

**И. К. АХУНБАЕВ АТЫНДАГЫ КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК
МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫ**

**С. Б. ДАНИЯРОВ АТЫНДАГЫ КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК
МЕДИЦИНАЛЫК КАЙРА ДАЯРДОО ЖАНА КВАЛИФИКАЦИЯНЫ
ЖОГОРУЛАТУУ ИНСТИТУТУ**

ОШ МАМЛЕКЕТТИК УНИВЕРСИТЕТИ

Д 14.23.679 диссертациялык кеңеши

Кол жазма укугунда
УДК 616-053.9-08-079

НУРПЕИСОВА АНАР ЕЛУБАЕВНА

**ЗААРА КАРМАЙ АЛБАСТЫК СИНДРОМУНУН
ГЕРИАТРИЯЛЫК АСПЕКТИ**

14.01.30 – геронтология жана гериатрия

Медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук
даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертациянын
Авторефераты

Бишкек – 2024

Иш Россия Федерациясынын Федералдык мамлекеттик автономдук жогорку билим берүү мекемесинин Белгород мамлекеттик улуттук изилдөө университетинин саламаттыкты сактоону уюштуруу жана коомдук саламаттыкты сактоо кафедрасында аткарылды, Белгород ш.

Илимий жетекчиси:

Ильницкий Андрей Николаевич

Медицина илимдеринин доктору, профессор,
Россия Федерациясынын мамлекеттик бюджеттик мекемесинин Жогорку окуу жайдан кийинки билим берүү академиясына караштуу Федералдык медициналык-биологиялык агенттиктин медициналык жардамдын адистештирилген түрлөрү жана медициналык технологиялар боюнча федералдык илимий-клиникалык борборунун терапия, гериатрия жана карылыкка каршы медицина кафедрасынын профессору, Москва ш.

**Расмий
оппоненттер:**

Сабиров Ибрагим Самижонович

медицина илимдеринин доктору, профессор,
Б. Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян университетинин № 2 терапия кафедрасынын башчысы

Паникар Вера Игоревна

медицина илимдеринин кандидаты,
«Согуш ардагерлеринин госпиталынын» областтык мамлекеттик саламаттык сактоо мекемесинин жетекчиси,
Саламаттык сактоо министрлигинин Белгород областындагы башкы штаттан тышкаркы гериатр,
Белгород ш.

Жетектөөчү уюм: Россия Федерациясынын Федералдык мамлекеттик бюджеттик билим берүү мекемесинин Кемеров мамлекеттик университети, социалдык медицина кафедрасы (650000, Россия Федерациясы, Кемеров, Красная көч., 6).

Диссертацияны коргоо 2024-жылдын 27-декабрында саат 13:00дө медицина илимдеринин доктору (кандидаты) окумуштуулук даражасын коргоо боюнча И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы жана тең уюштуруучулар С. Б. Данияров атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык кайра даярдоо жана квалификацияны жогорулатуу институту жана Ош мамлекеттик университетине караштуу Д 14.23.679 диссертациялык кеңештин отурумунда өткөрүлөт. Дареги: 720020, Бишкек ш., көч. Ахунбаев, 92, жыйындар залы. Диссертацияны коргоо боюнча видеоконференцияга кирүү шилтемеси: <https://vc.vak.kg/b/142-bjr-dou-ttk>

Диссертация менен И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын (720020, Бишкек ш., Ахунбаев көч., 92), С. Б. Данияров атындагы Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана квалификацияны жогорулатуу медициналык институтунун (720040, Бишкек ш., Бөкөнбаев көч., 144а), Ош мамлекеттик университетинин (723500, Ош ш., Ленин көч., 331) китепканаларынан жана <https://vak.kg> сайтынан таанышууга болот.

Автореферат 2024-жылдын 18-майында таркатылды.

**Диссертациялык кеңештин окумуштуу катчысы,
медицина илимдеринин кандидаты**

М.А.Арстанбекова

ИШТИН ЖАЛПЫ МҮНӨЗДӨМӨСҮ

Диссертациянын темасынын актуалдуулугу. Жашоонун узактыгынын өсүшү менен саламаттыкты сактоо жана социалдык коргоо системаларына жүктөлгөн жүк табигый түрдө көбөйөт, бул майыптык патологиянын пайда болушуна байланыштуу өз алдынчалыгын толук же жарым-жартылай жоготкон адамдардын санынын көбөйүшү менен байланыштуу. Мындай патология оору катары да жана гериатриялык синдром катары да көрсөтүлүшү мүмкүн. Ошол эле учурда коомдо көп жагынан бир катар гериатриялык синдромдор жаш курактын кесепети, кандайдыр бир “курактык норма”, ондоону талап кылбайт жана/же оңдоого мүмкүн эмес деген пикирлер бар жана ошондой эле буга этикалык интимдик компонент да таасир этет [А. Н. Ильницкий ж.б., 2019; Ю. В. Веселов, Г. И. Чернов, 2020; J. Owino, H. Fuller, 2023].

Бул гериатриялык синдромдордун бири заара кармай албастык синдрому же инконтиненция. Клиникалык жана эпидемиологиялык изилдөөлөргө ылайык, улгайган жана картаң курактагы аялдардын 30-80% жана эркектердин 20-30% дан кем эмес жабыркайт. Ошол эле учурда, жогоруда айтылган көйгөйлөрдөн улам инконтиненция боюнча кайрылгандардын саны орто эсеп менен 5% гана түзөт. Натыйжада инконтиненция башка гериатриялык синдромдордун гериатриялык каскадына кирет, бул гериатриялык статустун терс көрүнүшүнө, функционалдуулуктун, жашоо сапатынын төмөндөшүнө жана башкаларга көз карандылыктын күчөшүнө алып келет [Э. И. Ермакова, 2014; J. E. Gaugler, 2023].

Акыркы жылдарда, биринчи кезекте, хирургиялык дарылоонун жаңы ыкмаларын иштеп чыгуунун, ошондой эле дарылоонун хирургиялык эмес кошумча ыкмаларынын максатка ылайыктуулугу жөнүндө маалымдуулуктун жогорулашынан улам, инконтиненцияны дарылоодо олуттуу прогресске жетишилди [Б. Н. Blix, G. Ågotnes, 2023]. Бул иш-чаралар алгачкы этапта өзгөчө натыйжалуу болуп саналат. Бирок, инконтиненция коркунучун жана өөрчүүсүн жогорулатууда ар кандай гериатриялык синдромдордун ролун изилдей турган гериатриялык фокусу бар эмгектер аз. Мындай изилдөөлөрдүн болушу заара кармай албаган бейтаптарды башкаруу боюнча учурдагы стратегиялардан тышкары, эрте гериатриялык алдын алуу жана реабилитациялоо боюнча комплекстүү иш-чараларды иштеп чыгууга мүмкүндүк берет.

