

ритм диагностики. Стандартизированная классификация ПГ, предложенная Международным обществом по удержанию мочи, на сегодняшний день получила наибольшее распространение. К терапии несостоятельности тазового дна первой линии относятся поведенческая терапия и консервативные методы коррекции пролапса внутренних половых органов.

В данном обзоре показана эффективность применения пессария при таких проблемах, как ПГ и недержание мочи. Пессарии активно используются в дооперационной терапии пациенток со стрессовым недержанием мочи. Важным преимуществом применения урогинекологического пессария является его простота и доступность.

Сведения об авторах статьи:

Имельбаева Альбина Гайнулловна – ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина 3. E-mail: albina321093@rambler.ru.

Ящук Альфия Галимовна – д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина 3. E-mail: alfiya_galimovna@mail.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Фенотипический комплекс дисплазии соединительной ткани у женщин / С.Н. Буянова [и др.] // Клиническая медицина. – 2003. – № 8. – С. 42-48.
2. Касян, Г.Р. Принципы удержания мочи у женщин: формула континенции / Г.Р. Касян // Урология. – 2014. – № 2. – С. 72-77.
3. Касян, Г.Р. Функциональные аспекты различных форм недержания мочи у женщин / Г.Р. Касян, Ю.А. Куприянов // Медицинский совет. – 2014. – № 19. – С. 56-61.
4. Краснополянский, В.И. Комбинированное лечение больных с опущением и выпадением внутренних половых органов и недержанием мочи с применением антистрессовых технологий: пособие для врачей / В.И. Краснополянский, С.Н. Буянова, В.Д. Петрова. – М., 2003. – 41 с.
5. Лоран, О.Б. Эпидемиология, этиология, патогенез, диагностика недержания мочи / О.Б. Лоран // материалы Пленума Правления Российского общества урологов. – М., 2008. – С. 38-41.
6. Малевич, Ю.К. Несостоятельность тазового дна, определение, классификация, тактика / Ю.К. Малевич, Н.В. Мороз // Медицинский журнал Белорусского государственного медицинского университета. – 2015. – № 3. – С. 26-29.
7. Single-Channel Flow Injection Spectrophotometric Determination of Nickel Using Furildioxime in Micellar Solution / N. Memon [et al.] // The Scientific World Journal. – 2012. – P.1-5.
8. Risk factors associated with an unsuccessful pessary fitting trial in women with pelvic organ prolapse / J. Clemons [et al.] // American Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2004. – Vol. 190(2). – P. 345-350.
9. Jain, M. Neglected vaginal pessary / M. Jain, J. Rani, A. Sehgal // International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology. – 2014. – P.291-292.
10. Handa, V. Do Pessaries Prevent the Progression of Pelvic Organ Prolapse? / V. Handa, M. Jones // International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction. – 2002. – Vol. 13(6). – P. 349-352.
11. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity / S.L. Hendrix [et al.] // Am J Obstet Gynecol. – 2002. – Vol. 186. – P. 1160-1166.
12. Conservative versus surgical management of prolapse: what dictates patient choice? / D. Kapoor [et al.] // International Urogynecology Journal. – 2009. – Vol. 20(10). – P. 1157-1161.
13. Kohli N., Golstein D.P. An overview of the clinical manifestations, diagnosis and classification of pelvic organ prolapse // UpTo-Date. – 2007. –P. 110-112.
14. La Valleur, J. Counseling the perimenopausal woman / J. La Valleur // Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. – 2002. – Vol. 29(3). – P. 541-553.
15. Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q) – a new era in pelvic prolapse staging / C. Persu [et al.] // J. Med. Life. – 2011. – Vol. 4, № 1. – P. 75-81.
16. Relationship between the Pelvic Organ Prolapse Quantification system (POP-Q), the Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7), and the Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20) before and after anterior vaginal wall prolapse surgery / P. Teleman [et al.] // Int. Urogynecol. J. – 2014. – May 28. [Epub ahead of print].
17. Shah, S., Sultan, A. and Thakar, R. (2005). The history and evolution of pessaries for pelvic organ prolapse / S. Shah, A. Sultan, R. Thakar // International Urogynecology Journal. – Vol. 17(2). – P.170-175.
18. Smolnova T.U. Clinico-pathological aspects of female genital prolapsed and pelvic structures pathology in women with connective tissue dysplasia // Thesis. – Moscow, 2009. – P. 221.
19. Sulak, P. Vaginal Pessaries and Their Use in Pelvic Relaxation / P. Sulak, T. Kuehl, B. Shull // Obstetrical & Gynecological Survey. – 1994. – 49(4). – P.256-257.
20. Wu, V.A Simplified Protocol for Pessary Management / Obstetrics & Gynecology. – 1997. Vol. 90(6). – P.990-994.
21. Weber, A. Pelvic Organ Prolapse / A. Weber, H. Richter // Obstetrics & Gynecology. – 2005. – Vol. 106(3). – P. 615-634.

