

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 филаделфийской 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.

Никулечева 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 (гливек) 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. Hochhaus [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 Abstr.
14. Imatinib compared with interferon and low-dose cytarabine for newly diagnosed chronic-phase myeloid leukemia / S.Q.O. Brien [et al.] // N. Engl. J. med. – 2003. – Vol. 348. – P. 994-1004.
15. Goldman M. Chronic myeloid leukemia / M. Goldman // BMJ (Clin. Res. Ed.). – 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. Яшук, 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 опроанкетированной нами женщины после родов ос-

новную группу составила 71 пациентка с жалобами на недержание мочи, в контрольную группу вошли 80 пациенток репродуктивного возраста без признаков недержания мочи после родов. Проводилось уродинамическое и ультразвуковое исследование на догоспитальном этапе. Сочетание клинических методов исследования с данными урофлоуметрии и ультразвукового исследования дает возможность реально оценить состояние нижних мочевых путей у женщин репродуктивного возраста и диагностировать клинически смешанную и стрессовую инконтиненцию.

Ключевые слова: недержание мочи, урофлоуметрия, репродуктивный возраст.

A.G. Yashchuk, A.A. Kazikhinurov, I.I. Musin,
R.M. Zainullina, R.A. Naftulovich, E.M. Popova

PRESENT-DAY PREHOSPITAL DIAGNOSIS OF URINARY INCONTINENCE IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Uroflowmetry is a simple, non-invasive method that allows to evaluate the process of emptying the bladder. Uroflowmetry results depend on the detrusor's contractility, intra-abdominal pressure, the degree of cervix opening and the bladder closure, the presence of impediments for urinary outflow in the cervix and urethra. Ultrasound shows the image of the urethra throughout its length, allows us to evaluate the urethrovesical angle and determine the state of the paraurethral structures. Of 151 women surveyed after delivery, the main group consisted of 71 patients with urinary incontinence complaints, the control group included 80 patients of reproductive age with no evidence of urinary incontinence after childbirth. Urodynamic and ultrasound examination was performed at the prehospital stage. The combination of clinical research methods with uroflowmetry and ultrasound data makes it possible to really assess the condition of the lower urinary tract in women of reproductive age and to diagnose clinically mixed and stress incontinence.

Key words: urinary incontinence, uroflowmetry, reproductive age.

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 [1]. Это единственный неинвазивный метод, позволяющий оценить функциональное состояние нижнего отдела мочевой системы [2]. С.Н. Буянова (2012) считает, что комплексное ультрадинамическое исследование (КУДИ) должно применяться в сложных клинических случаях, а также при возникновении рецидивных форм недержания мочи [3]. Однако возможность применения цистометрии и профилометрии при стрессовом недержании мочи остается противоречивой, поскольку эти методы инвазивны, дорогостоящи, требуют определенного времени и иногда не способствуют постановке окончательного диагноза. Ультрасонографическое исследование занимает особое место в диагностике недержания мочи, что связано с неинвазивностью метода, отсутствием необходимости в специальной подготовке и возможностью получения изображения в режиме реального времени. Ультразвуковое исследование дает изображение уретры на всем протяжении, позволяет оценить уретровезикальный угол и определить состояние парауретральных структур [4]. Тщательное обследование на этапе предоперационной подготовки дает возможность улучшить качество диагностики и уменьшить число рецидивов, а также позволяет дифференцированно подходить к выбору метода лечения и давать объективную оценку эффективности хирургической коррекции [5].

Материал и методы

Из 151 проанкетированной нами женщины после родов основную группу составила 71 пациентка с жалобами на недержание мочи (НМ). Средний возраст пациенток составил 33 года [31,36]. В контрольную группу вошли 80 пациенток репродуктивного возраста без признаков недержания мочи после родов, средний возраст которых составил 35 лет [31,39].

Уродинамическое исследование позволило получить объективную информацию о функции мочевыводящих путей, диагностировать детрузорную гиперактивность и/или нестабильность уретры. Исследование проводилось на уродинамической установке «WIEST Jpiter-8000 video» (Германия).

Исследование выполнялось при наличии не менее 150,0 мл и не более 300,0 мл мочи в мочевом пузыре. По завершении исследования происходил автоматизированный анализ кривой с распечаткой на бумаге графических и цифровых данных. Полученные результаты оценивались качественно и количественно. Обращалось внимание на форму кривой, ее восходящую и нисходящую части отрезков. Ультразвуковое исследование проводилось двухмерным влагалищным датчиком.

Эхографическое исследование органов малого таза проводилось на аппарате «Sequoja-512» фирмы Akuson (США) с использованием датчиков 5,0-8,0 МГц в продольном и поперечном сечениях. При эхографическом исследовании определялись следующие параметры: длина мочеиспускательного канала, ширина уретры на уровне шейки мочевого пузыря, величина уретровезикального угла (по В.И. Краснопольскому, 2003). Для удержания мочи длина мочеиспускательного канала должна соответствовать 2,7 см. Шири-

на проксимального отдела уретры не должна превышать 0,98 см. Уретровезикальный угол в покое составляет 54-110°, в среднем – 95°.

Результаты и обсуждение

При проведении качественной оценки урофлоуграмм у пациенток с НМ до лечения прерывистый тип мочеиспускания наблюдался у 34 (22,5%) больных, прерванный – у 26 (17,2%), обструктивный – у 31 (20,5%), стремительный тип – у 60 (39,7%) женщин.

При количественной оценке определяли 3 показателя урофлоуграмм: TQ – время мочеиспускания, Q_{max} – максимальная объемная скорость потока мочи, V_{comp} – объем

выделенной мочи. Для количественной оценки функционального состояния нижнего отдела мочевого тракта применялась урофлоуметрия в обеих группах. Данные представлены в табл. 1.

