	0	11,1	>0,05
	10 ⁵	0	0	>0,05
З 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	10 ³	7,1	34,7	<0,01
	10 ⁴	0	14,3	<0,05
	10 ⁵	0	4,1	>0,05

1	2	3	4	5
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	10 ³	0	29,4	=0,0579
	10 ⁴	0	23,5	>0,05
	10 ⁵	0	5,9	>0,05

Таблиця 30

Бактеріальне дослідження контамінації сечі *S. Albicans*
у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	10 ³	1,7	21,3	<0,001
	10 ⁴	0	6,7	<0,05
	10 ⁵	0	1,3	>0,05
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	10 ³	0	11,1	0,1317
	10 ⁴	0	88,9****^^^	<0,001
	10 ⁵	0	0	>0,05
3 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	10 ³	3,6	20,4	<0,05
	10 ⁴	0	8,2	>0,05
	10 ⁵	0	0	>0,05
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	10 ³	0	29,4	=0,0579
	10 ⁴	0	5,9	>0,05
	10 ⁵	0	5,9	>0,05

Бактеріальне дослідження контамінації сечі *Chl. Trachomatis* у обстежених жінок (%)

Показники		Контрольна група	I група	p
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	10 ³	0	4,0	>0,05
	10 ⁴	0	2,7	>0,05
	10 ⁵	0	1,3	>0,05
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	10 ³	0	11,1	>0,05
	10 ⁴	0	0	>0,05
	10 ⁵	0	0	>0,05
З 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	10 ³	0	2,0	>0,05
	10 ⁴	0	0	>0,05
	10 ⁵	0	2,0	>0,05
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	10 ³	0	5,9	>0,05
	10 ⁴	0	11,8#	>0,05
	10 ⁵	0	0	>0,05

Таблиця 32

Воронкоподібне розширення уретри в III триместрі у практично здорових та хворих на ГАСМ жінок

Показники		Здорові	Хворі	p
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	наявне	0	100	<0,001
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	наявне	0	100	<0,001
З 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	наявне	0	100	<0,001
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	наявне	0	100	<0,001

Воронкоподібне розширення уретри в 16 тижнів післяпологового періоду у обстежених жінок

Показники		Контрольна група	I група	p
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	наявне	0	100	<0,001
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	наявне	0	100	<0,001
З 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	наявне	0	100	<0,001
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	наявне	0	100	<0,001

Таблиця 34

Спонтанні скорочення детрузора в III триместрі у обстежених жінок

Показники		Контрольна група	I група	p
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	наявне	0	100	<0,001
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	наявне	0	100	<0,001
З 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	наявне	0	100	p<0,001
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	наявне	0	100	<0,001

Таблиця 35

Кашльовий тест в III триместрі у обстежених жінок

Показники		Контрольна група	I група	p
1	2	3	4	5
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	позитивний	3,3	100	<0,001

Продовження таблиці 35

1	2	3	4	5
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	позитивний	0	100	<0,001
З 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	позитивний	7,1	100	<0,001
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	позитивний	0	100	<0,001

Таблиця 36

Кашльовий тест в 16 тиж післяпологового періоду у обстежених жінок

Показники		Контрольна група	I група	p
Загалом	кількість спостер. в групі	(n=60)	(n=75)	
	позитивний	0	90,7	<0,001
До 25 років	кількість спостер. в групі	(n=21)	(n=9)	
	позитивний	0	77,8	<0,001
З 26 до 35 років	кількість спостер. в групі	(n=28)	(n=49)	
	позитивний	0	91,8	<0,001
Старше 35 років	кількість спостер. в групі	(n=11)	(n=17)	
	позитивний	0	94,1	<0,001

Рисунки

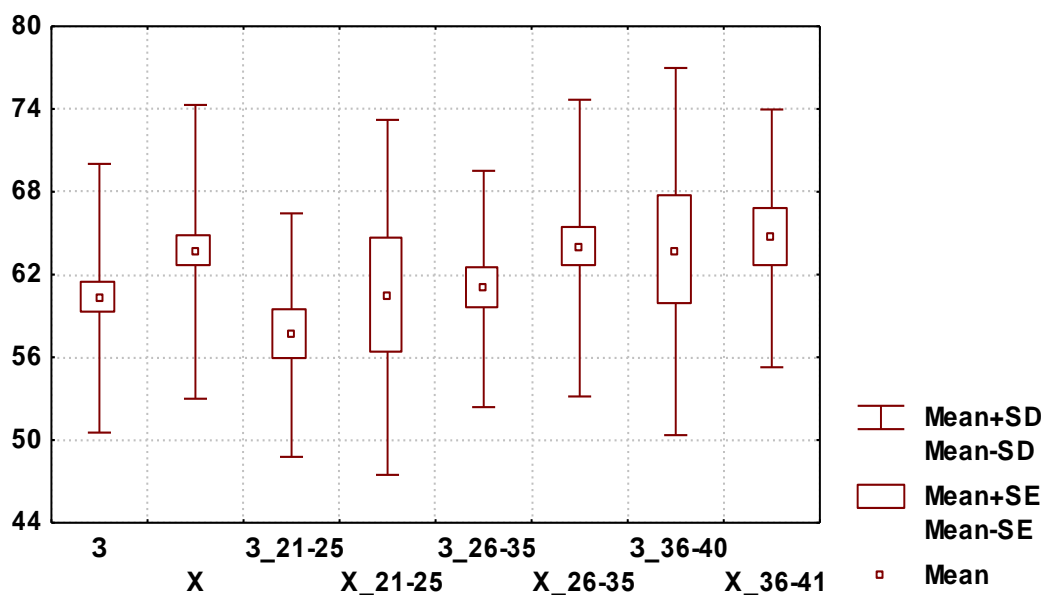


Рис. 1. Відмінності маси тіла у практично здорових та хворих на ГАСМ жінок загальної і різних вікових груп (кг).

Примітки (тут і в подальшому):

1. 3 – здорові жінки без поділу на вікові групи;
2. X – хворі жінки без поділу на вікові групи;
3. 3_21-25 – здорові жінки віком від 21 до 25 років;
4. X_21-25 – хворі жінки віком від 21 до 25 років;
5. 3_26-35 – здорові жінки віком від 26 до 35 років;
6. X_26-35 – хворі жінки віком від 26 до 35 років;
7. 3_36-40 – здорові жінки віком від 36 до 40 років;
8. X_36-41 – хворі жінки віком від 36 до 41 року.

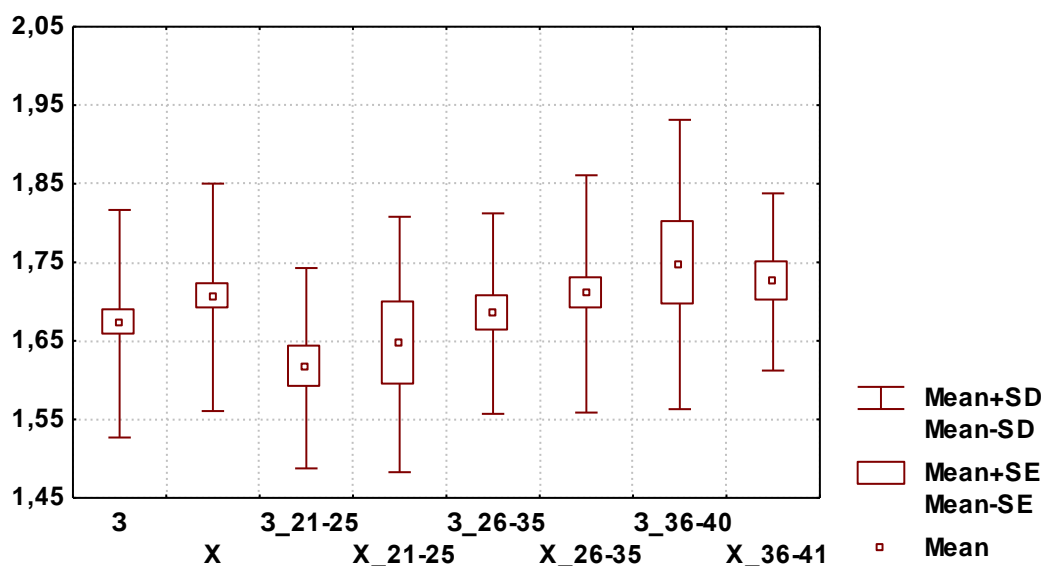


Рис. 2. Відмінності площі поверхні тіла у практично здорових та хворих на ГАСМ жінок загальної і різних вікових груп (м²).

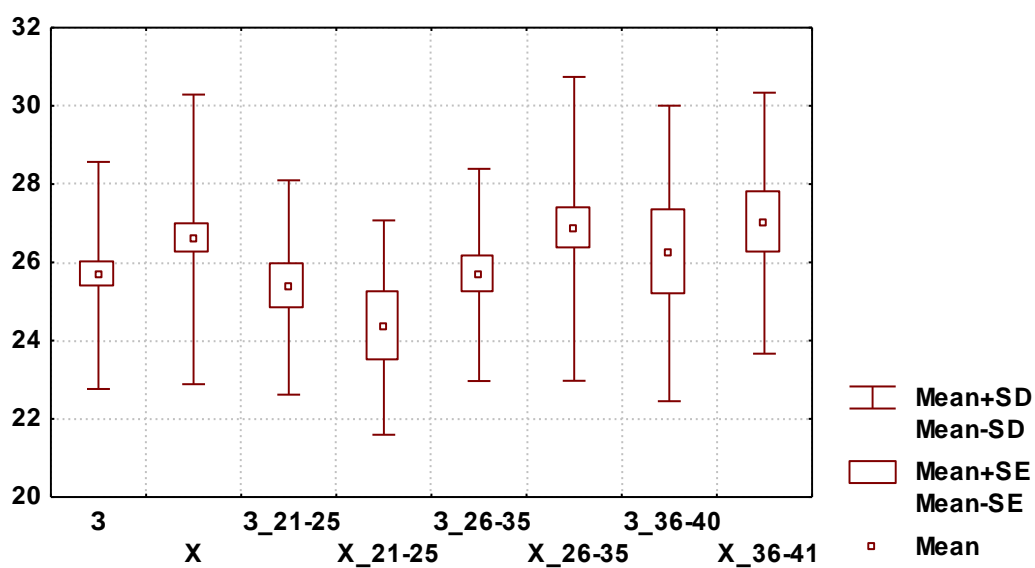


Рис. 3. Відмінності обхвату плеча в стані спокою у практично здорових та хворих на ГАСМ жінок загальної і різних вікових груп (см).

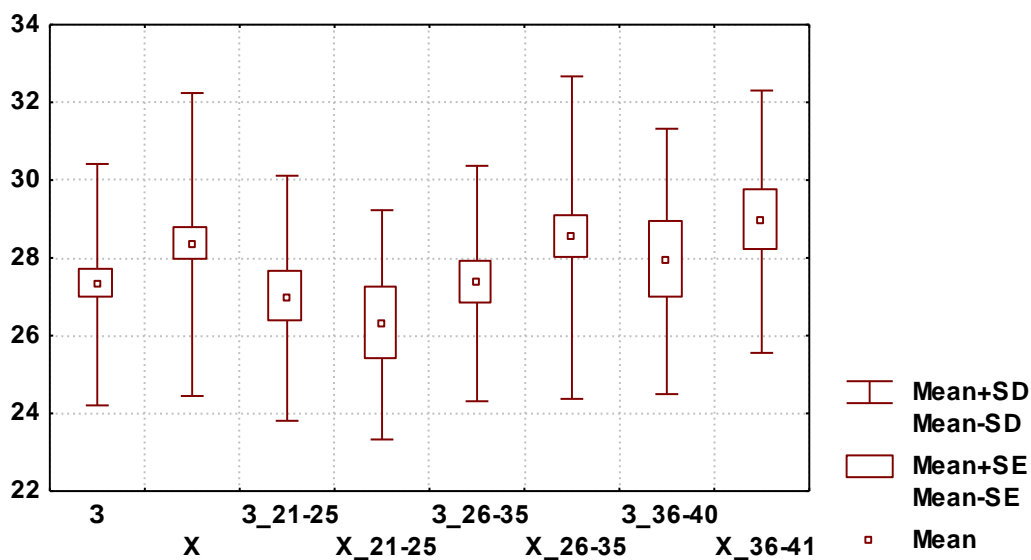


Рис. 4. Відмінності обхвату плеча в напруженому стані у практично здорових та хворих на ГАСМ жінок загальної і різних вікових груп (см).

