

Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych
Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej w Lublinie
Independent Laboratory for Obstetrical Skills
Faculty of Nursing and Health Sciences Medical University in Lublin

GRAŻYNA STADNICKA, GRAŻYNA J. IWANOWICZ-PALUS,
AGNIESZKA BIENĆ

*Vaginal delivery of the risk factors the occurrence
of stress urinary incontinence*

Porody jako czynniki ryzyka wystąpienia wysiłkowego nietrzymania moczu

WSTĘP

Badania epidemiologiczne wykazały, że ciąża i poród sprzyjają wystąpieniu wysiłkowego nietrzymania moczu (WNM). Nietrzymanie moczu występuje częściej u wieloródek niż u nieródek [6].

Porody przebyte drogą pochwową zaliczane są do jednych z najistotniejszych czynników ryzyka występowania WNM. Prowadzić one mogą do urazu tkanek miękkich miednicy mniejszej. Patofizjologia wystąpienia nietrzymania moczu w następstwie porodu wiąże się z uszkodzeniem unerwienia mięśnia zwieracza cewki moczowej i włókien mięśni dna miednicy [3]. Najbardziej podatny na uszkodzenia jest nerw sromowy, gdyż przechodzi on przez otwór kulszowy większy i wchodzi do kanału Alcocka na poziomie kolca kulszowego. W trakcie drugiego okresu porodu dochodzi do uszkodzenia mięśni dna miednicy poprzez ich bezpośrednie rozerwanie, rozciągnięcie, ucisk nerwu sromowego lub włókien mięśniowych np. przy zbyt szybkim porodzie lub zbyt długim ucisku na tkanki dna miednicy, spowodowanym przedłużającym się drugim okresem porodu. Zmiany powstałe w mięśniach dna miednicy bezpośrednio po porodzie powodują najczęściej objawy subkliniczne (można je ocenić przy pomocy badania urodynamicznego, EMG), natomiast objawy kliniczne manifestują się w terminie odległym (np. w okresie okołomenopauzaalnym [5, 6].

Celem pracy była ocena wpływu ciąży i porodu na wystąpienie wysiłkowego nietrzymania moczu.

MATERIAŁ

Badaniami objęto 313 kobiet w wieku od 30 do 75 lat hospitalizowanych w Klinice Ginekologii AM w Lublinie w okresie od stycznia 2000 do września 2001 roku.

Respondentki ze względu na rozpoznanie kliniczne, występowanie lub brak objawów WNM podzielono na dwie grupy. Grupę badaną (grupę I) stanowiło 119 kobiet leczonych operacyjnie w Klinice z powodu wysiłkowego nietrzymania moczu. Kryterium doboru do tej grupy było:

- negatywny wywiad dotyczący występowania chorób neurologicznych, psychicznych, wad wrodzonych w układzie moczowo – płciowym oraz przetoki moczowej;
- badanie ultrasonograficzne w celu oceny ruchomości szyi pęcherza i mierzenie tylnego kąta cewkowo – pęcherzowego;
- badanie urodynamiczne (cystometria w pozycji siedzącej, profilometria – ocena wydolności aparatu zamykającego cewkę moczową).

Grupę kontrolną (grupę II) stanowiło 194 respondentek leczonych w Klinice z powodu innych schorzeń ginekologicznych. Warunkiem zakwalifikowania do tej grupy był brak w wywiadzie danych o wcześniejszym leczeniu nietrzymania moczu oraz negatywny wywiad dotyczący występowania objawów nietrzymania moczu.

Pacjentki włączone do badań były zróżnicowane pod względem wieku, miejsca zamieszkania oraz wykształcenia. Wiek pacjentek operowanych z powodu WNM wahał się w granicach od 33 do 74 lat, średnia wieku dla tej grupy wyniosła $\bar{x} = 53,4$. W grupie kontrolnej wiek pacjentek wahał się w granicach od 30 lat do 75 lat, średnia wieku dla tej grupy wyniosła $\bar{x} = 49,7$.

METODY

W postępowaniu badawczym wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego techniką wywiadu kwestionariuszowego wykonano przy pomocy kwestionariusza ankiety. Autorskie narzędzie badawcze opracowano merytorycznie na podstawie kwestionariusza Gaudenza [2] oraz zmiennych uznawanych w literaturze przedmiotu, takich jak: liczba porodów, czas trwania porodu, czas trwania ciąży, porody zabiegowe (kleszcze, próżnociąg), nacięcie krocza, pęknięcie krocza, ciężka praca fizyczna w okresie porodu [10].

