



# International Congress on Biological, Physical And Chemical Studies

*International Congress on Biological, Physical And Chemical Studies - is an international conference platform under open access policy. The conference is led by international expert members who take an objective approach to peer review, ensuring each research paper is reviewed, edited by authors and evaluated on its own scholarly merits and research integration. Publishing and joining on the proceeding of the International Congress on Biological, Physical And Chemical Studies will ensure publishing experience and indexing possibilities on various global indexing.*

## **Epidemiology of Stress Urinary Incontinence in Middle-Aged Women and its Impact on Quality of Life.**

**Umarova Osuda Babur kizi**

Samarkand State Medical University, 5th year student of the Faculty of Medical  
Pedagogy

### **ABSTRACT**

Stress urinary incontinence is a pressing problem for modern urogynecology. This is determined, first of all, by the symptoms of this pelvic dysfunction, which significantly reduces the quality of life of sick women. According to scientific research, chronic loss of urine during coughing, sneezing and physical activity leads to social dysfunction, decreased performance and psychological disorders in 80% of cases.

**KEYWORDS** Stress urinary incontinence, psychological disorders, urination, surgery.

## **Эпидемиология Стрессового Недержания Мочи у Женщин Среднего Возраста и его Влияние на Качество Жизни.**

**Умарова Осуда Бабур кизи,**

Самаркандский государственный медицинский университет, Студентка 5 курса  
факультета медицинской педагогики

**Аннотация:** Стрессовое недержание мочи представляет собой актуальную проблему для современной урогинекологии. Это определяется, прежде всего, симптоматикой указанной тазовой дисфункции, значимо снижающей качество жизни больных женщин. По данным научных исследований, хроническая потеря мочи при кашле, чихании и физической нагрузке приводит к социальной дизадаптации, снижению

работоспособности и психологическим расстройствам в 80% случаев.

**Ключевые слова:** Стрессовое недержание мочи, психологические расстройства, мочеиспускание, хирургическое вмешательство.

**Введение:** На сегодняшний день наиболее распространенным методом коррекции стрессовое недержание мочи считается хирургическое лечение в объёме установки синтетической петли в область средней трети уретры (Chapple C.R. et al., 2017). С 2003 года наибольшую популярность получил трансобтураторный доступ имплантации указанной петли (De Leval J., 2003). Однако спустя несколько лет начали появляться исследования, сообщающие, что и у «золотого» стандарта имеются недостатки. В частности, эффективность методики варьируется в широких пределах, а среди осложнений присутствует развитие промежностного болевого синдрома и дисфункций мочеиспускания, требующих повторного хирургического вмешательства, которое, по имеющимся данным, также не всегда дает желаемый результат (Moore R.D., 2008; Blaiwas J.G. et al., 2015; Maggiore L.R. et al., 2017).

Высокое влияние стрессового недержания мочи на качество жизни человека в совокупности с данными о нерешенных проблемах методики имплантации трансобтураторного субуретрального слинга определяет выраженный научный и клинический интерес к усовершенствованию техники операции с учётом индивидуальной анатомии женского таза.