УДК 616-006.446.8

© Коллектив авторов, 2017

Н.Р. Рябчикова, Г.Ш. Сафуанова, А.Б. Бакиров, В.И. Никуличева
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА
В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН И ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ
ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа

Изучение эпидемиологических данных необходимо для оценки заболеваемости и смертности, динамического наблюдения и определения факторов, влияющих на них. Клинические и эпидемиологические исследования дополняют друг друга и могут быть использованы в рамках онкогематологического регистра для организации и совершенствования гематологической службы в регионе и страны в целом

Нестандартизованная регистрируемая заболеваемость хроническим миелолейкозом (ХМЛ) в Республике Башкортостан составляет 0,82 случая на 100 тыс. населения. Пациентам в первой и второй линий терапии организованы лечение и мониторинг. Для выработки современной концепции программного подхода в лечении ХМЛ на основании молекулярной и цитогенетической диагностик, мониторинга заболевания, выявления ранних признаков резистентности, непереносимости или неуспешности терапии необходимо дальнейшее эпидемиологическое, клиническое, генетическое и патогенетическое изучение данной проблемы.

Ключевые слова: хронический миелолейкоз, заболеваемость, терапия, мониторинг, ингибиторы тирозинкиназы первой и второй линий терапии.

N.R. Ryabchikova, G.Sh. Safuanova, A.B. Bakirov, V.I. Nikulicheva
**EPIDEMIOLOGY AND ORGANIZATION OF TREATMENT
 OF PATIENTS WITH CHRONIC MYELOID LEUKEMIA
 IN THE REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN**

The study of epidemiological data is necessary to assess morbidity and mortality rates, dynamic observation and determination of factors, influencing them. Clinical and epidemiological studies complement each other and can be used in the framework of oncological and hematological register in order to organize and optimize hematological service both in the region and in the country.

Not-standardized recorded incidence of chronic myeloid leukemia (CML) in the Republic of Bashkortostan is 0.82 cases per 100 thousand population. Patients in the 1 and 2 lines of therapy receive treatment and monitoring. To develop modern concept of programmatic approach in the treatment of CML, based on molecular and cytogenetic diagnosis, monitoring of disease, detecting early signs of resistance, intolerance or failure of therapy, there is a need for further epidemiological, clinical, genetic and pathogenetic study of this problem.

Key words: chronic myeloid leukemia, incidence, therapy, monitoring, CТI 1, CТI 2 lines of therapy.

Изучение эпидемиологических данных необходимо для оценки заболеваемости и смертности, динамического наблюдения и определения факторов, влияющих на них [5,7,9]. Клинические и эпидемиологические исследования дополняют друг друга и могут быть использованы в рамках онкогематологического регистра для организации и совершенствования гематологической службы в регионе и страны в целом [2,4].

Хронический миелолейкоз (ХМЛ) – это миелопролиферативное заболевание, возникающее в результате трансформации одной стволовой клетки, обусловленной реципрокной транслокацией между длинными плечами 9- и 22-й хромосом. При данной транслокации образуется характерная для ХМЛ филадельфийская хромосома (Ph), несущая химерный ген BCR-ABL[1,3,5]. Продуктом экспрессии этого гена является аномальный белок с высокой тирозинкиназной активностью, играющий решающую роль в патогенезе ХМЛ.