Testem **test z** do porównywania dwóch wskaźników struktury (frakcji, częstości) opartym na rozkładzie asymptotycznie normalnym dokonano analizy statystycznej wyników badań. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

WYNIKI BADAŃ

Analizując wpływ liczby ciąży i porodów drogami natury stwierdzono, że ponad dwie piąte (47,9%) respondentek z objawami WNM urodziło jedno lub dwoje dzieci. Natomiast w grupie kontrolnej, aż dwie trzecie (66,0%) respondentek przeżyło nie więcej niż dwa porody drogami natury (por. tabela 1, punkt 1). Z analizy badań wynika, iż czas trwania porodu krótszy niż 3 godziny lub dłuższy niż 24 godzin ma istotny wpływ na wystąpienie WNM w przyszłości ($p < 0,05$) (por. tabela 1, punkt 2).

Stymulacja czynności skurczowej macicy Oxytocyną podczas porodu była częściej prowadzona wśród pacjentek zgłaszających objawy WNM (por. tabela 1, punkt 3).

Respondentki określały swoje odczucia subiektywne co do przebiegu porodu. Zdecydowana większość badanych z objawami WNM (68,9%) w odniesieniu do respondentek z grupy kontrolnej (28,3%) twierdziła, iż przebieg ich porodu był bardzo ciężki lub ciężki (por. tabela 1, punkt 4) ($p < 0,05$).

Przebyte porodu zabiegowego (poród kleszczowy, pęknięcie krocza III stopnia) deklarowała co szósta (15,1%) respondentka z objawami WNM i co dwudziesta (5,7%) ankietowana z grupy kontrolnej. Wyniki badań sugerują, że istnieje większe prawdopodobieństwo wystąpienia WNM u kobiet, które przeżyły chociaż jeden poród zabiegowy ($p < 0,05$) (por. tabela 1, punkt 5).

Stwierdzono również istotną statystycznie zależność pomiędzy masą urodzeniową dziecka powyżej 4000g i więcej a wystąpieniem WNM (por. tabela 1, punkt 7) ($p < 0,001$).

Prowadzone badania wykazały brak istotnej statystycznie różnicy pomiędzy grupą respondentek z WNM i grupą kontrolną bez WNM co do liczby kobiet ze źle gojącymi się rany krocza w połogu, jak również dźwiganiem ciężarów powyżej 10 kg w tym okresie (por. tabela 1 punkt 6 i 8).

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Geneza nietrzymania moczu, a zwłaszcza wysiłkowego nietrzymania moczu, związana jest z przebiegiem porodu drogami natury [4,8,9,10]. Badania własne wykazały, że odsetek respondentek, które urodziły troje lub więcej dzieci jest większy w grupie pacjentek leczonych z powodu WNM w porównaniu z grupą kontrolną. Simeonova i wsp. [7] w swoich badaniach wykazali, że kobiety z WNM przeżyły większą liczbę porodów drogami natury. Badania Thom i wsp.[10] obejmujące dużą populację kobiet wykazały, że urodzenie dwoje lub więcej dzieci zwiększa w sposób istotny statystycznie występowanie WNM.

Jak wykazały badania własne istnieje większe prawdopodobieństwo ($p < 0,05$) wystąpienia WNM w przypadku przybycia porodu zabiegowego, przyspieszenia akcji porodowej, czasu trwania chociaż jednego porodu dłużej niż 24 godziny oraz mniej niż 3 godziny, urodzenie dziecka drogami natury o masie 4000 i więcej gramów [10].

WNIOSKI

1. Na wystąpienie wysiłkowego nietrzymania moczu wpływ liczbę porodów oraz ich przebieg.
2. Przebyte chociaż jednego porodu zabiegowego wydaje się być znaczącym czynnikiem predysponującym do wystąpienia WNM w przyszłości.

LITERATURA

1. Allen R.E. et al.: Pelvic floor damage and childbirth: a neurophysiological study. Br. J. Obstet. Gynaecol., 97, 770, 1990.
2. Gaudenz R.: Der Inkontinenz-Fragebogen mit dem neuen Urge-Score und Stress-Score. Geburtshilfe-Frauenheilk , 39, 784, 1979.
3. Gosling JA. The structure of the female lower urinary tract and pelvic floor. Urol Clin North Am, 12, 207, 1985.

4. Jolleys J.V.: Reported prevalence of urinary incontinence in women in a general practice. *Br Med. J.*, 296, 300, 1988.
5. Jóźwik M., Jóźwik M.: Wpływ porodu drogami natury na czynność dolnego odcinka dróg moczowych oraz unerwienie dna miednicy – przegląd obecnego stanu wiedzy. *Nowa Medycyna. Urologia V*, 5, 102, 44, 2000.
6. Jóźwik M., Jóźwik M.: Wpływ okołoporodowych ćwiczeń dna miednicy na wystąpienie wysiłkowego nieotrzymania moczu: implikacje dla organizacji opieki zdrowotnej. *Ginekologia Polska*, 72, 9, 681, 2001.
7. Simeonova Z. et. al.: Bengtsson C. The prevalence of urinary incontinence and its influence on the quality of life in women from an urban Swedish population. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 78, 546, 1999.
8. Snooks S.J. et. al.: Injury to the innervation of pelvic floor sphincter musculature in childbirth. *Lancet*, 11, 546, 1984.
9. Tapp A. et. al.: The effects of vaginal delivery on the urethral sphincter. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, 95, 142, 1988.
10. Thom D.H. et. al.: Evaluation of parturition and other reproductive variables as risk factors for urinary incontinence in later life. *Obstet. Gynecol.*, 90, 983, 1997.