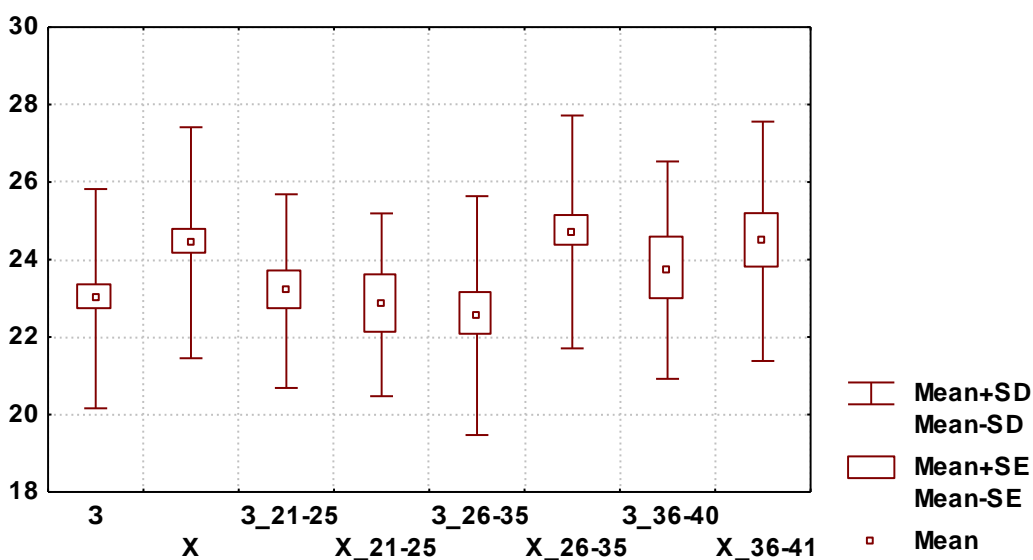


Рис. 5. Відмінності обхвату передпліччя у верхній третині у практично здорових та хворих на ГАСМ жінок загальної і різних вікових груп (см).

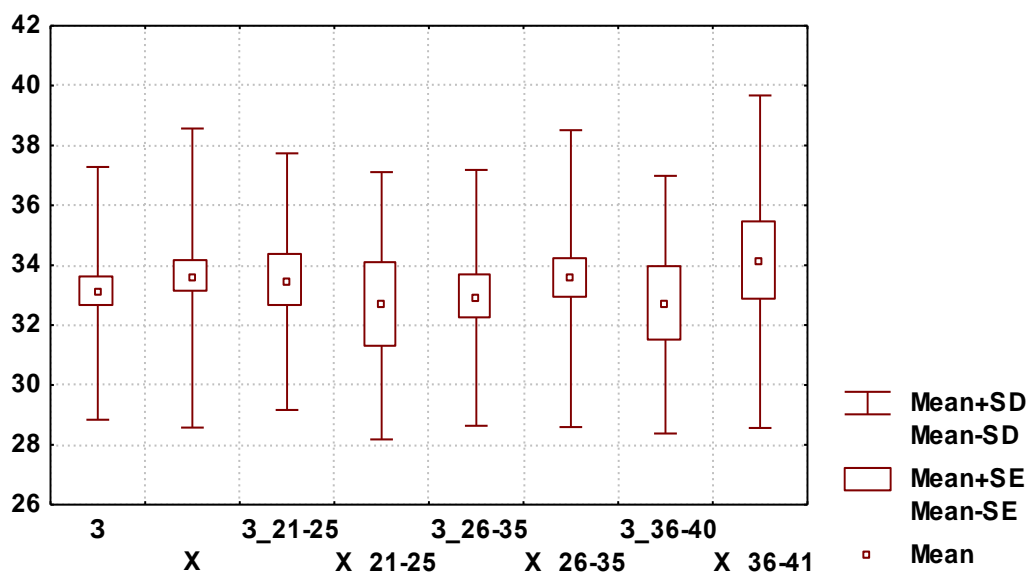


Рис. 6. Відмінності обхвату гомілки у верхній третині у практично здорових та хворих на ГАСМ жінок загальної і різних вікових груп (см).

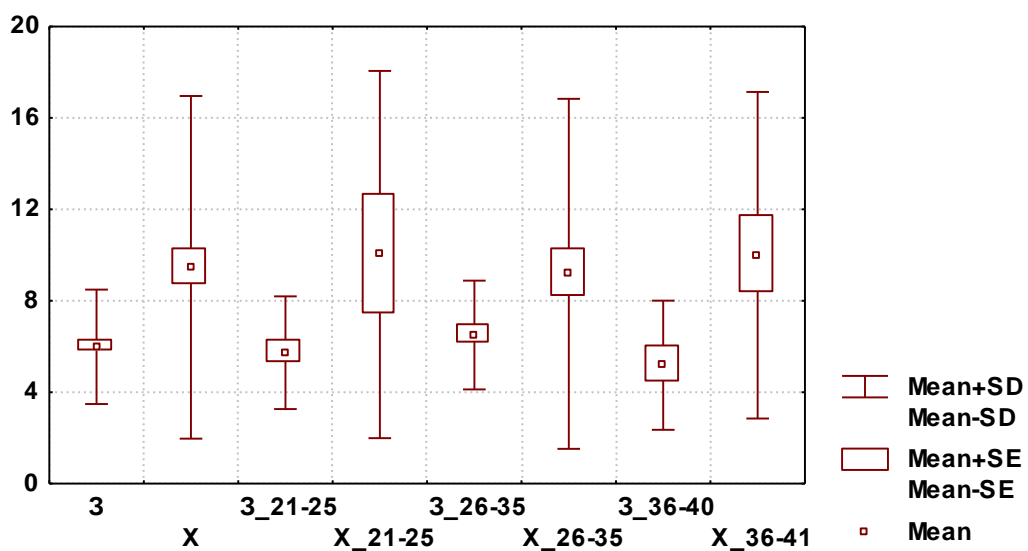


Рис. 7. Відмінності ТШЖС на передній поверхні плеча у практично здорових та хворих на ГАСМ жінок загальної і різних вікових груп (мм).

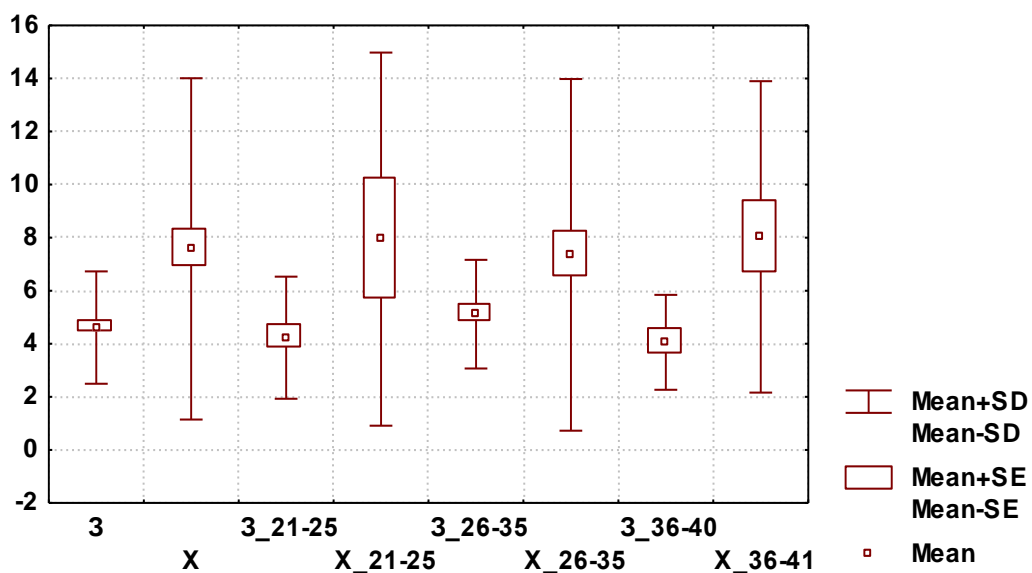


Рис. 8. Відмінності ТШЖС на передпліччі у практично здорових та хворих на ГАСМ жінок загальної і різних вікових груп (мм).

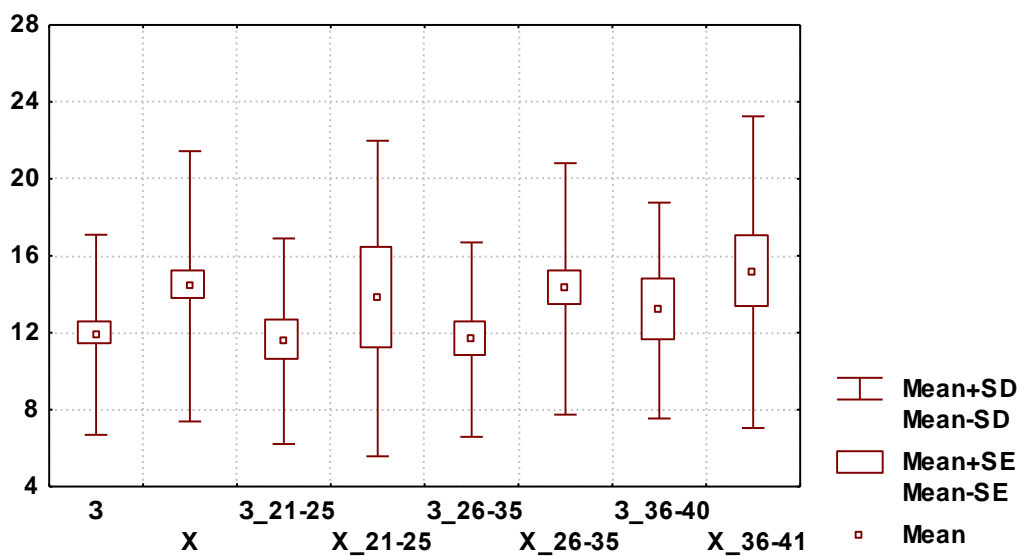


Рис. 9. Відмінності ТШЖС під нижнім кутом лопатки у практично здорових та хворих на ГАСМ жінок загальної і різних вікових груп (мм).

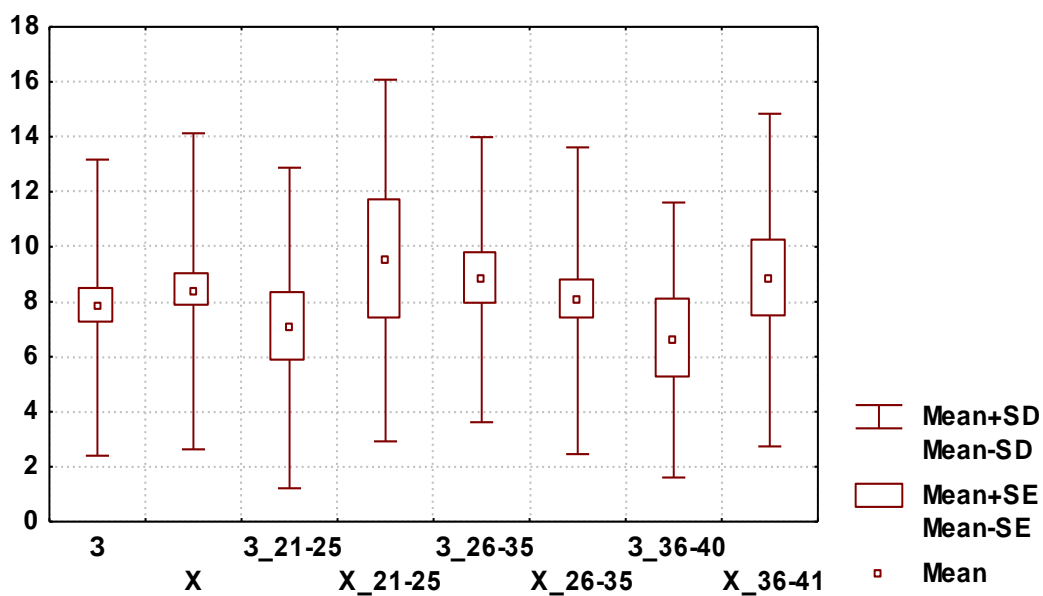


Рис. 10. Відмінності ТШЖС на груді у практично здорових та хворих на ГАСМ жінок загальної і різних вікових груп (мм).