Жогоруда айтылгандар заара кармай албастык синдрому бар улгайган бейтаптарда гериатриялык жардамды регламенттөө боюнча изилдөөбүздү актуалдуу кылат. Аялдар менен эркектерде заара кармабоо синдромунун пайда болушундагы кээ бир патофизиологиялык айырмачылыктарга байланыштуу, бул изилдөөдө биз аялдардын бул абалын изилдөөгө басым

жасадык, бирок аныкталган моделдер жана ыкмалар мындан аркы кошумча изилдөөлөрдө эркек популяциясына которулушу мүмкүн.

Диссертациянын темасын артыкчылыктуу илимий багыттар, негизги илимий программалар (долбоорлор), окуу жана илимий мекемелер тарабынан жүргүзүлүп жаткан негизги изилдөө иштери менен байланышы. Диссертациялык иш Россия Федерациясынын Федералдык мамлекеттик автономдук жогорку билим берүү мекемесинин «Белгород мамлекеттик улуттук изилдөө университетинин» негизги планынын алкагында аткарылган.

Изилдөөнүн максаты. Улгайган курактагы аялдардын заара кармай албастык синдрому боюнча гериатриялык жардам көрсөтүүнүн ыкмаларын иштеп чыгуу.

Изилдөө максаттары:

1. Булчуңдардын иштешине жараша улгайган курактагы аялдарда заара кармай албастык синдромунун таралышын изилдөө.
2. Дина- жана саркопениялык процесстердин инконтиненция коркунучуна кошкон салымын изилдөө.
3. Улгайган аялдардын функционалдык өз алдынчалык даражасына заара кармай албастык синдромунун таасирин баалоо.
4. Заараны кармай албастык синдрому бар аялдарга жардам көрсөтүүнүн салттуу стратегияларынан тышкары даректүү гериатриялык алдын алуу жана реабилитациялоо чараларын киргизүүнү негиздөө.
5. Иштелип чыккан чараларды клиникалык практикага киргизүү жана алардын натыйжалуулугун баалоо.

Алынган натыйжалардын илимий жаңылыгы:

1. Башка гериатриялык синдромдордун алгачкы көрүнүштөрүнөн баштап гериатриялык каскаддын пайда болушунун алкагында биринчи жолу заара бөлүп чыгаруу синдрому менен анын оордугуна жана кесепетине жараша байланышы үчүн изилдөө жүргүзүлгөн.
2. Булчуңдардын иштешинин бузулушунун даражасынын нормадан динапения аркылуу саркопенияга чейин көбөйүшү менен заараны кармай албастыктын күчөшү, бул кармалбаган заара көлөмүнүн бир кыйла көбөйүшү менен көрүнөөрү ынандыраарлык маалыматтар алынды.
3. Биринчи жолу заара чыгарууну кармабоо синдрому менен ооруган бейтаптардагы функционалдык өз алдынчалыктын профилдери анын оордугуна жана булчуңдардын иштешинин абалына жараша изилденген.
4. Диссертациялык изилдөөдө биринчи жолу маанилүү патогенетикалык байланыш катары дина- жана саркопендик процесстердин өнүгүшүнө жана өөрчүсүнө жол бербөөгө багытталган гериатриялык профилактиканын жана реабилитациянын таргеттик чаралары менен аялдардын инконтиненциясын

дарылоонун кадимки стратегияларын толуктоо үчүн заара кармай албастыктын өөрчүшүндө илимий жактан негизделген ыкмалар сунушталды.

Алынган натыйжалардын практикалык маанилүүлүгү:

1. Изилдөө заара кармай албастык синдрому бар улгайган бейтаптарга гериатриялык жардам көрсөтүүнүн алкагында жүргүзүлүүчү иш-чараларга багыттоого негизделген.

2. Заара кармай албастыктын 3-даражасы жана андан жогорку даражадагы бейтаптардын кыймыл активдүүлүгүнүн бузулушу, психикалык, өзүн-өзү тейлөөдөгү көйгөйлөр, анын ичинде жеке гигиена, жамбаш сөөгүнүн функцияларын көзөмөлдөө, башкалар менен баарлашууга байланышкан клиникалык жана социалдык көйгөйлөрдүн комплекси бар экени аныкталган. Мындай бейтаптар үчүн узак мөөнөттүү колдоо системасынын комплекстүү чараларына багыттоо негиздүү.

3. Заара кармай албаган 1 жана 2-даражадагы бейтаптар үчүн маанилүү патогенетикалык фактор катары дина- жана саркопендик процесстердин өнүгүшүнө жана прогрессине жол бербөөгө багытталган гериатриялык алдын алуу жана реабилитациялоонун максаттуу чаралары менен аялдардагы бул синдромду дарылоонун кадимки стратегияларын толуктоо негиздүү.

4. Изилдөөнүн негизги натыйжалары Россия Федерациясынын мамлекеттик бюджеттик мекемесинин Жогорку окуу жайдан кийинки билим берүү академиясына караштуу Федералдык медициналык-биологиялык агенттиктин медициналык жардамдын адистештирилген түрлөрү жана медициналык технологиялар боюнча федералдык илимий-клиникалык борборунун терапия, гериатрия жана карылыкка каршы медицина кафедрасынын билим берүү ишмердүүлүгүнө [2023-жылдын 11-апрелиндеги ишке киргизүү актысы, Москва ш.], Автономдук коммерциялык эмес уюм «Геронтология» илим-изилдөө медициналык борборунун практикалык ишмердүүлүгүнө [2023-жылдын 23-ноябрындагы ишке киргизүү актысы, Москва ш.] киргизилген.

Диссертациянын коргоого коюлган негизги жоболору:

1. Булчуңдардын иштешинин начарлашы менен улгайган аялдарда инконтиненция оорусунун таралышы динапенияда 1,5 эсеге, саркопенияда 1,7 эсеге көбөйөт.

2. Булчуңдардын функциясынын бузулуу даражасынын нормадан динапения аркылуу саркопенияга чейин жогорулашы менен инконтиненциянын оордугу күчөйт, бул заараны кармай албай калуу көлөмүнүн бир топ көбөйүшү түрүндө байкалат.