STRESZCZENIE

Celem pracy była ocena wpływu ciąży i porodu na wystąpienie WNM.

Metoda i materiał: Wśród 313 kobiet leczonych Klinice Ginekologii AM w Lublinie w okresie od stycznia 2000 do września 2001 roku dokonano identyfikacji czynników WNM związanych z liczbą porodów i ich przebiegiem. Przeanalizowano dane zebrane za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety.

Wyniki badań: Liczba przeżytych porodów drogami natury wpływa na wystąpienie WNM. Stwierdzono istotne statystycznie ($p < 0,05$) różnice w przebiegu porodu, czasie trwania porodu (dłużej niż 24 godziny), urodzeniem dziecka o masie 4000g i więcej u respondentek z WNM oraz w grupie kontrolnej. Przebieg porodu zabiegowego deklarowała co szósta (15,1%) respondentka z objawami WNM i co dwudziesta (5,7%) ankietowana z grupy kontrolnej.

SUMMARY

The aim of this paper is to evaluate of the vaginal delivery can be associated the occurrence of stress urinary incontinence in women.

Materials and Methods: the study was carried out among 313 women in the Department of Gynecology of the Medical Academy in Lublin. The study was performed using the method of diagnostic enquiry by means of a questionnaire.

Results: This study revealed the correlation between number of deliveries, duration of labor, the newborn birthweight above 4000g of urine incontinence ($p < 0,05$). The forceps delivery were reported by 15,1% in the group with the stress incontinence and 5,7% in the control group.

Tabela 1. Wpływ porodu na wystąpienie wysiłkowego nietrzymania moczu na podstawie różnic między pacjentkami z objawami WNM oraz pacjentkami bez objawów WNM

Lp	Parametry	z WNM N = 119		bez WNM N = 194		f. test z	P
		N	%	N	%		
1.	Liczba przebytych porodów drogami natury:						
	a. 1- 2	57	47,9	128	66,0	3,15834	0,0016
	b. 3	30	29,4	38	19,6	0,9463	0,3440
	c. 4 i więcej	22	20,2	21	10,8	1,2121	0,2255
	d. nie rodziło	3	2,5	7	3,6		
2.	Czas trwania porodu:						
	a. do 3 godz.	27	22,7	10	5,2	4,6643	0,0000
	b. od 3 do 24 godz.	75	63,0	168	86,6	4,8585	0,0000
	c. powyżej 24 godz.	14	11,8	9	4,6	2,3453	0,0190
	d. nie rodziło	3	2,5	7	3,6		
3.	Stymulacja czynności skurczowej macicy:						
	a. tak	49	41,2	46	23,7	2,9791	0,0029
	b. nie	67	56,3	141	72,7		
c. nie rodziło	3	2,5	7	3,6			
4.	Przebieg porodu (odczucia subiektywne pacjentek):						
	a. lekki	34	28,6	132	68,1	6,792	0,0000
	b. ciężki	47	39,5	48	24,7	2,7558	0,0059
	c. b. ciężki	35	29,4	7	3,6	6,5015	0,0000
	d. nie rodziło	3	2,5	7	3,6		
5.	Porody zabiegowe, pęknięcie krocze III°:						
	a. tak	18	15,1	11	5,7	2,1761	0,0295
	b. nie	98	82,4	176	90,7		
c. nie rodziło	3	2,5	7	3,6			
6.	Źle gojąca się rana krocza w połogu:						
	a. tak	29	24,4	41	21,1	0,735	0,4623
	b. nie	68	57,1	119	61,4		
c. nie dotyczy	22	18,5	34	17,5			
7.	Poród dziecka o masie ciała 4000g i >:						
	a. tak	54	45,4	46	23,7	3,702	0,0002
	b. nie	62	52,1	141	72,7		
c. nie rodziły	3	2,5	7	3,6			
8.	Podnoszenie ciężaru w połogu:						
	a. do 5 kg	78	65,6	131	67,6	0,3609	0,7182
	b. 6-10 kg	35	29,4	54	27,8	0,3002	0,7640
	c. powyżej 10kg	3	2,5	2	1,0	1,0207	0,3074
	d. nie rodziły	3	2,5	7	3,6		