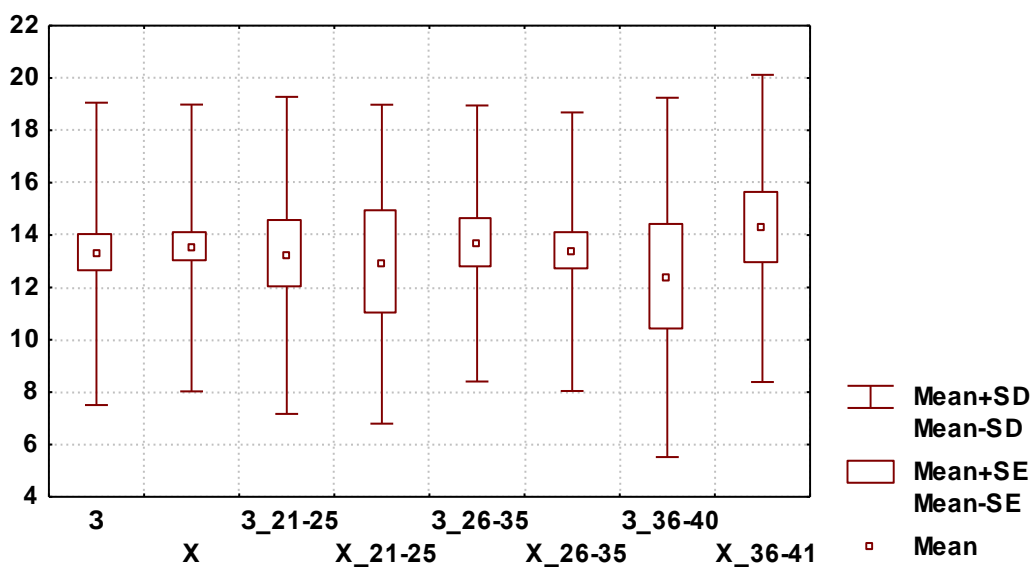


Рис. 11. Відмінності ТШЖС на животі у практично здорових та хворих на ГАСМ жінок загальної і різних вікових груп (мм).

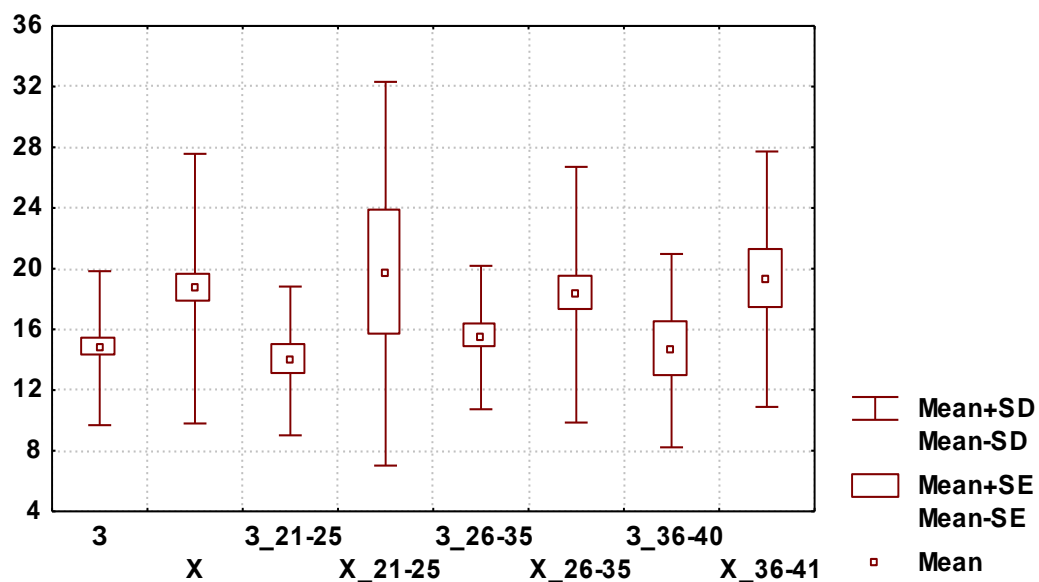


Рис. 12. Відмінності ТШЖС на стегні у практично здорових та хворих на ГАСМ жінок загальної і різних вікових груп (мм).

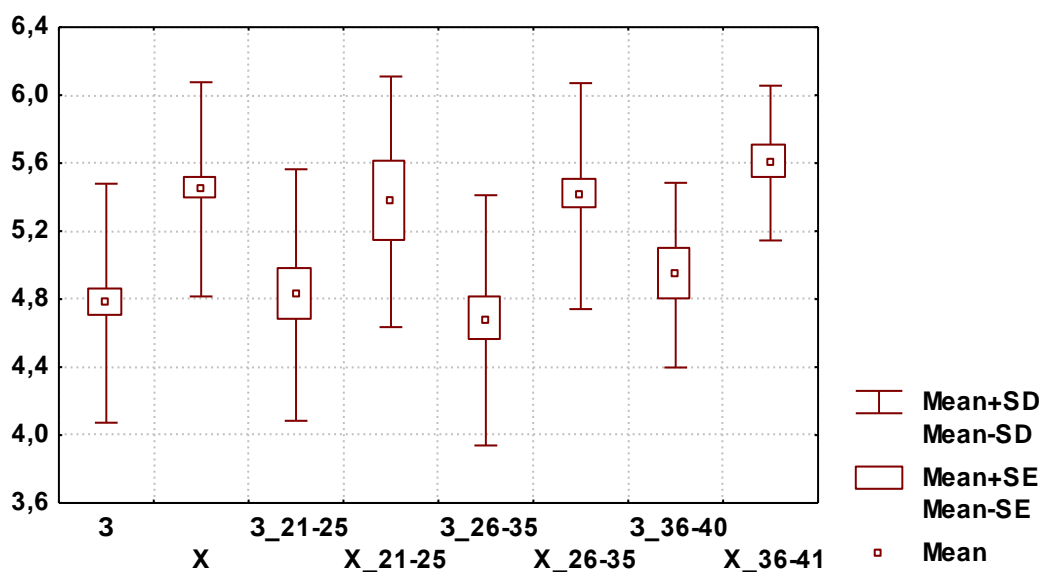


Рис. 13. Відмінності ШДЕ передпліччя у практично здорових та хворих на ГАСМ жінок загальної і різних вікових груп (см).

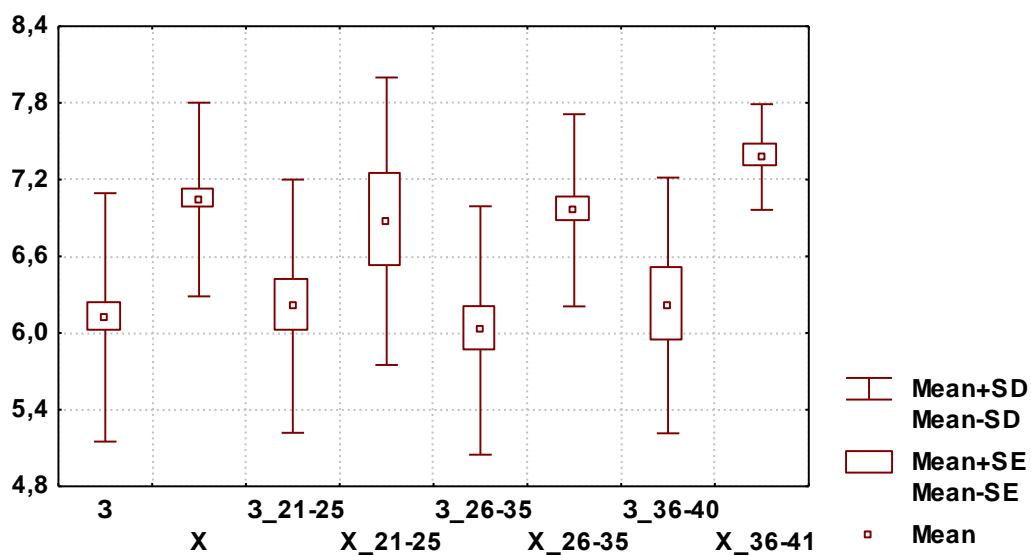


Рис. 14. Відмінності ШДЕ гомілки у практично здорових та хворих на ГАСМ жінок загальної і різних вікових груп (см).

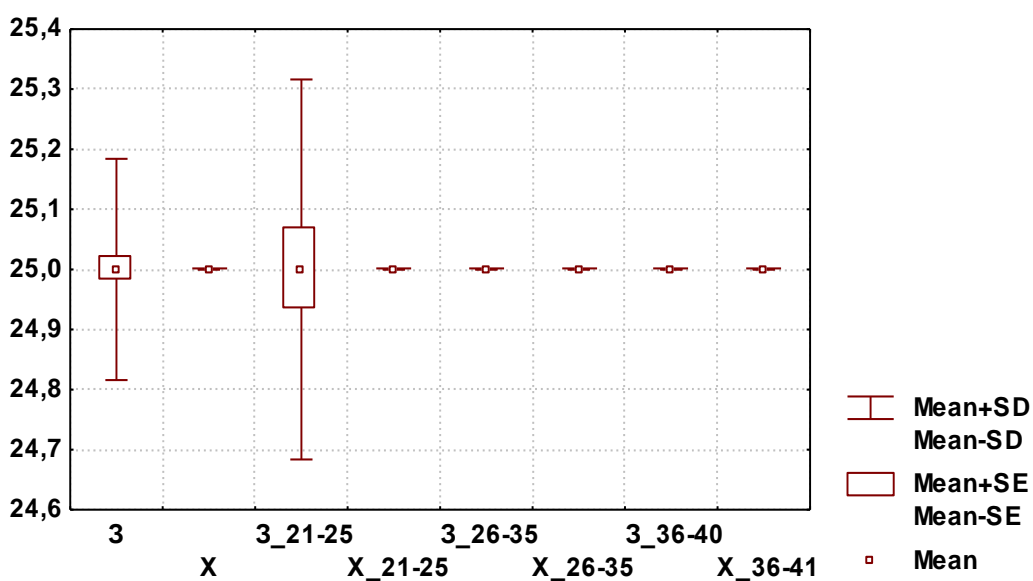


Рис. 15. Відмінності міжостьової відстані тазу (dist. Spinarum) у практично здорових та хворих на ГАСМ жінок загальної і різних вікових груп (см).

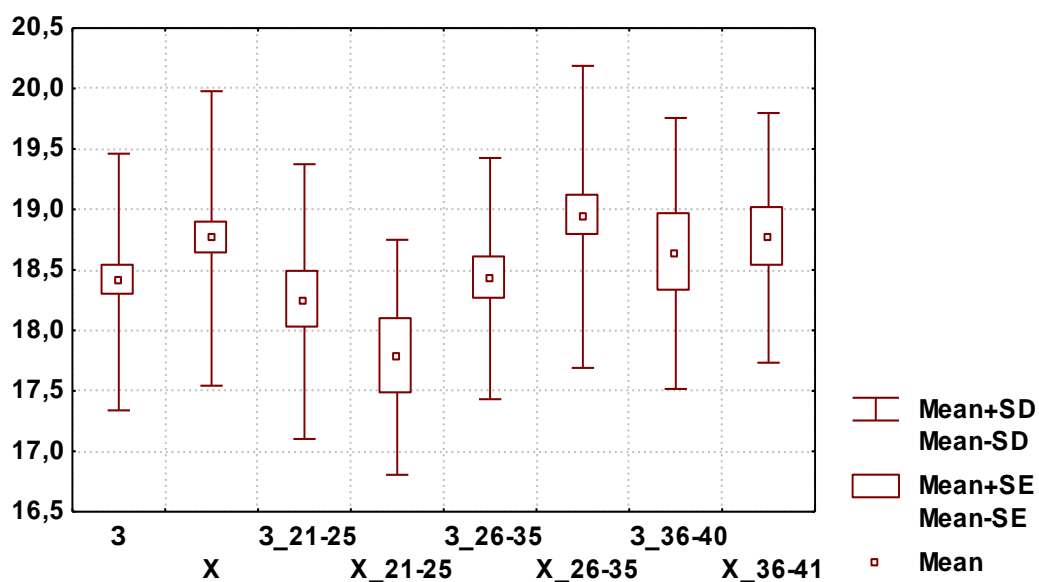


Рис. 16. Відмінності зовнішньої кон'югати (con. externa) у практично здорових та хворих на ГАСМ жінок загальної і різних вікових груп (см).