Применение таких химиопрепаратов, как гидроксимочевина, миелосан, а с начала 80-х годов препараты α -интерферона позволяло лишь некоторое время контролировать заболевание и не приводило к элиминации Ph-позитивного клона [1,8,14]. Ранее продолжительность жизни пациентов составляла 3 года – 5 лет. С внедрением в практику терапии ХМЛ ингибиторов тирозинкиназы (ИТК) диагностика, лечение, мониторинг и продолжительность жизни больных ХМЛ принципиально изменились. ИТК – это таргетные препараты, уничтожающие опухолевые клетки на молекулярном уровне и позволяющие получить высокий процент клинико-гематологического, цитогенетического, молекулярного ответов на лечение [3, 6, 13]. Значительные успехи в те-

рапии ХМЛ в первом десятилетии XXI века, связаны с назначением оригинального препарата Иманитиб мезилат (Гливек, «Новартис», Швейцария), действие которого основано на селективном ингибировании BCR-ABL-зависимой тирозинкиназы. В настоящее время назначение этого препарата является «золотым стандартом» в лечении больных ХМЛ с наибольшей доказанной его эффективностью у пациентов с хронической фазой заболевания [3,16]. На сегодняшний день с достаточно высокой эффективностью амбулаторно используются более 4 дженерических препаратов иматиниба, в том числе отечественный препарат филохромин.

Утвержденные Минздравом РФ стандарты оказания помощи больным ХМЛ, организация современной терапии ХМЛ в соответствии с мировыми достижениями в рамках программы «7 нозологий» и решение на экспертном совещании ведущих гематологов России о формировании единого регистра больных с данной патологией позволили подойти к этой проблеме в нашей стране с новых позиций [1,2,4]. Программа была направлена на создание единого регистра больных ХМЛ, организацию цитогенетической и молекулярной диагностики и мониторинга заболевания, обеспечение необходимыми дорогостоящими лекарственными препаратами, организацию их учета, создание обучающих школ для больных.

Цель исследования – анализ данных по эпидемиологии, организации терапии и мониторинга больных хроническим миелолейкозом в Республике Башкортостан.

Материал и методы

В настоящее время по данным Федерального регистра в Республике Башкортостан

(РБ) зарегистрировано 333 больных ХМЛ, из них мужчин – 171 (51 %), женщин – 162 (49%), медиана возраста составила 54,6 года, в том числе детей до 18 лет – 5 (1,5%). В городе проживают 30% больных, 70% – в районах РБ. У 317 (95,2%) больных диагноз выставлен в хронической фазе заболевания, у 14 (4,2%) – в фазе акселерации, у 2 (0,6%) – в стадии бластного криза. Важны не только количество, но и качество ведения регистра, своевременное его обновление, динамическое наблюдение за больными, полный набор диагностических исследований. Критерием включения больных была верификация диагноза на основании выявления Ph-хромосомы и/или слитного гена BCR-ABL в молекулярно-генетической лаборатории Областной клинической больницы г. Екатеринбурга, обслуживающей Уральский регион и Республику Башкортостан. В дальнейшем анализ проводили в лаборатории «Гентехнология» в г. Москве. Исследование и мониторинг проводятся с помощью полимеразной цепной реакции методом Phish по рекомендации Европейской ассоциации гематологов (European Leukemia Net). Все пациенты перед включением в регистр подписывали соответствующее информированное согласие. В работе использовались методы описательной статистики и частотного анализа. Обработку, верификацию и анализ данных проводили с помощью статистического пакета SAS V.9.3. В расчетах использовали данные о численности населения Федеральной службы государственной статистики.

Результаты и обсуждение

Гематологи Республики Башкортостан активно включились в претворение в жизнь программы организации современной терапии больных ХМЛ под руководством ФГБУ «Гематологический научный центр» (ГНЦ). В 2005 г. в базу данных было введено 95 больных, в 2006 г. – 102, в 2007 г. – 115, в 2008 г. – 126, в 2009 г. – 140, в 2010 г. – 154 больных, а в 2015 г. – 239, в 2016 г. – уже 333 пациента. С ростом выжива-

емости увеличивается и популяция больных ХМЛ. Так, в 2011 г. во Всероссийском регистре больных ХМЛ насчитывалось 5655, а в 2016 г. – уже более 8000 человек [4,8].