3. Динапения менен айкалышта заараны кармай албоо синдрому менен ооруган бейтаптардагы функционалдык профиль функционалдык көз карандысыздыкты камсыз кылуунун чегинен чыкпайт, ошол эле учурда

саркопения менен айкалышкан заара кармабай калууда функционалдык профиль функционалдык көз карандысыздыктын жоголушуна алып келет.

4. Заараны кармай албоо синдрому менен ооруган бейтаптарды башкарууга сунушталган гериатриялык ыкма, заара чыгарууну кармабоо синдромунун патогенезинин динамикалык жана саркопениялык бөлүктөрүнө багытталган, кадимкиге салыштырмалуу бир кыйла айкын натыйжа берет.

Издөнүүчүнүн жеке салымы. Изилдөө иштерин жүргүзүүдө автор диссертациялык изилдөөнүн темасы боюнча ата мекендик жана чет элдик адабияттарды жеке талдап, сунушталган максаттары жана милдеттери, анын жетекчилиги астында бейтаптарды изилдөөнүн клиникалык жана инструменталдык ыкмалары колдонулган, алынган натыйжалар системалаштырылган жана статистикалык талдоодон өткөн. Автордун жеке салымы 85% түзөт.

Диссертациянын натыйжаларын апробациялоо. Изилдөөлөрдүн натыйжалары: Геронтологдордун II Евразиялык конгрессинде (Астана, 2017-жылдын 22-23-июну), «Карылыкка каршы персоналдаштырылган медицина» аттуу конференцияда (Москва – Астана, 2018-жылдын 26-апрели), «Академик Е. Ф. Коноплянин 80 жылдыгына карата геронтологиялык окуу (1939-2010)» аттуу Эл аралык илимий конференциясында (Гомель, 2019-жылдын 21-22-марты) баяндалып талкууланган.

Диссертациянын натыйжаларынын жарыяланышы. Диссертациялык изилдөө материалдарынын натыйжасы боюнча 5 макала - РИНЦ системалары аркылуу индекстелүүчү илимий мезгилдүү, импакт-фактору 0,1ден кем эмес болгон басылмаларда жарыяланган.

Диссертациянын структурасы жана көлөмү. Диссертация киришүүдөн, «Заараны кармай албоо гериатриялык бейтаптар үчүн актуалдуу көйгөй катары (адабий сереп)» аттуу 1-баптан, «Изилдөөнүн методологиясы жана ыкмалары» аттуу 2-баптан, «Улгайган курактагы бейтаптардын булчуңдарынын иштешинин абалына жараша заара кармай албоочулуктун таралышы» аттуу 3-баптан, «Заара кармай албоодогу функционалдык өз алдынчалык жана анын клиникалык жана клиникалык-социалдык аспектилери» аттуу 4-баптан, «Улгайган аялдардын заара кармай албагандыгы үчүн гериатриялык жардамды уюштурууга болгон мамиленин негиздемеси» аттуу 5-баптан, корутундудан, практикалык сунуштардан, пайдаланылган булактардын тизмесинен жана тиркемелерден турат. Иш 127 бетте компьютердик тиекстте терилген, 8 таблица жана 9 сүрөт менен камтылган. Колдонулган адабияттардын 156 булактарынан турат, анын ичинде орус тилдүү жана чет элдик авторлор бар.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН НЕГИЗГИ МАЗМУНУ

Диссертациянын киришүүсүндө изилдөөнүн актуалдуулугу, аны жүргүзүүнүн зарылдыгынын негиздери, максаты, милдеттери, иштин илимий-практикалык мааниси жана коргоого коюлган диссертациянын негизги жоболору көрсөтүлгөн.

1-бап. Заараны кармай албоо гериатриялык бейтаптар үчүн актуалдуу көйгөй катары (адабий сереп). Заарасын кармай албай калган гериатриялык бейтап жөнүндө берилген маалыматтар адистештирилген урологиялык жардам көрсөтүү үчүн так эмес звено болуп саналат, Гериатриялык синдромдордун заара бөлүп чыгаруунун өнүгүшүнө же өөрчүшүнө тийгизген таасири жана заараны кармай албаган гериатриялык бейтаптарды таргеттик профилактика жана реабилитациялоонун учурдагы абалы көрсөтүлгөн.

2-бап. Изилдөөнүн материалдары жана ыкмалары.

2.1 Изилдөөнүн методологиясы.

Изилдөөнүн объектиси: 60 жаштан 74 жашка чейинки 601 аял (орточо жашы $68,0 \pm 3,9$ жаш) ар кандай даражадагы заара чыгаруунун дисфункциясы менен; клиникалык уюштуруу экспериментине жашы 60 жаштан 74 жашка чейинки 132 бейтап (орточо жашы $67,3 \pm 3,8$ жаш) катышкан.

Изилдөөнүн предмети: заараны кармабоо синдрому менен ооруган улгайган аялдардын таралышын жана функционалдык өз алдынчалыгын изилдөө, бул синдромдун өнүгүшүнө жана прогрессине дина- жана саркопениялык процесстердин салымы.

Изилдөөнүн базасы жана этаптары. Бул изилдөө Россия Федерациясынын Федералдык мамлекеттик автономдук жогорку билим берүү мекемесинин «Белгород мамлекеттик улуттук изилдөө университетинин» медицина институтунун клиникалык базасында жана «Metabody» интеграциялык медицина клиникасынын базасынын (Алматы ш.) «Atlas club» Жоопкерчилиги чектелген коомунун стационарында аткарылган.

Изилдөө бир нече этап менен жүргүзүлгөн (2.2.1-таблица).

1-этапта (клиникалык жана эпидемиологиялык) улгайган аялдарда заара кармабоо синдромунун (ЗКС) таралышы бейтаптардын жаш курагына жана булчуңдардын иштешинин абалына карата изилденген. 2-этапта (клиникалык) улгайган аялдарда ЗКСнын өнүгүшүнө жана прогрессине динамикалык жана саркопениялык процесстердин салымы далилденген. 3-этапта (клиникалык жана социалдык) заара кармабоо синдрому бар аялдардын функционалдык өз алдынчалыгы изилденген. 4-этапта (клиникалык жана уюштуруучулук) заараны кармай албаган бейтаптарды башкаруунун салттуу стратегияларынан тышкары гериатриялык алдын алуу жана реабилитациялоо боюнча максаттуу чаралар иштелип чыккан.