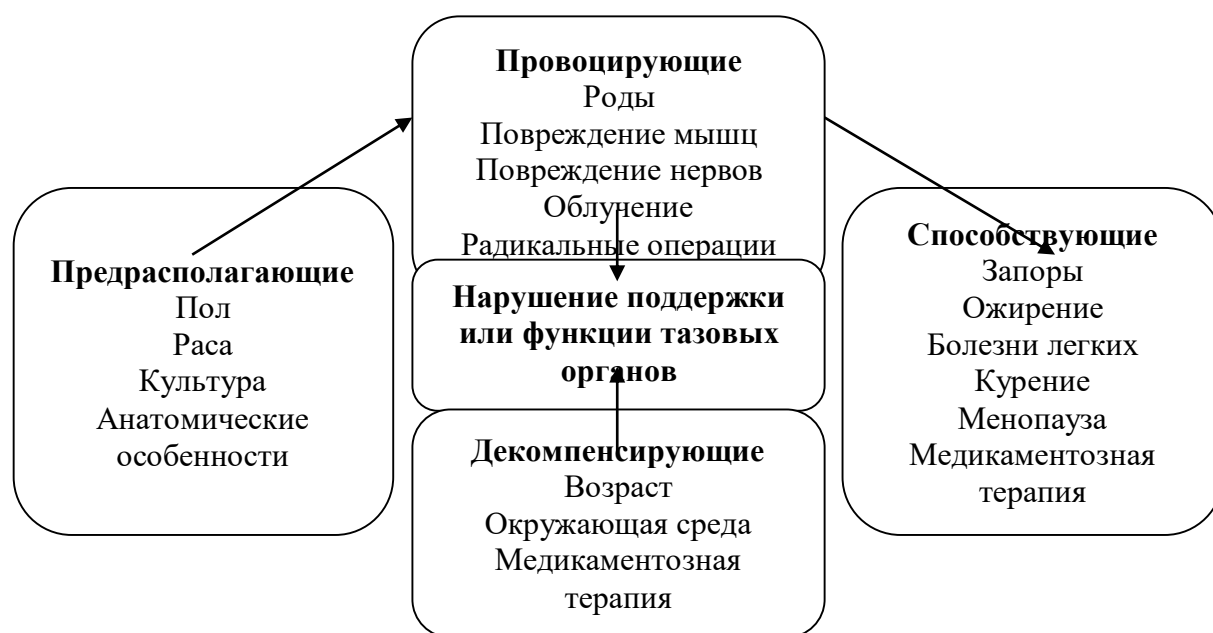
### **Основная часть.**

Недержание мочи представляет собой наиболее часто встречающуюся дисфункцию органов малого таза. Это заболевание поражает женщин вне зависимости от возраста, национальности и расовой принадлежности. Наиболее распространенным типом инконтиненции является стрессовое недержание мочи.

Статистика показывает, что более трети всей популяции женщин в зрелом возрасте имеют симптомы инконтиненции, и более половины из них страдают от стрессового недержания мочи (Barber M.D. et al., 2005; Fultz H. et al., 2003; Chapple C.R. et al., 2017). По данным Abrams и соавторов, около 67 % женщин, страдающих недержанием мочи, сообщили о том, что главными симптомами их болезни являются проявления стрессового недержания мочи (Abrams P. et al., 2010). Чаще всего этими проявлениями является потеря мочи при кашле, чихании, смехе и физических нагрузках (Gomes C.M. et al., 2017). По результатам Национального исследования состояния здоровья и питания населения (NHANES) в США 49,6% женщин страдают от стрессового недержания мочи. (Dooley Y. et al., 2008). В других опросах населения, исследователи из Бостонской Ассоциации Здравоохранения (BACH) сообщили, что распространенность женского стрессового недержания мочи составляет 26,4% (Tennstedt S.L. et al., 2008). Исследования Многонациональной эпидемиологии нижних мочевых путей (EpiLUTS), включавшие женщин не только из Америки, но и из Европы, сообщили о наличии стрессового недержания мочи у 44 % респонденток (Coyne K.S. et al., 2009). Хотя большинство имеющихся работ сосредоточено на европейских или западных странах, в нескольких исследованиях изучалась эпидемиология стрессового недержания мочи в Азии. В Китае 20000 женщин всех возрастов приняли участие в большом опросе, в ходе которого 22,9% сообщили о наличии симптомов стрессового недержания мочи (Zhu L. et al., 2008). Распространённость стрессового недержания мочи у японских женщин была схожей и

составила 19,3 % (Azuma R. et al., 2008). В Корее симптомы стрессового недержания мочи имели место у 48,8% женщин (Lee K.S. et al., 2008). В Турции 46% опрошенных женщин сообщили о наличии у них симптомов стрессового недержания мочи М (Onur R. et al., 2009).

Стрессовое недержание мочи является сложным мульти-факторным заболеванием. Являясь проявлением тазовой дисфункции, стрессовое недержание мочи в полной мере отражает модель патологического ослабления поддержки мышечно-фасциального аппарата малого таза, предложенную в 1998 году Bump и Norton (Bump R.C., Norton P., 1998). В основу данной классификации были заложены различные факторы риска развития пролапса тазовых органов и стрессового недержания мочи (рисунок 1).