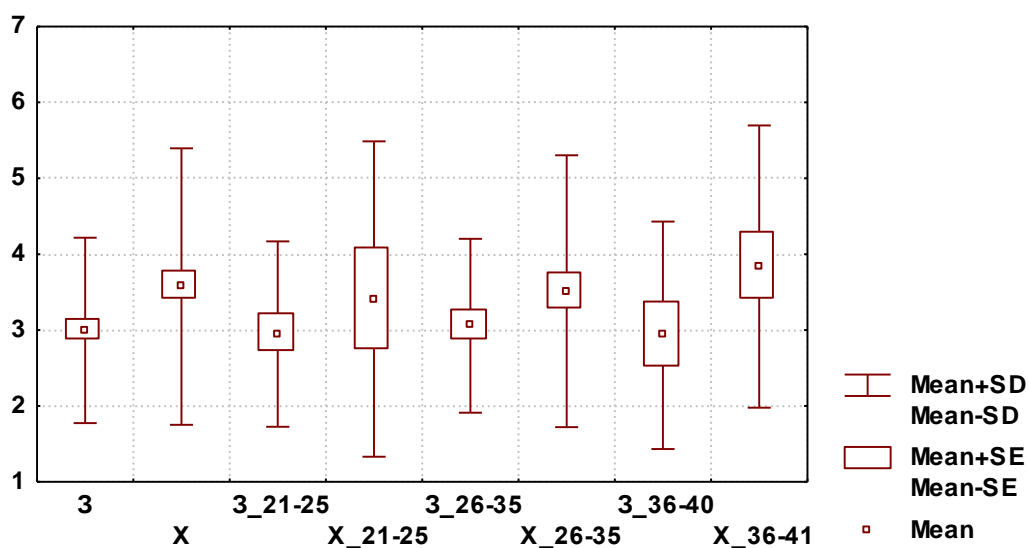


Рис. 17. Відмінності ендоморфного компоненту соматотипу у практично здорових та хворих на ГАСМ жінок загальної і різних вікових груп (бали).

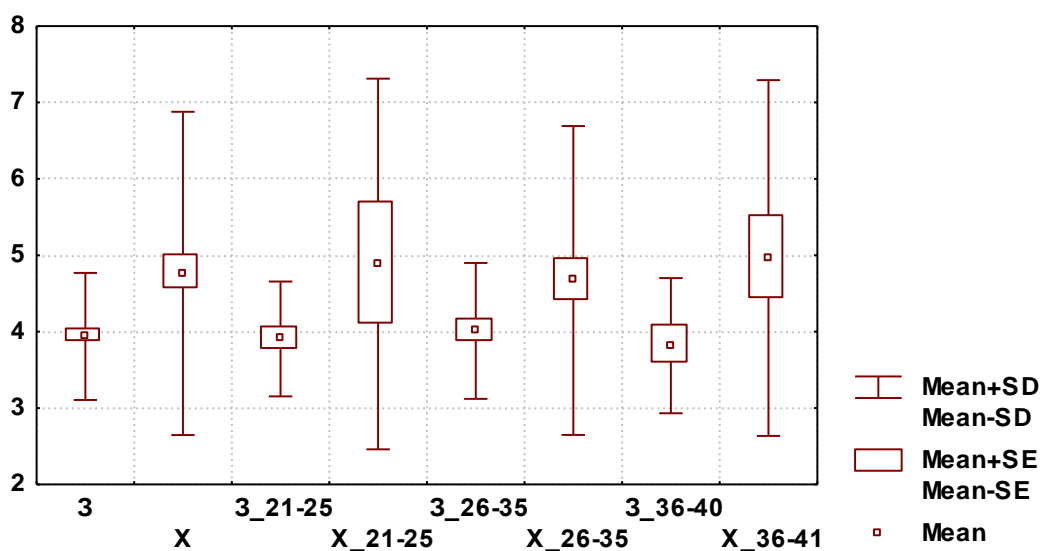


Рис. 18. Відмінності мезоморфного компоненту соматотипу у практично здорових та хворих на ГАСМ жінок загальної і різних вікових груп (бали).

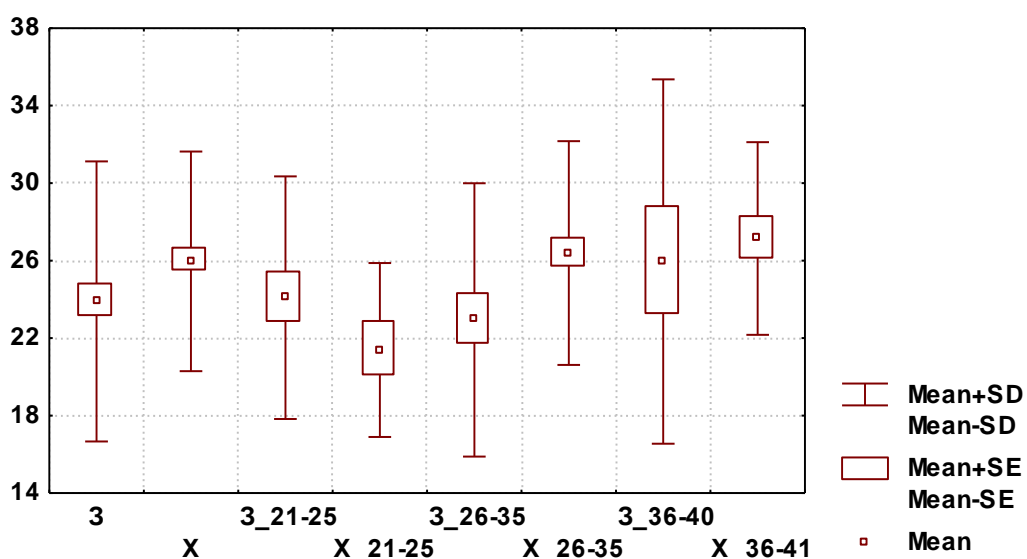


Рис. 19. Відмінності абсолютного значення м'язового компоненту маси тіла за Матейко у практично здорових та хворих на ГАСМ жінок загальної і різних вікових груп (кг).

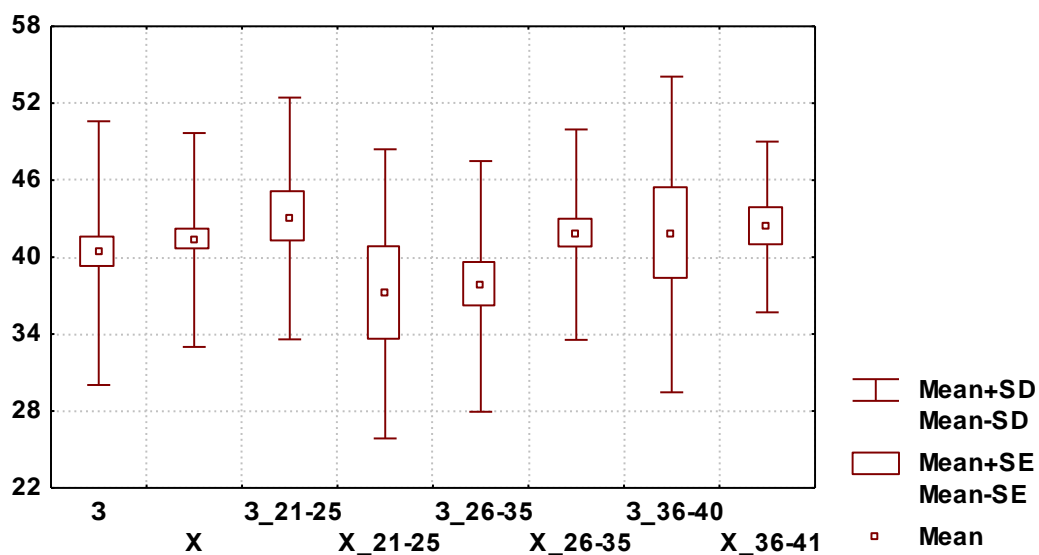


Рис. 20. Відмінності відносного значення м'язового компоненту маси тіла за Матейко у практично здорових та хворих на ГАСМ жінок загальної і різних вікових груп (%).

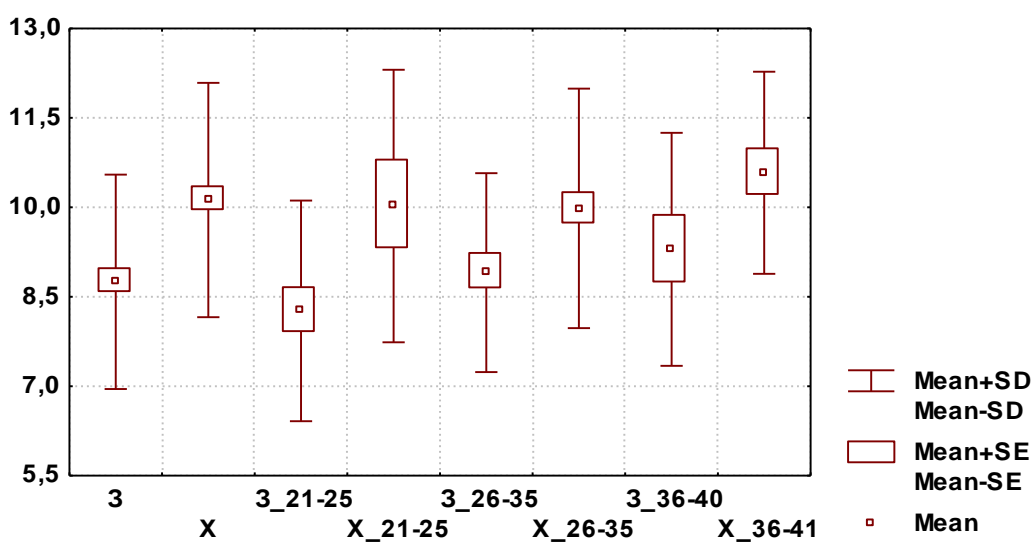


Рис. 21. Відмінності абсолютного значення кісткового компоненту маси тіла за Матейко у практично здорових та хворих на ГАСМ жінок загальної і різних вікових груп (кг).

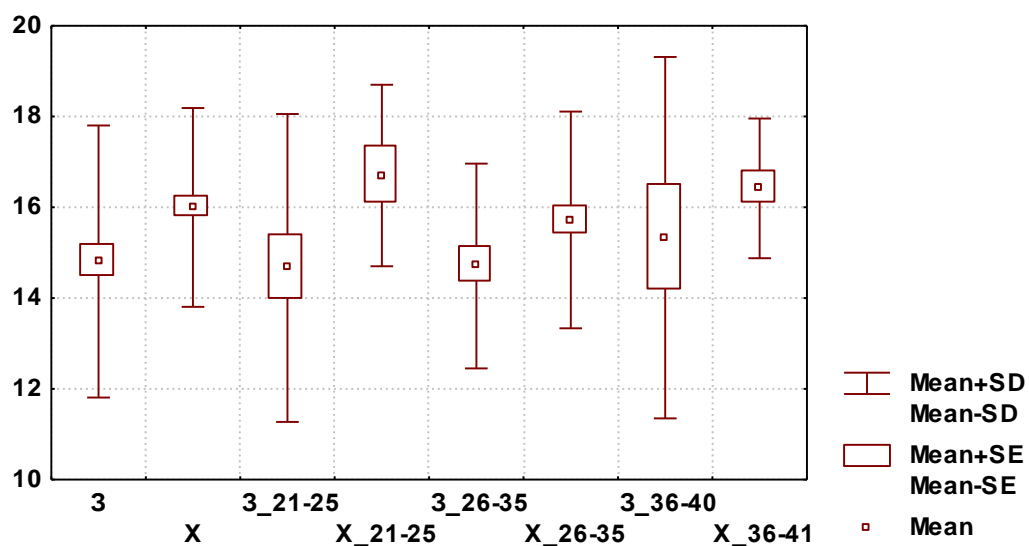


Рис. 22. Відмінності відносного значення кісткового компоненту маси тіла за Матейко у практично здорових та хворих на ГАСМ жінок загальної і різних вікових груп (%).