2.2.1-таблица – Улгайган аялдардын заара кармай албай калуу синдромунун гериатриялык аспектилерин изилдөө боюнча изилдөөлөрдүн этаптары

Этаптары	Этаптын аталышы	Этаптын мазмуну
1	Клиникалык-эпидемиологиялык	Бейтаптардын жашына жана булчуң функциясынын абалына карата улгайган аялдарда ЗКСдин таралышын изилдөө
2	Клиникалык	Улгайган аялдарда ЗКСдин өнүгүшүнө жана өөрчүшүнө дина- жана саркопендик процесстердин салымын негиздөө
3	Клиникалык-социалдык	ЗКС бар аялдардын функционалдык өз алдынчалыгын изилдөө.
4	Клиникалык-уюштуруучулук	ЗКС менен ооруган бейтаптарды башкаруунун салттуу стратегияларына кошумча гериатриялык профилактика жана реабилитация боюнча таргеттик чараларды иштеп чыгуу

Изилдөөнүн биринчи жана экинчи этаптарына ар кандай даражадагы заара чыгаруучу дисфункция менен 601 аял (60 жаштан 74 жашка чейин, орточо жашы 68,0+3,9 жаш) кирген. Киргизүү критерийлери: 60 жаштан 74 жашка чейин, стресстик же ургенталдык заарасын кармай албай калуу, мурда заара кармай албай калуу тууралуу кайрылбагандыгы. Четтетүү критерийлери: 60 жаштан төмөн жана 74 жаштан жогору, заара чыгаруунун башка түрлөрү, залалдуу шишик, ошондой эле байланышты кыйындаткан оор психотикалык жана когнитивдик бузулуулар.

Заарасын кармай албай калуу диагностикасы учурдагы улуттук эрежелерге жана/же сунуштарга ылайык жүргүзүлдү. Төмөнкү даражалар бөлүндү: 1) тамчы, 2) жеңил, 3) орто, 4) оор, 5) өтө оор (300 млден жогору). Бул үчүн биз "Senile Control" мобилдик тиркемесин колдондук. Саркопения SARC-F сурамжылоосунун жардамы менен кол динамометриясынын жыйынтыгы боюнча булчуңдардын иштешинин көрсөткүчтөрүн эске алуу менен аныкталган. Төмөнкү буттун булчуңдарынын күчүнүн көрсөткүчтөрү да бааланган (КС 0-3 даражасы бар бейтаптар үчүн). Функционалдык көз карандысыздык FIM шкаласы менен бааланган.

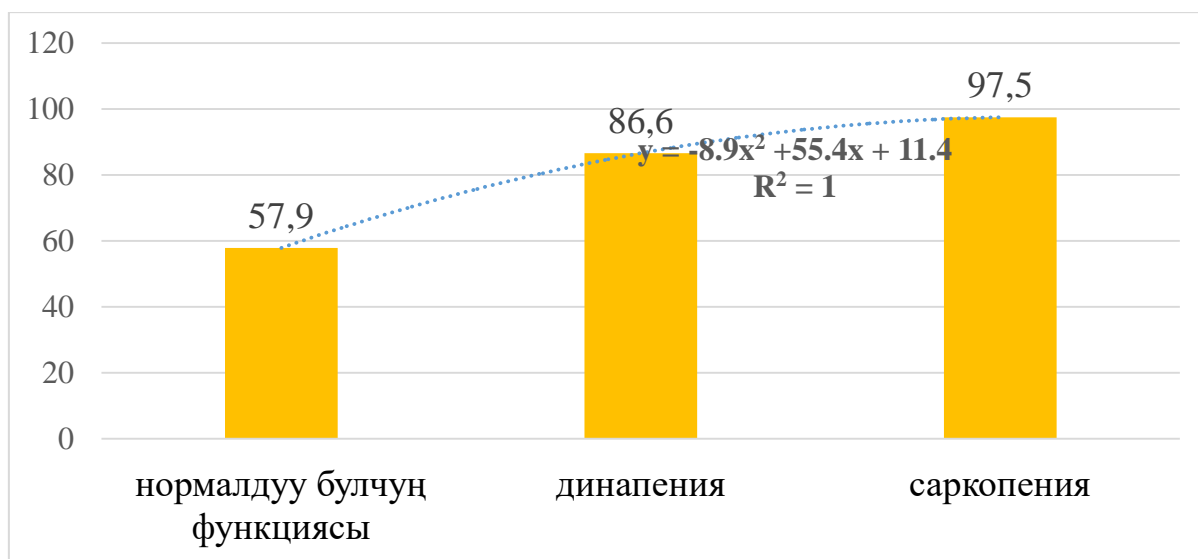
Төртүнчү этаптын алкагында клиникалык жана уюштуруучулук эксперимент өткөрүлдү. Анын курамына 1-2-даражадагы заараны кармай албаган жана динапения менен ооруган 132 улгайган (60 жаштан 74 жашка чейин, орточо жашы 67,3+3,8 жаш) бейтаптар кирген. Контролдук топ (62 бейтап) салттуу хирургиялык эмес башкаруу чараларын алды. Негизги топ (70 пациент) – иштин текстинде баяндалган иштелип чыккан ыкмалар менен толукталган иш-чаралар. Изилдөө башталганга чейин, 3 жана 6 айларда, Senile Control мобилдик тиркемесинин жардамы менен заара чыгаруу функциясынын

абалы, карпалдык динамометриялык индикаторлор изилденген, жалпы мотор функционалдуулугуна баа берүү үчүн алты мүнөттүк басуу тести жүргүзүлүп, HADS шкаласын колдонуу менен психологиялык статуска баа берилген.

Материалдар Statistica 12.0 программасы аркылуу заманбап биомедициналык изилдөөлөрдө кабыл алынган параметрдик жана параметрлик эмес талдоо ыкмаларын колдонуу менен статистикалык түрдө иштетилген. Натыйжалар $p < 0.05$ боюнча маанилүү деп эсептелген.

3-бап. Улгайган курактагы бейтаптардын булчуңдарынын иштешинин абалына жараша заара кармай албоочулуктун таралышы.