**Рисунок.1. Факторы риска развития пролапса тазовых органов и стрессового недержания мочи**

Одними из predisposing механизмов развития стрессового недержания мочи являются факторы наследственности, однако их роль не совсем однозначна. Некоторые исследователи сообщают, что вклад наследственности в развитие рассматриваемой патологии составляет всего 1,5 %. Другие авторы, напротив, приписывают ей 40% риск, при отягощенном анамнезе (Nguyen A. et al., 2011). На сегодняшний день значимыми считаются результаты исследований генетической предрасположенности к развитию стрессового недержания мочи. В частности Chen и McKenzie показали, что у пациентов с недержанием мочи существуют генетические изменения, приводящие к снижению уровня белков коллагена и эластина в области наружного уретрального сфинктера. (Chen B. et al., 2007; McKenzie P. et al., 2010). Не менее важным predisposing компонентом является расовая принадлежность. По данным Townsend и коллег среди пациенток, страдающих стрессовым недержанием мочи, только 12.3% были чернокожими, 26.5% белыми, а 25.8% латиноамериканками (Townsend M. et al., 2010). Однако, самым значимым фактором риска развития стрессового недержания мочи, на сегодняшний день, являются роды. В исследовании Brown и коллег, включавшем более полутора тысяч впервые рожавших женщин, был показан рост эпизодов недержания мочи в несколько раз, с 10,8% до 55,9% (Brown S.J. et al., 2010). Известен факт, что наличие инконтиненции в период

беременности сильно увеличивает риски развития стрессового недержания мочи в первые несколько лет после родов (Hvidman L. et al., 2003; Jean-Michel M. et al., 2018). Важно отметить, что способ родоразрешения также играет довольно существенную роль. Так, по данным Rortveit и коллег, обследовавших более 15000 женщин младше 60 лет, признаки стрессового недержания мочи имели 10% нерожавших пациенток, 16% после кесарева сечения и 31% после влагалищных родов. (Rortveit G. et al., 2003). Помимо этого, обзор Thom и коллег, оценивал более 30 крупных исследований. По его результатам стрессовое недержание мочи было отмечено у 33% женщин. Важно, что родоразрешение естественным путем увеличивало риск развития стрессового недержания мочи почти в 2 раза в сравнении с кесаревым сечением (Thom D.E. et al., 2010). Кроме того, применение вакуум-экстракции и акушерских щипцов, масса плода более 4 кг существенно повышают риск развития недержания мочи в первые 4 года после родов. (Baydock S.A. et al., 2009; Jean-Michel M. et al., 2018). Такая зависимость имеет под собой патофизиологическую основу. Во время вагинальных родов происходит частичная денервация мышц промежности и происходит повреждение фасциального каркаса урогенитальной зоны.

### **Заключение:**

Очевидно, что стрессовое недержание мочи является полиэтиологичным и сложным заболеванием. Большая совокупность факторов приводит к единому результату – потере мочи при повышении внутрибрюшного давления, а это повышение происходит при обычных бытовых ситуациях каждый день (кашель, чихание, физическая нагрузка). В свете того, что анатомические нарушения являются первопричиной развития данной патологии, наиболее эффективные методы, используемые сегодня для коррекции стрессового недержания мочи – хирургические.

Таким образом, изучение и применение в клинической практике данных об анатомической вариативности женского малого таза и промежности является важной составляющей проведения успешной операции по поводу стрессового недержания мочи. Многими авторами отмечается значимая изменчивость архитектоники таза в целом и его отдельных областей, в частности зоны obturatorного комплекса

### **Использованная литература.**

1. Chapple, C.R. Consensus Statement of the European Urology Association and the European Urogynaecological Association on the Use of Implanted Materials for Treating Pelvic Organ Prolapse and Stress Urinary Incontinence / C.R. Chapple, F. Cruz, X. Deffieux, A.L. Milani, S. Arlandis, W. Artibani, R.M. Bauer, F. Burkhard, L. Cardozo, D. Castro-Diaz, J. N. Cornu, J. Deprest, A. Gunnemann, M. Gyhagen, J. Heesakkers, H. Koelbl, S. MacNeil, G. Naumann, J.W.R. Roovers, S. Salvatore, K.D. Sievert, T. Tarcan, F. Van der Aa, F. Montorsi, M. Wirth, M Abdel-Fattah // *Eur Urol.* – 2017. – Vol. 72(3). – P. 424-431.
2. Bump, R.C. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction / R.C. Bump, P. Norton // *ObstetGynecolClin North Am.* – 1998. – Vol. 25(4). – P. 723–746.
3. Barber, M.D. The impact of stress urinary incontinence on sexual activity in women / M.D. Barber, S.A. Dowsett, K.J. Mulle, L. Viktrup // *Cleve Clin J Med.* – 2005. – Vol. 72(3). – P. 225–232.

4. Moore, R. D. Minimally invasive treatment for female stress urinary incontinence / R.D. Moore, S.R. Serels, G.W. Davila // Expert Review of Obstetrics & Gynecology. – 2008. – Vol. 3(2). – P.257–272.
5. Rortveit, G. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section / G. Rortveit, N. K. Daltveit, Y.S. Hannestad // N Engl J Med. – 2003. – Vol. 348.