Среди гемобластозов ХМЛ занимает 5-е место – это около 9% случаев. Заболевание встречается во всех возрастных группах, но преимущественно среди людей среднего, старшего и пожилого возраста. Заболеваемость ХМЛ, по данным мировой литературы, составляет от 1 до 1,5 на 100 000 населения, у детей от 1,0 до 0,5 на 100 000 детского населения [1, 10, 12]. Нестандартизованная регистрируемая заболеваемость ХМЛ в РБ в 2016 г. составила 0,82 случая на 100 тыс., то есть основная часть больных с этой нозологией. Зарегистрировано распределение больных по возрастам представлено на рисунке. Учитывая данные зарубежных исследователей, указывающих на то, что заболеваемость ХМЛ с увеличением возраста до 80 лет логарифмически возрастает, можно сделать вывод о том, что уровень диагностики заболевания в старшей возрастной группе недостаточен [7,15].

По данным 6-летнего наблюдения за больными в исследовании IRIS общая выживаемость при терапии Иматинибом составила 88%, бессобытийная – 83%, полный гематологический ответ получен у 97%, большой цитогенетический – у 89%, полный цитогенетический – у 83% больных. У 93% пациентов с полным ЦГО не было прогрессирования ХМЛ до бластного криза и фазы акселерации. Частота событий к 5-6 году наблюдения составила 0,4%, частота прогрессирования в фазы акселерации и бластного криза – 0% [3]. По данным отечественных и международных исследований, общая выживаемость пациентов, получающих лечение ИТК, к 8 годам составляет примерно 85%. Выживаемость больных с хронической фазой без прогрессирования в фазу акселерации и бластного криза – 92%. Частота прогрессирования при этой терапии не превышала 0,5% [8,11].

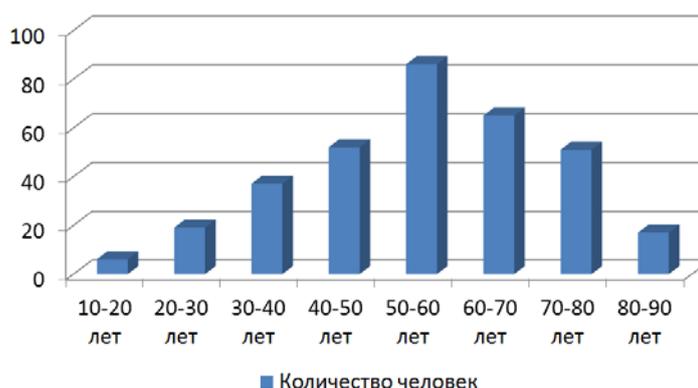


Рис. Распределение по возрасту пациентов с хроническим миелолейкозом

Для получения оптимальных результатов эффективной и дорогостоящей молекулярно-направленной терапии необходим комплекс диагностических и лечебных мероприятий, требующих как высокой квалификации врачей-гематологов, так и ответственности самих пациентов, страдающих этим заболеванием.

С этой целью ведущие научные сотрудники федеральных гематологических центров проводили «круглые столы» в г. Москве, Санкт-Петербурге, а также выезжали в регионы. Так, в течение последних лет профессор Э.Г. Ламаиа из Российского научно-исследовательского института гематологии и трансфузиологии (Санкт-Петербург) и профессор А.Г. Туркина из ФГБУ ГНЦ (Москва) приезжали в нашу республику на конференции и «круглые столы» для обсуждения вопросов диагностики, лечения, наблюдения за больными ХМЛ в связи с появлением принципиально новых подходов к его лечению. Профессора ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России Г.Ш. Сафуанова, Б.А. Бакиров на республиканских, межрегиональных, российских конференциях, съездах, ассоциациях терапевтов РБ, циклах усовершенствования врачей освещают всю новую информацию с целью раннего выявления, направления к гематологу и наблюдения за больными ХМЛ. Окончательный диагноз устанавливается в гематологическом отделении ГБУЗ РБ ГКБ № 13 г. Уфы (зав. отделением С.Р. Лукманов) и ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова (зав. отделением Г.А. Гайсарова). После этого пациентам выдаются заключения на получение иматиниба для своевременного и непрерывного лечения.