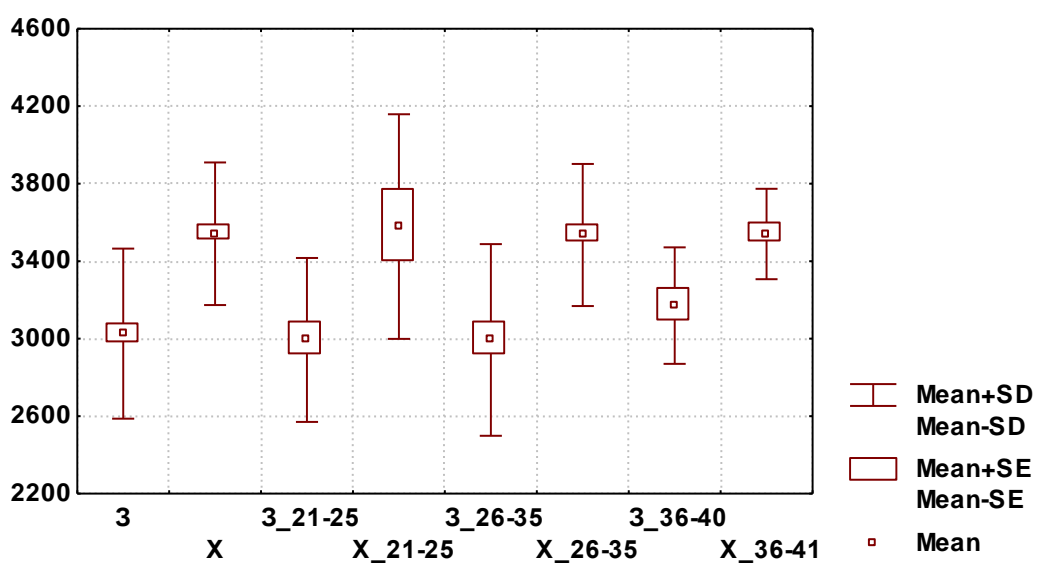


Рис. 23. Показники передбачуваної маси плода у практично здорових та хворих на ГАСМ жінок загальної і різних вікових груп (г).

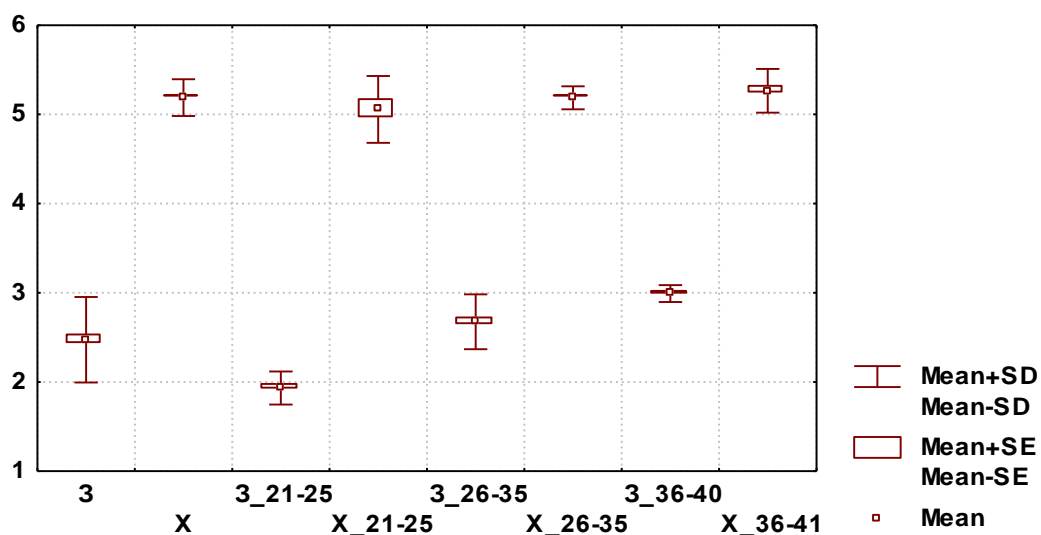


Рис. 24. Показники товщини стінок сечового міхура в III триместрі вагітності у практично здорових та хворих на ГАСМ жінок загальної і різних вікових груп (мм).

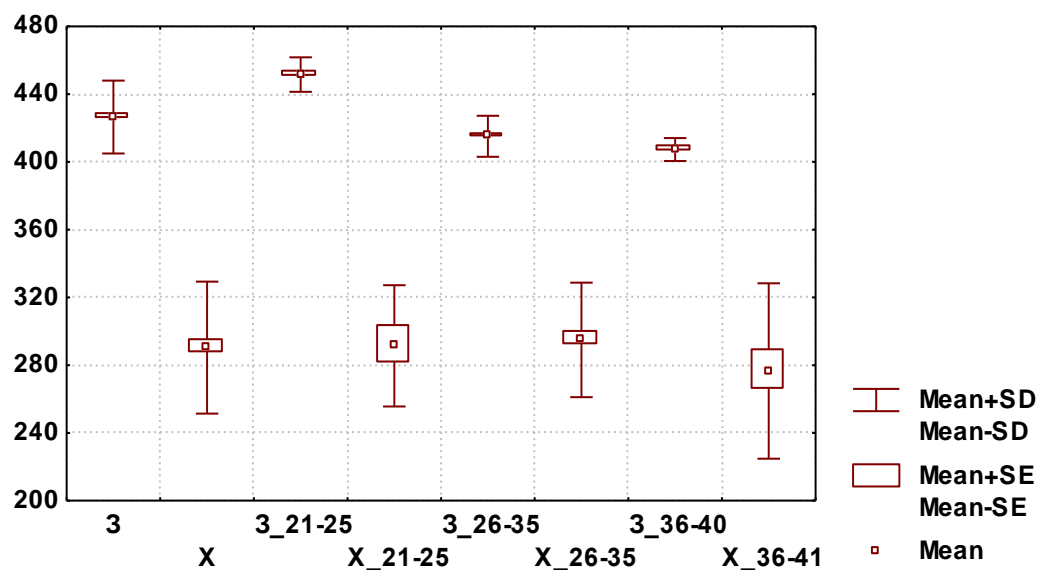


Рис.25. Показники об'єму сечового міхура в I триместрі вагітності у практично здорових та хворих на ГАСМ жінок загальної і різних вікових груп (мм).

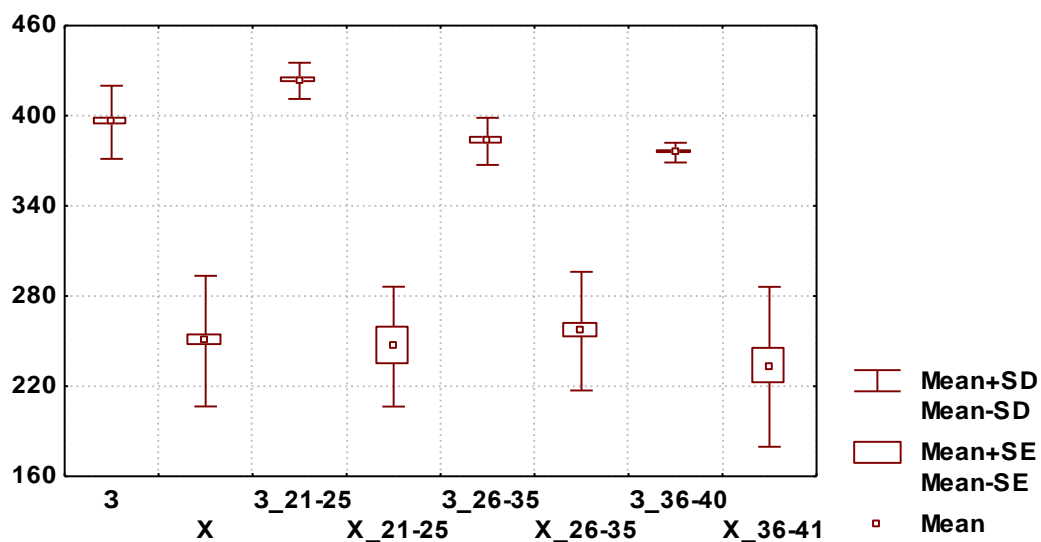


Рис. 26. Показники об'єму сечового міхура в III триместрі вагітності у практично здорових та хворих на ГАСМ жінок загальної і різних вікових груп (мл).

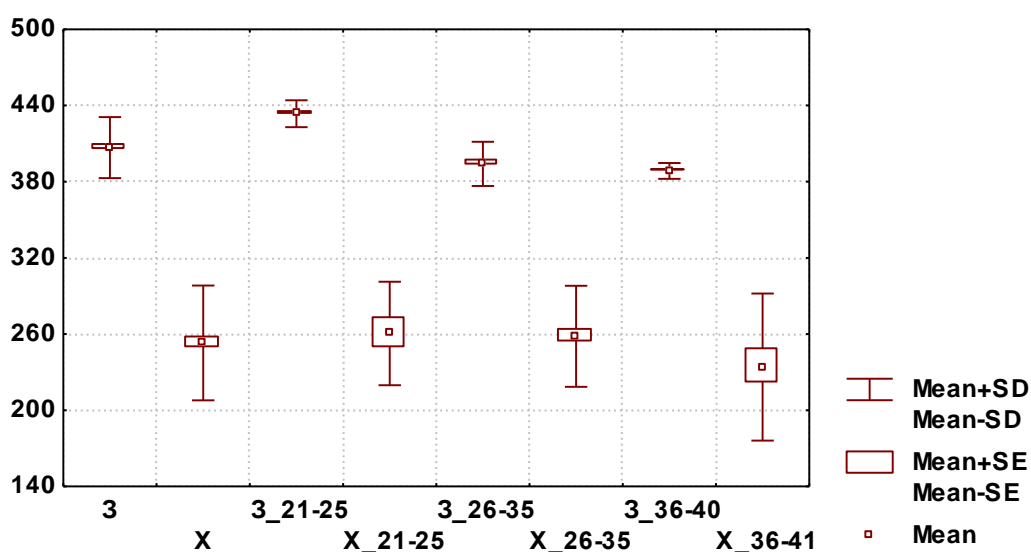


Рис. 27. Показники об'єму сечового міхура в 16 тиж післяпологового періоду у практично здорових та хворих на ГАСМ жінок загальної і різних вікових груп (мл).

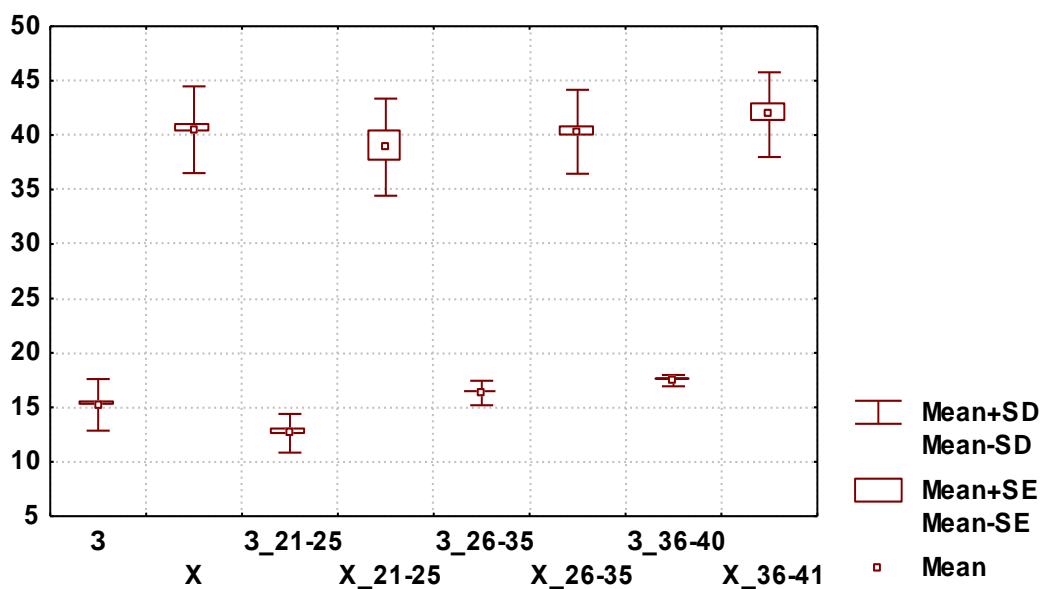


Рис. 28. Показники об'єму залишкової сечі в I триместрі вагітності у практично здорових та хворих на ГАСМ жінок загальної і різних вікових груп (мл).