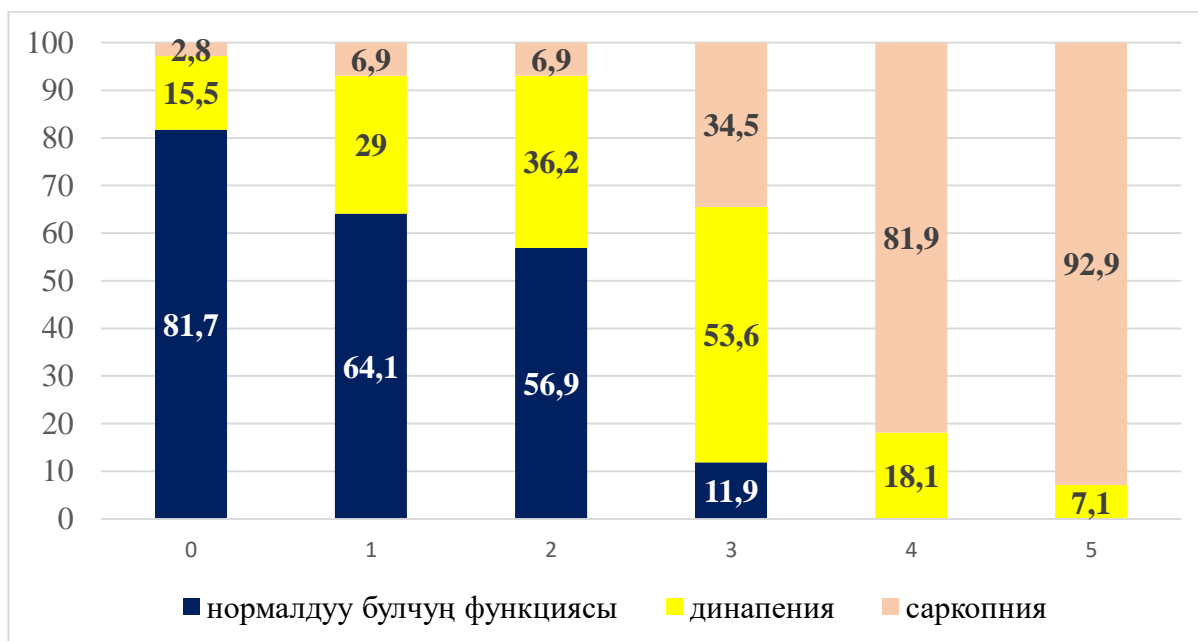
3.1 Булчуңдардын иштешинин абалына жараша заара кармай албоочулуктун таралышы. Изилдөөнүн клиникалык жана эпидемиологиялык бөлүгү булчуң функциясынын начарлашы менен СНМдин таралышы көбөйөрүн көрсөттү. Алсак, булчуңдардын иштеши нормалдуу улгайган курактагы бейтаптарда 276 адамдын 160ында (100 адамга 57,9 учур), динапения менен ооругандарда, 164 адамдын 142синде (100 кишиге 86,6 учур) жана динапения менен ооруган бейтаптарда 161 адамдын 157синде заарасын кармай албай калуу катталган (100 адамга 97,5 учур); булчуң функциясынын начарлашы менен заарасын кармай албай калуунун таралышынын өсүшү олуттуу, $R^2 = 1$ жакындoo коэффициенти, $p < 0,05$ (3.1.1-сүрөт).



3.1.1-сүрөт – булчуң функциясынын абалына жараша инконтиненциянын таралышы.

Биз ошондой эле булчуңдардын иштешинин абалына, анын даражаларына жараша заара кармай албоо структурасын изилдедик (3.1.2-сүрөт). Көрсө, СНМ жок аялдарда булчуңдардын нормалдуу иштеши көпчүлүк учурларда (142 адамдын 116сы же 100 адамга 81,7 учур), динапения

142 адамдын 22синде кездешкен (100 адамга 15,5 учур), саркопения 142 адамдын 4үндө болгон (100 адамга 2,8 учур).

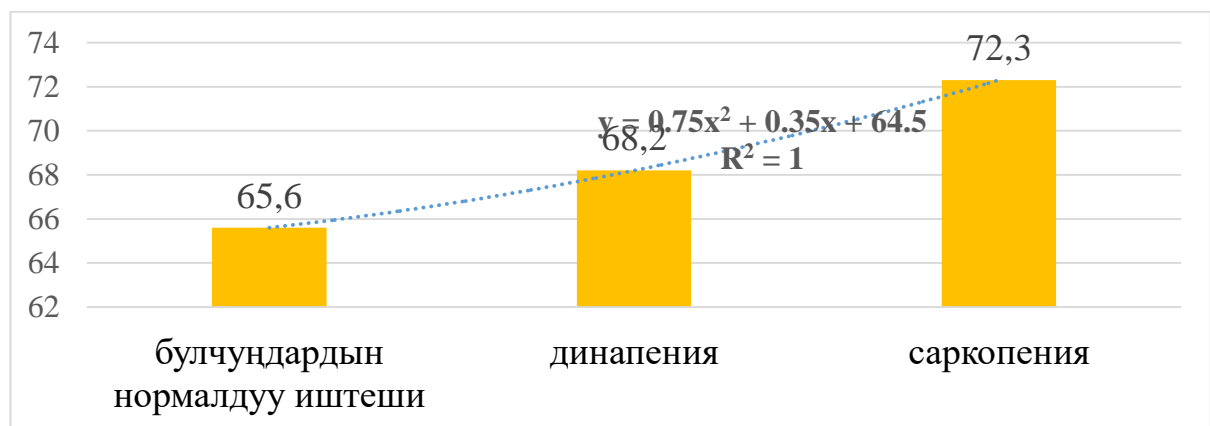


3.1.2-сүрөт – Булчуңдардын иштешинин абалына жараша заарасын кармай албай калуунун структурасы (ар бир даражадагы 100 бейтапта).

1-даражадагы СНМ менен аялдарда булчуңдардын нормалдуу иштеши учурлардын жарымынан көбүндө (131 адамдын 84ү же 100 адамга 64,1 учур) катталган, динапения 131 адамдын 38инде катталган (100 адамга 29,0 учур), саркопения аз санда – 131 адамдан 9у кездешкен (100 адамга 6,9 учур). ЗКСнын 2-даражасы бар аялдарда динапения менен ооругандардын үлүшүнүн өсүшү байкалган: булчуңдардын нормалдуу иштеши болжол менен жарымында катталган (116 адамдын 66сы, же 100 адамга 56,9 учур), динапения 116 адамдан 42синде болгон. (100 адамга 36,2 учур), саркопения аз сандагы учурларда - 116 адамдын 8инде болгон (100 адамга 6,9 учур). 3-даражадагы ЗКС менен ооруган аялдарда булчуң функциясы сакталган бейтаптардын үлүшү байкаларлык кыскарган жана дина- жана сакопения менен ооругандардын үлүшү көбөйгөн: булчуңдардын нормалдуу иштеши 84 адамдын 10унда сакталган (100 адамга 11,9 учур), динапения 84 адамдын 45инде болгон (100 адамга 53,6 учур), саркопения бейтаптардын үчтөн биринде - 84 адамдын 29унда кездешкен (100 адамга 34,5 учур).