Стандарты терапии ХМЛ (2007) позволяют назначать иматиниб как препарат первой линии терапии. Больные обеспечиваются дорогостоящим препаратом бесплатно адресно, согласно регистру, по федеральной программе. На сегодняшний день основанием для получения иматиниба служит лишь диагноз Ph/BCR-ABL-положительный ХМЛ. В 2009 г. в РБ иматиниб получали уже 86% больных, в РФ – только 56%, а по литературным данным в этот период в странах Европы препарат получали 96% больных [13]. При регулярном приеме иматиниба пациенты становятся практически здоровыми людьми, работоспособными, с полноценным качеством жизни. В настоящее время первую линию терапии получают 220 пациентов РБ, общая выживаемость при терапии иматинибом составила 93%, бессобытийная – 78%. У исследованных пациентов полный гематологический ответ получен у 95%, большой и полный цитогенетические ответы (ЦГО) – у 81% больных, частота прогрессирования в фа-

зу акселерации и бластного криза – 5%. Эти данные подтверждают достаточно высокую результативность препарата первой линии ИТК. До введения программы «7 нозологий» для бесплатного получения препарата необходимо было наличие группы инвалидности, что затрудняло получение и соблюдение непрерывности лечения больными. На первых этапах возникали трудности получения иматиниба по дополнительному лекарственному обеспечению (ДЛО) на местах в связи с высокой стоимостью препарата и часто использовали дозы ниже терапевтических, что приводило к возникновению резистентности к лечению или развитию рецидива при прерванной терапии. Ограничивали назначение пожилым лицам. Затруднения при доставке образцов крови и костного мозга в межрегиональные цитогенетические и молекулярно-генетические лаборатории ухудшали диагностику и мониторинг больных. Имелись случаи неоправданного назначения иматиниба без молекулярно-генетического подтверждения диагноза ХМЛ. Постепенно благодаря совместным усилиям МЗ РБ и ведущих специалистов эти и другие проблемы были решены.

Препараты второй линии Нилотиниб (Тасигна) и Спрайсел (Дазатиниб) у ряда больных ХМЛ назначаются при резистентности и непереносимости иматиниба. На сегодняшний день в РБ 22 (7%) пациента получают препараты второй линии терапии ХМЛ за счет регионального бюджета. Получен полный гематологический ответ у 98%, у 73% – полный молекулярный ответ. Неудачи в лечении в 9% случаев связаны с выявлением мутаций, в 27% – с наличием коморбидности, в 1,4% случаев – с недостаточной приверженностью к лечению и развитием нежелательных явлений. Сотрудники гематологического отделения РКБ и терапевтические кафедры ИДПО БГМУ совместно с генетической лабораторией УФАН РБ проводят исследования по изучению клинко-генетических ассоциаций при ХМЛ в РБ и эффективности ингибиторов тирозинкиназы в лечении ХМЛ [9].

Для пациентов республики проводятся «Школы больного ХМЛ» с приглашением ведущих специалистов по этой проблеме, в которых обсуждаются особенности клиники, течения, регулирование доз, резистентности, проблемы связанные с получением препарата и др. В РБ создана и работает ассоциация больных ХМЛ.

Выводы

С ростом выживаемости увеличивается и популяция больных ХМЛ. Нестандартизован-

ная регистрируемая заболеваемость ХМЛ в РБ составляет 0,82 случая на 100 тыс., то есть основная часть больных с этой нозологией зарегистрирована. В РБ за последние годы организованы лечение и мониторинг всех пациентов с подтвержденной филадельфийской хромосомой ИТК в первой и второй линий терапии, а полученные результаты сопоставимы с данными отечественных и зарубежных авторов.

Таким образом, для выработки современной концепции программного подхода в лечении ХМЛ на основании молекулярной и цитогенетической диагностики и мониторинга заболевания, выявления ранних признаков резистентности, непереносимости или неуспешности терапии необходимо дальнейшее эпидемиологическое, клиническое, генетическое и патогенетическое изучение данной проблемы.

Сведения об авторах статьи:

Рябчикова Наира Рафаэловна – аспирант кафедры терапии и клинической фармакологии ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Сафуанова Гузаль Шагбановна – д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, главный внештатный гематолог МЗ РБ. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: safuanova@bk.ru.