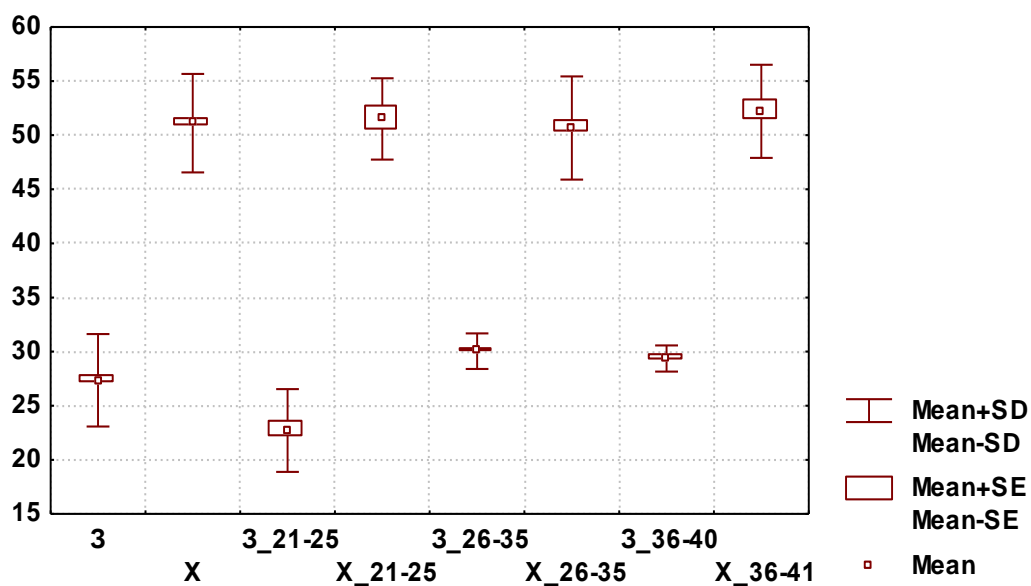


Рис. 29. Показники об'єму залишкової сечі в III триместрі вагітності у практично здорових та хворих на ГАСМ жінок загальної і різних вікових груп (мл).

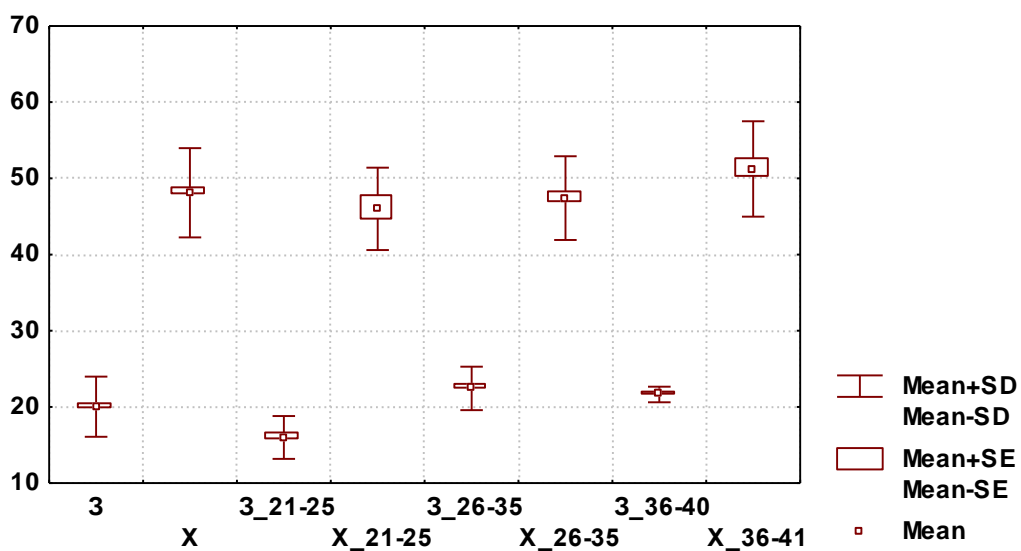


Рис. 30. Показники об'єму залишкової сечі в 16 тиж післяпологового періоду у практично здорових та хворих на ГАСМ жінок загальної і різних вікових груп (мл).

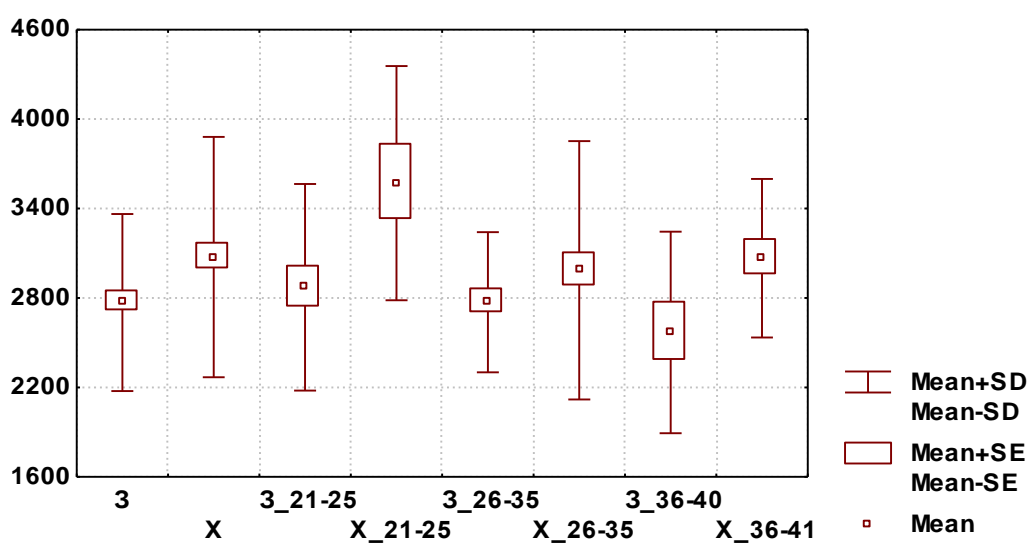


Рис. 31. Показники рівня прогестерону в III триместрі вагітності у практично здорових та хворих на ГАСМ жінок загальної і різних вікових груп (нг/мл).

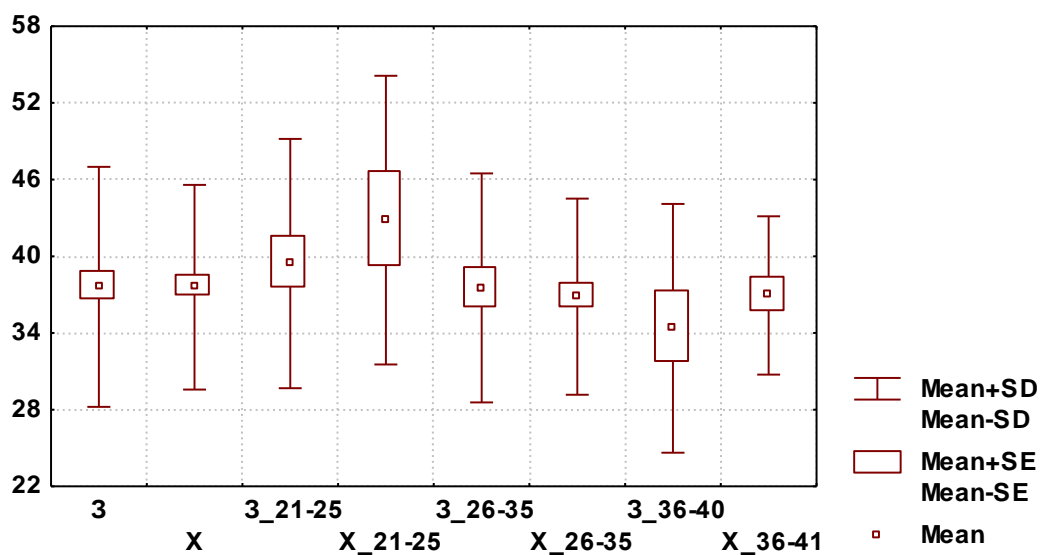


Рис. 32. Показники рівня прогестерону в 16 тижнів післяпологового періоду у практично здорових та хворих на ГАСМ жінок загальної і різних вікових груп (нг/мл).

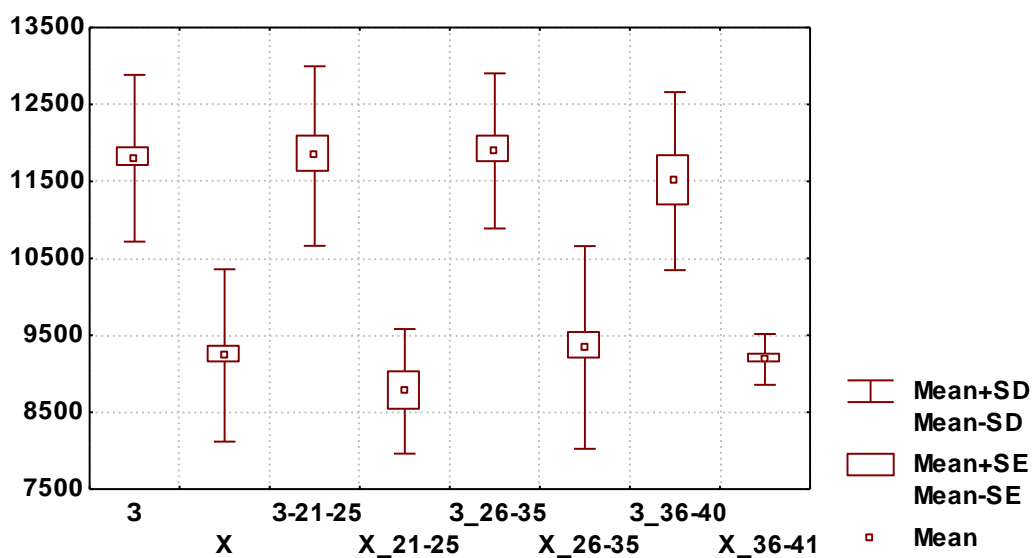


Рис. 33. Показники рівня естрадіолу в III триместрі вагітності у практично здорових та хворих на ГАСМ жінок загальної і різних вікових груп (пг/мл).

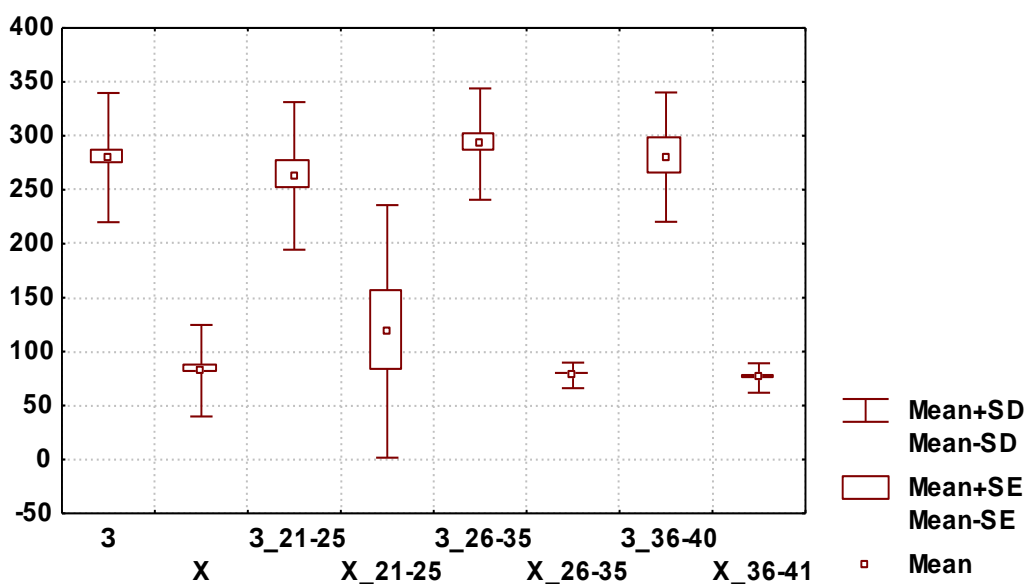


Рис. 34. Показники рівня естрадіолу в 16 тижнів післяпологового періоду у практично здорових та хворих на ГАСМ жінок загальної і різних вікових груп (пг/мл).