Бейтаптардын жашын талдоо, инконтиненция болгон учурда оорулуулардын жашы менен олуттуу байланыш бар экенин көрсөттү: булчуңдардын нормалдуу иштеши менен, заарасын кармай албаган бейтаптардын орточо жашы 65,6 жашты, динапения менен ооругандардын

орточо жашы 68,2 жашты, саркопения менен - 72,3 жашты (жакындоо коэффициенттери $R^2=1$, $p<0,05$) (3.1.3-сүрөт) көрсөттү.



3.1.3-сүрөт – булчуң функциясынын абалына жараша заара кармай албаган бейтаптардын орточо жашы.

Демек, бузулган булчуң функциясы жана СНМдин айкалышы менен жабыркаган бейтаптарда, жаш курагынын жогорулашы начар клиникалык абалдын коркунучун жогорулатуу фактору болгон.

ЗКСтин 4 жана 5-даражасы менен бардык улгайган аялдардын булчуңдарынын функциясы бузулган, негизинен саркопениялык өзгөрүүлөрдүн деңгээлинде: 4-даражада динапения 72 адамдын 13үндө болгон (100 адамга 18,1 учур), саркопения 72 адамдын 59унда болгон (100 адамга 81,9 учур); бешинчи даражада динапения 56 адамдын төртөөдө болгон (100 адамга 7,1 учур), саркопения 56 адамдын 52синде болгон (100 адамга 92,9 учур). Бул маалыматтар булчуң иштешинин бузулушу менен заарасын кармай албай калуу даражасынын ортосундагы байланышты көрсөттү. Заарасын кармай албай калуу даражасы жогорулаган сайын булчуңдардын нормалдуу иштеши бар аялдардын үлүшү акырындык менен бир топ төмөндөгөн (жакындоо коэффициенттери $R^2=0,95$, $p<0,05$), динапения менен ооруган аялдардын үлүшү көбөйүп, андан кийин динапениянын саркопенияга өтүшүнө байланыштуу төмөндөгөн (жакындоо коэффициенттери $R^2=0,92$, $p<0,05$), ошого жараша заарасын кармай албай калуу даражасынын жогорулашы менен саркопения менен ооругандардын үлүшү олуттуу прогрессивдүү өскөн (жакындоо коэффициенттери $R^2=0,96$, $p<0,05$).

Ошондой эле булчуңдардын иштешинин абалына жана заараны кармай албастыгынын даражасына жараша заарасын кармабай калуу көлөмүн анализдедик (3.1.1-таблица). Көрсө, булчуңдардын дисфункциясынын даражасынын жогорулашы менен заараны кармай албастыктын өөрчүүсү күчөгөн, бул заараны кармай албагандыктан олуттуу ($p<0,05$) байкалган.

3.1.1-таблица – Булчуңдардын иштешинин абалына жана заараны кармай албай калуу даражасына, заараны кармай албай калуу көлөмү (мл) жараша

Булчуң функциясынын абалы	Заараны кармай албоо даражасы						Жалпы
	0 (n=102)	1 (n=131)	2 (n=116)	3 (n=84)	4 (n=72)	5 (n=56)	
Нормал-дуу	-	22,4±4,2	67,3±6,1*	143,7±9,6*	-	-	60,9±7,2
Динапения	-	23,6±4,0	70,0±5,4*	151,8±11,3*	251,6±8,0*	333,4±7,3*	113,4±8,1 [#]
Саркопения	-	26,7±5,6	72,8±6,3*	152,7±9,5*	247,4±9,1*	371,9±8,5 ^o *	172,7±8,2 ^{#,o}
Орточо белгиси	-	23,9±4,8	69,8±6,1*	147,6±10,1*	249,2±8,4*	360,5±7,8*	112,2±8,0

Эскертүү: * $p < 0,05$ заара чыгаруунун мурунку даражасына салыштырмалуу; [#] $p < 0,05$ нормалдуу булчуң иштеши бар бейтаптар менен салыштырганда; ^o $p < 0,05$ динапения менен ооругандарга салыштырмалуу.

Демек, булчуңдардын нормалдуу иштешинде бул сумма 60,9±7,2 мл болсо, динапенияда 113,4±8,1 мл (булчуңдардын нормалдуу иштеши бар бейтаптарда салыштырмалуу $p < 0,05$), ал эми саркопенияда – 172,7±8,2 мл ($p < 0,05$) булчуңдары нормалдуу иштеген бейтаптар менен салыштырганда; динапения менен жабыркагандарга салыштырмалуу $p < 0,05$ болгон).

3.2 Карпалдык динамометриялык көрсөткүчтөр заараны кармай албай калуу даражасына жараша. Белгиленген мыйзам-ченемдүүлүккө байланыштуу, биз заара чыгаруунун ар кандай даражасы үчүн булчуңдардын иштешинин көрсөткүчтөрүн деталдуу көрсөттүк (3.2.1-таблица). Заарасын кармай албоонун 2-даражасынан баштап кисталык динамометриялык көрсөткүчтөр бара-бара начарлап кеткен. Жыйынтыгында жалпы көрсөткүчтөр төмөнкүдөй болду: Заарасын кармай албай калуу жок болгон учурда 59,2 + 3,1 кг, заарасын кармай албай калуунун 1-даражасы менен - 56,4 + 3,0 кг ($p > 0,05$ заара кармай албаган бейтаптарга салыштырмалуу), заарасын кармай албай калуунун 2-даражасы менен – 49,4±2,7 кг ($p < 0,05$ заара кармай албаган бейтаптарга салыштырмалуу), заарасын кармай албай калуунун 3-даражасы менен – 45,2±2,4 кг ($p < 0,05$ инконтиненция жок бейтаптарга салыштырмалуу, $p < 0,05$ заарасын кармай албай калуунун 1-даражадагы бейтаптарга салыштырмалуу), заарасын кармай албай калуунун 4-даражасы менен – 35,7±2,2 кг (заарасын кармай албаган бейтаптарга салыштырмалуу $p < 0,05$, 1, 2, 3-даражадагы заараны кармай албаган бейтаптарга салыштырмалуу $p < 0,05$), заарасын кармай албай калуунун 5-даражасы менен – 31,4±1,6 кг ($p < 0,05$ заарасын кармай албаган бейтаптарга салыштырмалуу, $p < 0,05$ 1, 2 жана 3-даражадагы заарасын кармай албаган бейтаптарга салыштырмалуу).