Нарушения уродинамики по данным урофлоуметрии в основной группе выражались в ускорении эвакуаторной способности мочевого пузыря, на что указывало укорочение времени мочеиспускания (TQ) и увеличение скорости потока мочи (Q_{max}). При сравнении показателей основной и контрольной групп выявлена статистическая достоверность различий.

Таблица 1

Показатель	Группы		p	Норма
	основная	контрольная		
TQ, с	13,9 [10,8;18,2]	15,5 [13,5;19,3]	0,006	8,77±0,66
Q _{max} , мл/с	44,1 [36,9;49,8]	27,2 [23,2;30,2]	<0,001	29,91±2,18
V _{comp} , мл	290,2 [227,5;380,4]	251,1 [215,4;327,4]	0,04	138,11±11,63

Все пациентки основной группы были обследованы ультразвукографически. Изучалось состояние мочевого пузыря и уретры с целью выявления признаков НМ. Всем пациенткам проводилось УЗИ вагинальным датчиком, что давало возможность получить информацию в реальном времени об укорочении уретры, незначительном увеличении уретровезикального угла, расширении проксимального отдела уретры (воронкообразная деформация). Эхографические параметры нижних

отделов мочевых путей больных с симптомами стрессового и смешанного типов недержания мочи и лиц контрольной группы в двухмерном сканировании представлены в табл. 2.

В основной группе основными диагностическими параметрами являются длина уретры и проксимальный отдел. В норме длина уретры соответствует 2,75 см, при данном ее значении создаются условия удерживать уретральное давление выше, чем в мочевом пузыре при повышении внутрибрюшного давления.

Таблица 2

Параметры	Группы		p
	основная (n=71)	контрольная (n=80)	
Длина уретры не менее 2,7 см	1,7 [1,3; 2,1]	3,3 [3; 3,6]	<0,001
Ширина проксимального отдела уретры не более 0,98 см	1,2 [0,9; 1,7]	0,9 [0,8; 0,9]	<0,001
Уретровезикальный угол 54°–110°	140 [131; 154]	97 [94; 103]	<0,001

Среднее значение длины уретры в основной группе составило 1,7 см, в контрольной – 3,3 см соответственно (p < 0,001), ширины проксимального отдела уретры в основной группе – 1,2 см, а в контрольной – 0,9 см (p < 0,001). При этом происходит нарушение ротации шейки мочевого пузыря и уретры вниз и назад, что сопровождается риском недержания мочи при повышении внутрибрюшного давления.

Отмечаются воронкообразное расширение уретры, укорочение уретры, которое расценивается как сфинктерная недостаточность уретры, приводящая к укорочению мочеиспускательного канала и увеличению уретровезикального угла.

Среднее значение уретровезикального угла у пациенток в основной группе составило 140°. Изменение уретровезикального угла

произошло в результате укорочения и воронкообразного расширения уретры и увеличения проксимального отдела.

Заключение

Сочетание клинических методов исследования с данными урофлоуметрии и ультразвукового исследования дает возможность реально оценить состояние нижних мочевых путей у женщин репродуктивного возраста и диагностировать клинически смешанную (с преобладанием ургентных позывов) и стрессовую инконтиненцию. Ультразвуковые методы исследования находят все большее практическое применение в диагностике нарушения функции тазовых органов. Важным направлением исследований является диагностика состояния уретрального сфинктера. Урофлуометрия является экспертным методом, стандартизованным, воспроизводимым, вли-

яющим на выбор метода лечения при легких формах недержания мочи. Резюмируя имеющиеся данные, необходимо отметить, что урофлоуметрия и трансвагинальное сканиро-

вание могут являться универсальными, простыми и доступными средствами диагностики легкой формы стрессового и смешанного НМ в репродуктивном возрасте.

Сведения об авторах статьи:

Яшук Альфия Галимовна – д.м.н., профессор зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: 8(347)264-96-50.

Казихинуров Альберт Альфредович – д.м.н., профессор кафедры урологии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: 8(347) 228-99-51. E-mail: alberturo@mail.ru.

Мусин Ильнур Ирекович – к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2 ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: ilnur-musin@yandex.ru.

Зайнуллина Раиса Махмутовна – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: raisa.bsmu@gmail.com.

Нафтулович Раиса Аркадьевна – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: 8(347)264-96-50. E-mail: raisanaftulovich@mail.ru.

Попова Елена Михайловна – ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 2 ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баженов, И.В. Уродинамика нижних мочевыводящих путей при обструктивном мегауретере у взрослых / И.В. Баженов, К.Н. Истокский, Е.С. Филиппова // Медицинский вестник Башкортостана. – 2013. – Т. 8, № 2. – С. 10-14.
2. Неймарк, А.И. Диагностика и лечение у женщин со смешанными формами недержания мочи / А.И. Неймарк, М.В. Раздорская // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2012. – Т. 12, № 3. – С. 61-66.
3. Клыга, О.И. Опыт аллопротезирования при хирургическом лечении пролапса гениталий и уретральной инконтиненции / О.И. Клыга, А.Л. Лавит, О.Я. Серда // Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. – 2012. – № 5 (23). – С. 104-105.
4. Краснопольский, В.И. Применение ультразвуковой диагностики для уточнения причин рецидива пролапса и недержания мочи / В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, М.А. Чечнева // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2011. – Т. 11, № 4. – С. 82-86.
5. Effects of surface and intravaginal electrical stimulation in the treatment of women with stress urinary incontinence: randomized controlled trial / G.N. Correia [et al.] // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2014. – Vol. 173. – P. 113-118.