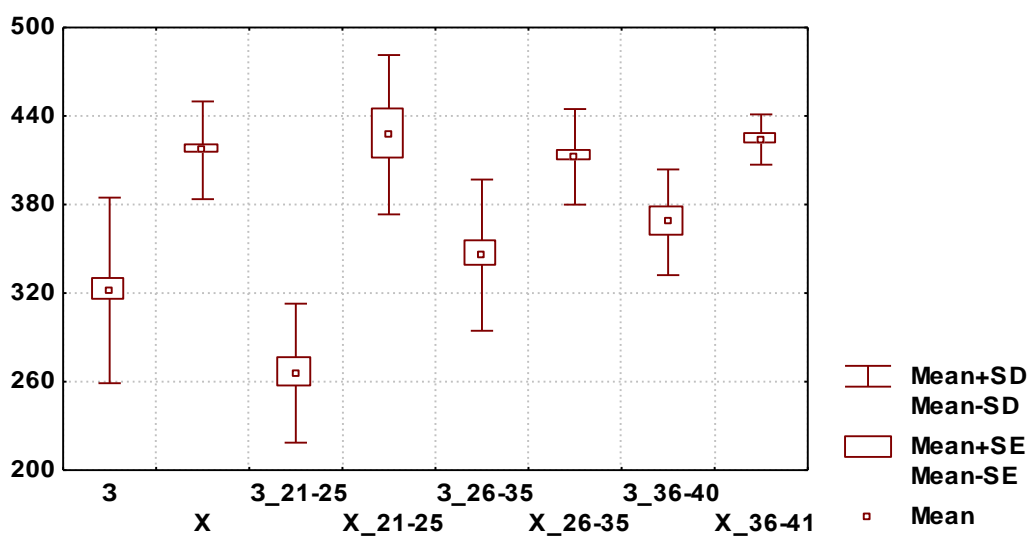


Рис. 35. Показники рівня пролактину в III триместрі вагітності у практично здорових та хворих на ГАСМ жінок загальної і різних вікових груп (нг/мл).

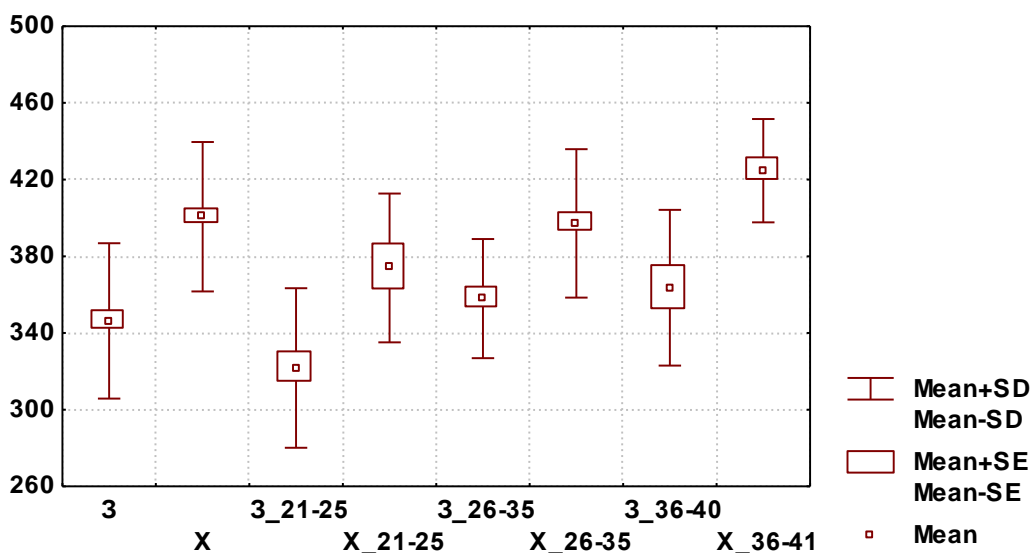


Рис. 36. Показники рівня пролактину в 16 тижнів післяпологового періоду у практично здорових та хворих на ГАСМ жінок загальної і різних вікових груп (нг/мл).

Таблиця Б.8

Тотальні розміри тіла у обстежених жінок загальної і різних вікових груп
($M \pm \sigma$)

Показник	Група	Здорові	Хворі	p
1	2	3	4	5
Довжина тіла (см)	загалом	166,9±6,7	166,4±7,6	>0,05
	до 25 років	163,5±5,7	163,5±7,0	>0,05
	26-35 років	167,5±6,2	166,7±8,3	>0,05
	>35 років	172,1±6,7	167,1±5,4	<0,05
	p ₁	=0,052	>0,05	
	p ₂	<0,05	>0,05	
	p ₃	<0,05	>0,05	
Маса тіла (кг)	загалом	60,28±9,74	63,65±10,65	<0,05
	до 25 років	57,60±8,83	60,34±12,87	<0,05
	26-35 років	60,96±8,56	63,92±10,75	>0,05
	>35 років	63,66±13,31	64,62±9,34	>0,05
	p ₁	>0,05	>0,05	
	p ₂	>0,05	>0,05	
	p ₃	>0,05	>0,05	

1	2	3	4	5
Площа поверхні тіла (м ²)	загалом	1,672±0,145	1,705±0,145	>0,05
	до 25 років	1,615±0,127	1,645±0,163	>0,05
	26-35 років	1,685±0,128	1,710±0,151	>0,05
	>35 років	1,747±0,184	1,725±0,113	>0,05
	p ₁	>0,05	>0,05	
	p ₂	>0,05	>0,05	
	p ₃	>0,05	>0,05	
Індекс маси тіла	загалом	42,77±2,06	41,89±2,67	=0,067
	до 25 років	42,53±2,18	42,06±3,18	>0,05
	26-35 років	42,70±1,75	41,88±2,73	>0,05
	>35 років	43,41±2,61	41,80±2,38	<0,05
	p ₁	>0,05	>0,05	
	p ₂	>0,05	>0,05	
	p ₃	>0,05	>0,05	

Таблиця Б.9

Обхватні розміри тіла у обстежених жінок загальної і різних вікових груп

(M±σ)

Показник	Група	Здорові	Хворі	p
1	2	3	4	5
Плеча в стані покою (см)	загалом	25,67±2,90	26,59±3,70	>0,05
	до 25 років	25,36±2,74	24,33±2,74	>0,05
	26-35 років	25,68±2,71	26,86±3,88	>0,05
	>35 років	26,23±3,78	27,00±3,34	>0,05
	p ₁	>0,05	=0,075	
	p ₂	>0,05	=0,069	
	p ₃	>0,05	>0,05	
Плеча в напруженому стані (см)	загалом	27,31±3,11	28,34±3,90	>0,05
	до 25 років	26,96±3,15	26,28±2,95	>0,05
	26-35 років	27,34±3,03	28,52±4,15	>0,05
	>35 років	27,91±3,41	28,93±3,37	>0,05
	p ₁	>0,05	>0,05	
	p ₂	>0,05	<0,05	
	p ₃	>0,05	>0,05	

1	2	3	4	5
Передпліччя (см)	загалом	22,99±2,83	24,43±2,98	<0,01
	до 25 років	23,19±2,50	22,83±2,36	>0,05
	26-35 років	22,55±3,08	24,71±3,01	<0,01
	>35 років	23,73±2,81	24,47±3,09	>0,05
	p ₁	>0,05	>0,05	
	p ₂	>0,05	>0,05	
	p ₃	>0,05	>0,05	
Стегна (см)	загалом	46,33±9,08	53,00±7,34	<0,001
	до 25 років	48,24±8,92	47,89±8,77	>0,05
	26-35 років	44,63±8,55	53,04±6,92	<0,001
	>35 років	47,05±10,64	55,59±6,70	<0,05
	p ₁	>0,05	=0,068	
	p ₂	>0,05	<0,05	
	p ₃	>0,05	>0,05	
Гомілки у верхній третині (см)	загалом	33,06±4,22	33,57±4,99	>0,05
	до 25 років	33,45±4,29	32,64±4,46	>0,05
	26-35 років	32,91±4,27	33,55±4,96	>0,05
	>35 років	32,68±4,30	34,12±5,56	>0,05
	p ₁	>0,05	>0,05	
	p ₂	>0,05	>0,05	
	p ₃	>0,05	>0,05	

Таблиця Б.10

Товщина шкірно-жирових складок у обстежених жінок загальної і різних вікових груп (M±σ)

Показник	Група	Здорові	Хворі	p
1	2	3	4	5
На задній поверхні плеча (мм)	загалом	7,532±3,098	10,81±7,67	>0,05
	до 25 років	7,162±3,094	11,61±8,21	<0,05
	26-35 років	8,264±2,955	10,46±7,86	>0,05
	>35 років	6,373±3,258	11,40±7,19	<0,05
	p ₁	>0,05	>0,05	
	p ₂	>0,05	>0,05	
	p ₃	<0,05	>0,05	
На передній поверхні плеча (мм)	загалом	5,988±2,504	9,465±7,495	>0,05
	до 25 років	5,729±2,464	10,02±8,03	>0,05
	26-35 років	6,500±2,378	9,180±7,655	>0,05
	>35 років	5,182±2,827	9,994±7,144	<0,05
	p ₁	>0,05	>0,05	

1	2	3	4	5
	p ₂	>0,05	>0,05	
	p ₃	=0,071	>0,05	
На передпліччі (мм)	загалом	4,610±2,118	7,576±6,432	>0,05
	до 25 років	4,229±2,300	7,944±7,029	>0,05
	26-35 років	5,114±2,048	7,351±6,627	>0,05
	>35 років	4,055±1,789	8,029±5,867	>0,05
	p ₁	<0,05	>0,05	
	p ₂	>0,05	>0,05	
	p ₃	>0,05	>0,05	
Під нижнім ку- том лопатки (мм)	загалом	11,89±5,20	14,41±7,02	=0,056
	до 25 років	11,56±5,34	13,78±8,20	>0,05
	26-35 років	11,64±5,05	14,28±6,63	>0,05
	>35 років	13,15±5,61	15,15±8,10	>0,05
	p ₁	>0,05	>0,05	
	p ₂	>0,05	>0,05	
	p ₃	>0,05	>0,05	
На груді (мм)	загалом	7,787±5,385	8,383±5,747	>0,05
	до 25 років	7,048±5,831	9,500±6,576	>0,05
	26-35 років	8,804±5,182	8,037±5,578	>0,05
	>35 років	6,609±4,999	8,788±6,048	>0,05
	p ₁	>0,05	>0,05	
	p ₂	>0,05	>0,05	
	p ₃	>0,05	>0,05	
На животі (мм)	загалом	13,28±5,77	13,51±5,48	>0,05
	до 25 років	13,22±6,05	12,89±6,09	>0,05
	26-35 років	13,68±5,27	13,37±5,32	>0,05
	>35 років	12,38±6,86	14,25±5,87	>0,05
	p ₁	>0,05	>0,05	
	p ₂	>0,05	>0,05	
	p ₃	>0,05	>0,05	
На боці (мм)	загалом	10,28±4,41	11,46±5,36	>0,05
	до 25 років	10,79±4,40	10,00±5,55	>0,05
	26-35 років	10,21±3,61	11,26±5,43	>0,05
	>35 років	9,473±6,276	12,81±5,08	<0,05
	p ₁	>0,05	>0,05	
	p ₂	>0,05	>0,05	
	p ₃	>0,05	>0,05	

1	2	3	4	5
На стегні (мм)	загалом	14,76±5,07	18,68±8,89	<0,05
	до 25 років	13,92±4,90	19,67±12,64	<0,05
	26-35 років	15,46±4,73	18,29±8,43	>0,05
	>35 років	14,60±6,37	19,31±8,41	>0,05
	p ₁	>0,05	>0,05	
	p ₂	>0,05	>0,05	
	p ₃	>0,05	>0,05	
На гоміліці (мм)	загалом	9,028±3,007	12,01±5,10	<0,001
	до 25 років	8,943±3,135	10,92±5,69	>0,05
	26-35 років	9,164±2,806	11,93±5,14	<0,01
	>35 років	8,845±3,513	12,82±4,81	<0,05
	p ₁	>0,05	>0,05	
	p ₂	>0,05	>0,05	
	p ₃	>0,05	>0,05	

Таблиця Б.11

Ширина дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок у обстежених жінок загальної і різних вікових груп (M±σ).