3.2.1-таблица – Кисталык динамометриялык көрсөткүчтөр (кг) заараны кармай албоо даражасына жараша

Кисталык динамометрия	Заараны кармай албай калуунун даражасы					
	0(n=102)	1(n=131)	2(n=116)	3(n=84)	4(n=72)	5(n=56)
Жетектөөчү кол	33,4±2,7	31,3±2,1	27,1±2,0 ⁰	25,1±1,8 ^{0,1}	19,2±1,3 ^{0,1,2,3}	15,8±0,4 ^{0,1,2,3,4}
Басымдуулук кылуучу кол	26,5±2,5	25,1±1,9	22,2±1,6 ⁰	20,1±1,5 ^{0,1}	16,1±1,3 ^{0,1,2,3}	15,6±1,2 ^{0,1,2,3}
Суммалык көрсөткүч	59,2±3,1	56,4±3,0	49,4±2,7 ⁰	45,2±2,4 ^{0,1}	35,7±2,2 ^{0,1,2,3}	31,4±1,6 ^{0,1,2,3}

Эскертүү: ⁰p<0,05 инконтиненция жок бейтаптар менен салыштырганда; ¹p<0,05 заарасын кармай албоонун 1-даражасындагы бейтаптар менен салыштырганда; ²p<0,05 заарасын кармай албоонун 2-даражасындагы бейтаптар менен салыштырганда; ³p<0,05 заарасын кармай албоонун 3-даражасындагы бейтаптар менен салыштырганда; ⁴p<0,05 заарасын кармай албоонун 4-даражасындагы бейтаптар менен салыштырганда

Ошондой эле, инконтиненцияда ылдыйкы буттун булчуңдары динажана саркопендик процесстерге да тартылган. Заараны кармай албагандыктын даражасы жогорулаган сайын астыңкы буттун түрдүү булчуң топторунун иштеши начарлаган (3.2.2-таблица).

3.2.2-таблица – Заараны кармай албагандыктын даражасына жараша буттун булчуңдарынын күчүнүн абсолюттук максималдуу моменттеринин көрсөткүчтөрү (N x м)

Буттун булчуңдарынын тобу	Заарасын кармай албай калуунун даражасы			
	0 (n=102)	1 (n=131)	2 (n=116)	3 (n=84)
Шыйрактын жазылышы	138,4±3,9	136,2±3,7	122,2±3,5 ^{0,1}	119,4±4,0 ^{0,1}
Шыйрактын бүктөлүшү	103,3±3,8	100,2±2,5	90,3±2,9 ^{0,1}	81,2±2,4 ^{0,1,2}
Сандын жазылышы	151,2±4,7	148,4±4,8	125,2±4,2 ^{0,1}	110,3±3,6 ^{0,1,2}
Сандын бүктөлүшү	150,5±4,3	144,6±4,3	130,1±3,0 ^{0,1}	114,2±4,8 ^{0,1,2}
Сандын аддукторлору	114,3±3,5	112,0±3,1	102,7±2,9 ^{0,1}	89,1±2,7 ^{0,1,2}
Сандын абдукторлору	122,5±3,8	117,3±3,3	105,6±3,6 ^{0,1}	90,9±3,4 ^{0,1,2}
Тамандын арткы бүктөөлөрү	51,1±2,4	48,2±2,0	44,3±2,5 ⁰	39,8±3,0 ^{0,1}
Буттун таман бүктөөлөрү	153,2±5,7	148,4±3,8	129,9±3,8 ^{0,1}	122,4±6,3 ^{0,1}

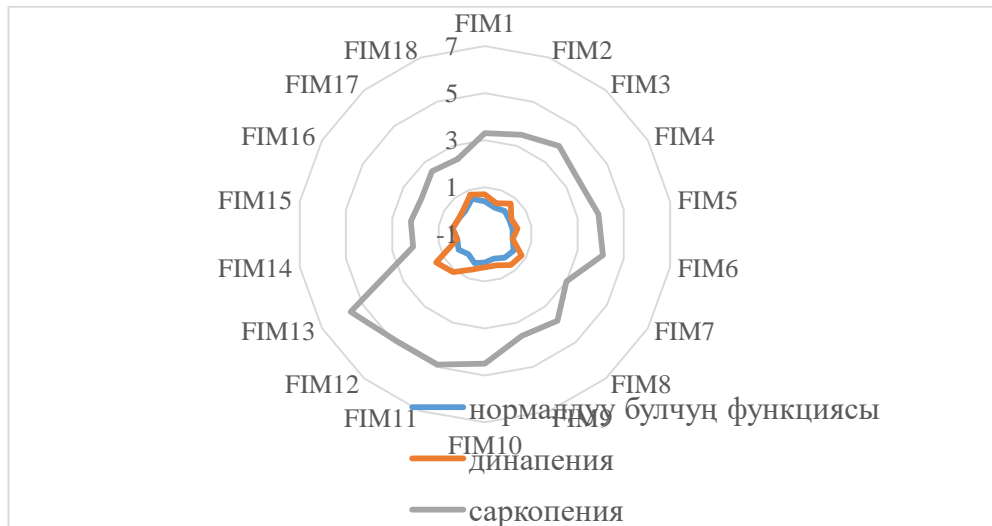
Эскертүү: ⁰p<0,05 инконтиненция жок бейтаптар менен салыштырганда; ¹p<0,05 заарасын кармай албоонун 1-даражасындагы бейтаптар менен салыштырганда; ²p<0,05 заарасын кармай албоонун 2-даражасындагы бейтаптар менен салыштырганда.

Мисалы, инконтиненцияда сандын бүгүлүү күчүнүн абсолюттук максималдуу моменти 150,5 + 4,3 Нхм, 1-даражадагы заараны кармай албаган учурда - 144,6 + 4,3 кг (p>0,05 заара кармай албаган бейтаптарга

салыштырмалуу), заара чыгаруунун 2-даражасы – $49,4 \pm 2,7$ Нхм ($p < 0,05$ заара кармай албаган бейтаптар менен салыштырганда), 3-даражадагы заараны кармай албагандар менен – $130,1 \pm 3,0$ Нхм ($p < 0,05$, $p < 0,05$ салыштырмалуу заара чыгаруунун 1-даражасы менен ооругандар).

Бул изилдөөнүн ушул бөлүгү булчуң ишинин бузулушуна заара кармап калуу даражасынын көз карандылыгын көрсөттү деп айтууга болот: саркопениялык кубулуштардын көбөйүшү менен, аялдардын заара кармай албастыктын оордугу бир топ жогорулаган. Мындан тышкары, бузулган булчуң функциясы жана ЗКС айкалышы менен ооруган бейтаптарда жаш курагынын өйдөлөшү инконтиненциянын клиникалык көрүнүшүнүн күчөшүнүн ыктымалдуулугун жогорулатуучу фактору болуп эсептелет.