Бакиров Ахат Бареевич – д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапии и клинической фармакологии ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Никулчица Валентина Ивановна – д.м.н., профессор кафедры терапии и общей врачебной практики с курсом гериатрии ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и терапии хронического миелолейкоза / К.М. Абдулкадыров [и др.] // Вестник гематологии. – 2013. – № 3. – С. 4-40.
2. Виноградова, О. Ю. Организация терапии хронического миелолейкоза. Первый общероссийский регистр больных хроническим миелолейкозом: анализ и перспективы / О.Ю. Виноградова, А.Г. Туркина, Н.Д. Хорошко // Гематология и трансфузиология. – 2008. – Т. 53, № 5. – С.54-58.
3. Виноградова О.Ю. Клиническая эволюция хронического миелолейкоза в процессе терапии ингибиторами тирозинкиназ: дис. ...-ра мед. наук. – М., 2011. – 245 с.
4. Проблемы организации лечения хронического миелолейкоза в России / О.Ю. Виноградова [и др.] // Клиническая онкогематология. – 2011. – № 4. – С. 23-27.
5. Эпидемиологическое исследование хронического миелолейкоза у взрослого населения Нижегородской области за период 1980-2003 гг. / С.А. Волкова [и др.] // Гематология и трансфузиология. – 2005. – № 2. – С. 8-13.
6. Эффект от терапии иматинибом по данным клинико-эпидемиологического мониторинга хронического миелолейкоза в нижегородской области за период 2000-2010 г. / С.А. Волкова [и др.] // Гематология и трансфузиология. – 2011. – № 4. – С.17-19.
7. Заболеваемость хроническим миелолейкозом в 6 регионах России по данным популяционного исследования 2009-2012гг. / С.М. Куликов [и др.] // Терапевтический архив. – 2014. – № 7. – С. 24-30
8. Эффективность терапии иматинибом (гливеком) в хронической фазе хронического миелолейкоза / А.Г. Туркина [и др.] // Терапевтический архив. – 2003. – № 8. – С. 62-67.
9. Молекулярный мониторинг хронического миелолейкоза / Н.Р. Рябчикова [и др.] // Онкогематология. – 2013. – №1. – С. 1-16.
10. Evolving concepts in – management of chronic myeloid leukemia. Recommendations from an expert panel on behalf of the European leukemia net / M. Baccarani [et al] // Blood. – 2006. – Vol. 108. – P. 1809-1820.
11. IRIS 6 year Jollowup: sustained survival and declining annual rate of transformation in patients with newly diagnosed chronic myeloid leukemia in chronic phase (CML-CP) treated with imatinib / A. Hochhans [et al.] // Blood. – 2007. – Vol. 120. – P. 15a (abs. 25).
12. Tyrosinkinase inhibitor usage, treatment outcome, and prognostic scores in CML registry / M. Hoglund [et al.] // Blood. – 2013. – Vol. 122 (7). – P. 1284-1292.
13. Real-life rates of disease monitoring in clinical practice in Europe: J Unmet Needs in CML and PH+ALL (UNIC) study / E. Morra [et al.] // Blood. – 2007. – Vol. 118 (abs. 1949) ASH Aumnol.
14. Imatinib compared with interferon and low-dose cytarabine for newly diagnosed chronic-phase myeloid leukemia / S.Q.O Bricn [et al.] // N. Engl. J med. – 2003. – Vol. 348. – P. 994-1004.
15. Qoldman M. Chronic myeloid leukemia / M. Qoldman // BMI (Clin. Res. Eol). – 1997. – Vol. 314. – P. 657-660.
16. Quantitative modeling of chronic myeloid leukemia: insights from radiobiology / T. Radivoyevitch [et al.] // Blood. – 2012. – Vol. 119 (19). – P. 4363-4371.

УДК 616.62-088.222-089-055.2

© Коллектив авторов, 2017

А.Г. Ящук, А.А. Казихинуров, И.И. Мусин,
Р.М. Зайнуллина, Р.А. Нафтулович, Е.М. Попова
**СОВРЕМЕННАЯ ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ
У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**
*ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа*

Урофлоуметрия является простым, неинвазивным методом, который позволяет оценить процесс опорожнения мочевого пузыря. На результаты урофлоуметрии влияют сократительная способность детрузора, внутрибрюшное давление, степень открытия шейки и замыкательного аппарата мочевого пузыря, наличие препятствий к оттоку мочи в области шейки и в уретре. Ультразвуковое исследование дает изображение уретры на всем протяжении, позволяет оценить уретровезикальный угол и определить состояние парауретральных структур. Из 151 проанкетированной нами женщины после родов ос-