Показник	Група	Здорові	Хворі	p
1	2	3	4	5
Плеча (см)	загалом	6,613±0,765	6,893±0,843	>0,05
	до 25 років	6,257±0,811	7,222±1,083	<0,05
	26-35 років	6,782±0,745	6,789±0,789	>0,05
	>35 років	6,864±0,474	7,018±0,849	>0,05
	p ₁	<0,05	>0,05	
	p ₂	<0,05	>0,05	
	p ₃	>0,05	>0,05	
Передпліччя (см)	загалом	4,776±0,703	5,446±0,630	<0,001
	до 25 років	4,824±0,740	5,372±0,737	>0,05
	26-35 років	4,675±0,736	5,406±0,665	<0,001
	>35 років	4,941±0,544	5,600±0,456	<0,001
	p ₁	>0,05	>0,05	
	p ₂	>0,05	>0,05	
	p ₃	>0,05	>0,05	
Стегна (см)	загалом	8,637±0,661	8,979±0,800	<0,05
	до 25 років	8,433±0,730	8,978±0,857	>0,05

1	2	3	4	5
Стегна (см)	26-35 років	8,711±0,626	8,974±0,800	>0,05
	>35 років	8,836±0,555	8,994±0,823	>0,05
	p ₁	>0,05	>0,05	
	p ₂	>0,05	>0,05	
	p ₃	>0,05	>0,05	
Гомілки (см)	загалом	6,122±0,971	7,044±0,758	<0,001
	до 25 років	6,210±0,990	6,874±1,124	>0,05
	26-35 років	6,020±0,971	6,960±0,752	<0,001
	>35 років	6,215±1,001	7,376±0,413	<0,001
	p ₁	>0,05	>0,05	
	p ₂	>0,05	>0,05	
	p ₃	>0,05	<0,01	

Таблиця Б.12

Розміри тазу у обстежених жінок загальної і різних вікових груп (M±σ)

Показник	Група	Здорові	Хворі	p
1	2	3	4	5
dist. Spinarum (см)	загалом	25,00±0,18	25,00±	>0,05
	до 25 років	25,00±0,32	25,00±	>0,05
	26-35 років	25,00±	25,00±	>0,05
	>35 років	25,00±	25,00±	>0,05
	p ₁	>0,05	>0,05	
	p ₂	>0,05	>0,05	
	p ₃	>0,05	>0,05	
dist. Cristarum (см)	загалом	27,73±0,45	27,59±0,50	=0,076
	до 25 років	27,62±0,50	27,33±0,50	<0,05
	26-35 років	27,82±0,39	27,59±0,50	>0,05
	>35 років	27,73±0,47	27,71±0,47	>0,05
	p ₁	>0,05	>0,05	
	p ₂	>0,05	=0,073	
	p ₃	>0,05	>0,05	
dist. Intertrochanterica (см)	загалом	30,61±0,74	30,25±0,52	<0,01
	до 25 років	30,79±0,82	30,11±0,60	<0,05
	26-35 років	30,64±0,68	30,27±0,49	<0,01
	>35 років	30,18±0,60	30,29±0,59	>0,05
	p ₁	>0,05	>0,05	
	p ₂	<0,05	>0,05	
	p ₃	=0,074	>0,05	

1	2	3	4	5
conjugata externa (см)	загалом	18,40±1,06	18,76±1,22	>0,05
	до 25 років	18,24±1,14	17,78±0,97	>0,05
	26-35 років	18,43±1,00	18,94±1,25	>0,05
	>35 років	18,64±1,12	18,76±1,03	>0,05
	p ₁	>0,05	<0,001	
	p ₂	>0,05	<0,01	
	p ₃	>0,05	>0,05	

Таблиця Б.13

Компоненти соматотипу та компоненти маси тіла у обстежених жінок загальної і різних вікових груп (M±σ)

Показник	Група	Здорові	Хворі	p
1	2	3	4	5
Ендоморфний (бали)	загалом	2,996±1,221	3,574±1,821	>0,05
	до 25 років	2,948±1,221	3,409±2,077	>0,05
	26-35 років	3,057±1,145	3,513±1,791	>0,05
	>35 років	2,931±1,498	3,837±1,860	>0,05
	p ₁	>0,05	>0,05	
	p ₂	>0,05	>0,05	
	p ₃	>0,05	>0,05	
Мезоморфний (бали)	загалом	3,938±0,832	4,763±2,115	>0,05
	до 25 років	3,905±0,752	4,887±2,426	>0,05
	26-35 років	4,010±0,889	4,670±2,021	>0,05
	>35 років	3,817±0,884	4,964±2,329	>0,05
	p ₁	>0,05	>0,05	
	p ₂	>0,05	>0,05	
	p ₃	>0,05	>0,05	
Ектоморфний (бали)	загалом	2,838±1,339	2,314±1,654	=0,062
	до 25 років	2,748±1,340	2,518±1,863	>0,05
	26-35 років	2,743±1,125	2,306±1,693	>0,05
	>35 років	3,254±1,828	2,229±1,513	>0,05
	p ₁	>0,05	>0,05	
	p ₂	>0,05	>0,05	
	p ₃	>0,05	>0,05	
М'язовий компонент маси тіла за Матейко (кг)	загалом	23,89±7,23	25,96±5,67	=0,056
	до 25 років	24,09±6,26	21,39±4,49	>0,05
	26-35 років	22,94±7,05	26,39±5,77	<0,01
	>35 років	25,95±9,40	27,14±4,97	>0,05
	p ₁	>0,05	<0,01	

1	2	3	4	5
	p ₂	>0,05	<0,01	
	p ₃	>0,05	>0,05	
М'язовий компонент маси тіла за Матейко (%)	загалом	40,31±10,28	41,34±8,33	>0,05
	до 25 років	43,01±9,43	37,13±11,27	>0,05
	26-35 років	37,71±9,77	41,76±8,20	>0,05
	>35 років	41,76±12,31	42,35±6,65	>0,05
	p ₁	<0,05	>0,05	
	p ₂	>0,05	>0,05	
	p ₃	>0,05	>0,05	
Кістковий компонент маси тіла за Матейко (кг)	загалом	10,42±3,95	13,96±7,92	=0,073
	до 25 років	9,783±4,090	13,75±9,32	>0,05
	26-35 років	10,96±3,53	13,70±7,77	>0,05
	>35 років	10,25±4,81	14,83±8,04	>0,05
	p ₁	>0,05	>0,05	
	p ₂	>0,05	>0,05	
	p ₃	>0,05	>0,05	
Кістковий компонент маси тіла за Матейко (%)	загалом	17,15±4,86	20,95±9,43	>0,05
	до 25 років	16,77±5,10	21,02±10,82	>0,05
	26-35 років	17,86±4,46	20,56±9,28	>0,05
	>35 років	16,07±5,54	22,04±9,62	>0,05
	p ₁	>0,05	>0,05	
	p ₂	>0,05	>0,05	
	p ₃	>0,05	>0,05	
Жировий компонент маси тіла за Матейко (кг)	загалом	8,752±1,797	10,12±1,97	<0,001
	до 25 років	8,262±1,850	10,02±2,28	=0,070
	26-35 років	8,905±1,667	9,982±2,008	<0,05
	>35 років	9,295±1,953	10,58±1,70	>0,05
	p ₁	=0,071	>0,05	
	p ₂	>0,05	>0,05	
	p ₃	>0,05	>0,05	
Жировий компонент маси тіла за Матейко (%)	загалом	14,81±3,00	16,00±2,19	<0,01
	до 25 років	14,66±3,39	16,70±2,00	=0,077
	26-35 років	14,71±2,26	15,72±2,39	<0,05
	>35 років	15,33±3,98	16,42±1,54	>0,05
	p ₁	>0,05	>0,05	
	p ₂	>0,05	>0,05	
	p ₃	>0,05	>0,05	

1	2	3	4	5
М'язовий компонент маси тіла за АІХ (кг)	загалом	25,23±6,58	25,57±7,23	=0,077
	до 25 років	24,49±5,48	20,67±3,74	>0,05
	26-35 років	24,71±6,38	26,30±7,95	>0,05
	>35 років	27,97±8,68	26,08±5,45	>0,05
	p ₁	>0,05	<0,01	
	p ₂	>0,05	<0,05	
	p ₃	>0,05	>0,05	

Таблиця Б.14

Гормональний стан у обстежених жінок загальної і різних вікових груп
(M±σ)

Показник	Група	Здорові	Хворі	p
1	2	3	4	5
Тестостерон в І триместрі вагітності (нмоль/л)	загалом	1,587±0,475	2,476±0,170	<0,001
	до 25 років	1,533±0,377	2,656±0,113	<0,001
	26-35 років	1,675±0,549	2,424±0,169	<0,001
	>35 років	1,464±0,434	2,529±0,110	<0,001
	p ₁	>0,05	<0,001	
	p ₂	>0,05	<0,05	
	p ₃	>0,05	<0,05	
Прогестерон в І триместрі вагітності (нг/мл)	загалом	49,13±12,34	51,53±15,34	>0,05
	до 25 років	43,50±11,65	57,11±16,38	>0,05
	26-35 років	51,50±12,49	53,76±16,39	>0,05
	>35 років	53,85±9,91	42,14±4,70	<0,001
	p ₁	<0,05	>0,05	
	p ₂	<0,05	<0,01	
	p ₃	>0,05	<0,01	
Прогестерон в ІІІ триместрі вагітності (нг/мл)	загалом	2770±594	3074±806	<0,05
	до 25 років	2872±693	3570±785	>0,05
	26-35 років	2772±470	2986±866	>0,05
	>35 років	2569±676	3067±532	=0,070
	p ₁	>0,05	=0,52	
	p ₂	>0,05	=0,066	
	p ₃	>0,05	>0,05	
Прогестерон в 16 тиж. п/п періоду (нг/мл)	загалом	37,61±9,39	37,58±8,01	>0,05
	до 25 років	39,43±9,75	42,83±11,29	>0,05
	26-35 років	37,53±8,96	36,84±7,68	>0,05
	>35 років	34,36±9,73	36,94±6,19	>0,05
	p ₁	>0,05	<0,05	

1	2	3	4	5
	p ₂	>0,05	<0,05	
	p ₃	>0,05	>0,05	
Пролактин в I триместрі вагітності (нг/мл)	загалом	55,94±13,76	80,75±7,17	<0,001
	до 25 років	54,87±14,81	82,37±8,60	<0,001
	26-35 років	57,62±13,63	80,67±5,69	<0,001
	>35 років	53,70±12,72	80,11±10,10	<0,001
	p ₁	>0,05	<0,05	
	p ₂	>0,05	>0,05	
	p ₃	>0,05	>0,05	
Пролактин в III триместрі вагітності(нг/мл)	загалом	321,8±62,9	416,8±33,1	<0,001
	до 25 років	265,7±47,1	427,3±54,0	<0,001
	26-35 років	345,7±51,2	412,3±32,4	<0,001
	>35 років	368,0±35,8	424,1±17,0	<0,001
	p ₁	<0,001	<0,05	
	p ₂	<0,001	>0,05	
	p ₃	>0,05	>0,05	
Пролактин в 16 тиж. п/п періоду (нг/мл)	загалом	346,3±40,5	400,6±39,0	<0,001
	до 25 років	321,8±41,6	373,9±38,8	<0,01
	26-35 років	357,9±31,0	397,2±38,7	<0,001
	>35 років	363,6±40,6	424,6±26,9	<0,001
	p ₁	<0,001	=0,059	
	p ₂	<0,05	<0,01	
	p ₃	>0,05	<0,01	
ТТГ в I триместрі вагітності (мкМО/мл)	загалом	1,547±0,318	0,750±0,252	<0,001
	до 25 років	1,595±0,256	0,427±0,256	<0,001
	26-35 років	1,561±0,330	0,841±0,229	<0,001
	>35 років	1,418±0,384	0,659±0,100	<0,001
	p ₁	>0,05	<0,001	
	p ₂	>0,05	<0,001	
	p ₃	>0,05	>0,05	
Естрадіол в I триместрі вагітності (пг/мл)	загалом	1477±848	415,8±505,6	<0,001
	до 25 років	1325±888	1041±648	<0,001
	26-35 років	1635±800	358,7±463,4	<0,001
	>35 років	1367±900	249,6±263,5	<0,001
	p ₁	>0,05	<0,01	
	p ₂	>0,05	<0,001	
	p ₃	>0,05	>0,05	

1	2	3	4	5
Естрадіол в III триместрі вагітності(пг/мл)	загалом	11800±1084	9238±1119	<0,001
	до 25 років	11829±1167	8771±809	<0,001
	26-35 років	11896±1009	9342±1317	<0,001
	>35 років	11503±1157	9186±330	<0,001
	p ₁	>0,05	<0,01	
	p ₂	>0,05	<0,05	
	p ₃	>0,05	<0,05	
Естрадіол в 16 тиж. п/п періоду (пг/мл)	загалом	279,8±59,9	82,30±42,40	<0,001
	до 25 років	262,8±68,4	118,7±117,0	<0,01
	26-35 років	292,4±51,6	77,94±11,88	<0,001
	>35 років	280,3±59,9	75,56±13,68	<0,001
	p ₁	>0,05	>0,05	
	p ₂	>0,05	>0,05	
	p ₃	>0,05	>0,05	