4-бап. Заара кармай албоодогу функционалдык өз алдынчалык жана анын клиникалык жана клиникалык-социалдык аспекти. Изилдөөнүн жүрүшүндө биз ошондой эле FIM шкаласын колдонуу менен заара кармай албаган улгайган аялдардын функционалдык көз карандысыздыгынын көрсөткүчтөрүн изилдедик. Функционалдык өз алдынчалык менен булчуң функциясынын абалынын ортосундагы байланышты карасаңыз, булчуңдардын нормалдуу иштеши жана динапения менен функционалдык өз алдынчалыктын профили принципиалдуу түрдө айырмаланбайт, ал эми саркопения профили бир кыйла начарыраак болгон (4.1-сүрөт).



4.1-сүрөт – FIM боюнча булчуңдардын иштешинин ар кандай абалында заара кармай албаган бейтаптардагы функционалдык өз алдынчалыктын профилдери.

Функционалдык өз алдынчалыктын профилдерин деталдаштыруу төмөнкүлөрдү көрсөттү. Булчуңдардын нормалдуу иштеши жана динапения менен ооруган бейтаптардагы профиль кыймылынын аспектилерин чагылдырган позицияларда олуттуу айырмаланган ($p < 0,05$).

Ошентип, FIM9 позициясына ылайык (төшөктөн туруу, отургучка же коляскага чөгөлөп отуруп, алардан туруу) динапения менен ооруган бейтаптарда булчуң функциясы сакталган бейтаптардагы $0,1 \pm 0,01$ көрсөткүчкө салыштырмалуу $0,4 \pm 0,06$ баллды түздү ($p < 0,05$). FIM12 позициясына ылайык (өз алдынча басуу же майыштар коляскасынын жардамы менен кыймыл), динапения менен ооруган бейтаптарда булчуң функциясы сакталган бейтаптардагы $0,1 \pm 0,02$ баллга салыштырмалуу $1,1 \pm 0,17$ баллды түздү ($p < 0,05$). FIM13 позициясына ылайык (тепкичке өз алдынча чыгуу), динапения менен ооруган бейтаптарда булчуң функциясы сакталган бейтаптар $0,3 \pm 0,06$ баллга салыштырмалуу балл $1,4 \pm 0,25$ баллды түздү ($p < 0,05$). Бирок, буга карабастан, динапения менен ооруган бейтаптардын көрсөткүчтөрү функционалдык көз карандысыздыкты камсыз кылуу чегинен өткөн жок. Маанилүү нерсе, FIM7 позициясынын көрсөткүчү (табарсыктын функциялары: заара чыгарууну көзөмөлдөө, аппараттарды колдонуу - катетер ж.б.) динапения менен жана булчуңдардын нормалдуу иштеши менен олуттуу айырмаланган эмес жана тиешелүүлүгүнө жараша $0,4 \pm 0,15$ жана $0,8 \pm 0,30$ болгон упайлар ($p > 0,05$).

Бирок саркопения менен, FIM шкаласынын бардык 18 позициясында, заара кармай албаган бейтаптардагы көрсөткүчтөр динапения менен жабыркаган жана булчуңдардын нормалдуу иштеши менен ооругандарга караганда кыйла начар ($p < 0,05$) болгон. Тактап айтканда, FIM7 позициясы боюнча (табарсыктын функциясы: заара чыгарууну көзөмөлдөө, аппараттарды колдонуу - катетер ж.б.) саркопения менен индикатор $3,8 \pm 1,16$ (булчуңдардын нормалдуу иштеши бар бейтаптарга салыштырмалуу $p < 0,05$, динапения менен ооруган бейтаптар) (4.2-таблица).

4.1-таблица – FIM шкаласы боюнча булчуңдардын иштешинин ар кандай абалында заара кармай албаган бейтаптарда функционалдык өз алдынчалыктын көрсөткүчтөрү (баллдар)

FIM	Булчуң функциясынын абалы			FIM	Булчуң функциясынын абалы		
	Н	Д	С		Н	Д	С
FIM1	$0,4 \pm 0,21$	$0,7 \pm 0,22$	$3,3 \pm 0,40^{*,**}$	FIM10	$0,2 \pm 0,08$	$0,4 \pm 0,13$	$4,5 \pm 0,66^{*,**}$
FIM2	$0,2 \pm 0,08$	$0,4 \pm 0,16$	$3,5 \pm 0,31^{*,**}$	FIM11	$0,3 \pm 0,15$	$0,6 \pm 0,20$	$4,9 \pm 1,34^{*,**}$
FIM3	$0,3 \pm 0,16$	$0,7 \pm 0,29$	$3,9 \pm 0,42^{*,**}$	FIM12	$0,1 \pm 0,02$	$1,1 \pm 0,17^*$	$4,9 \pm 0,78^{*,**}$
FIM4	$0,2 \pm 0,06$	$0,3 \pm 0,04$	$3,6 \pm 1,03^{*,**}$	FIM13	$0,3 \pm 0,06$	$1,4 \pm 0,25^*$	$5,6 \pm 2,24^{*,**}$
FIM5	$0,2 \pm 0,07$	$0,4 \pm 0,15$	$3,9 \pm 0,33^{*,**}$	FIM14	$0,2 \pm 0,04$	$0,2 \pm 0,03$	$2,1 \pm 0,35^{*,**}$
FIM6	$0,2 \pm 0,03$	$0,2 \pm 0,04$	$4,1 \pm 0,57^{*,**}$	FIM15	$0,4 \pm 0,07$	$0,4 \pm 0,04$	$2,2 \pm 0,09^{*,**}$
FIM7	$0,4 \pm 0,15$	$0,8 \pm 0,30$	$3,0 \pm 0,84^{*,**}$	FIM16	$0,3 \pm 0,01$	$0,3 \pm 0,04$	$2,1 \pm 0,16^{*,**}$
FIM8	$0,3 \pm 0,11$	$0,7 \pm 0,34$	$3,8 \pm 1,16^{*,**}$	FIM17	$0,3 \pm 0,06$	$0,4 \pm 0,05$	$2,5 \pm 0,24^{*,**}$
FIM9	$0,1 \pm 0,01$	$0,4 \pm 0,06^*$	$3,6 \pm 0,39^{*,**}$	FIM18	$0,6 \pm 0,15$	$0,8 \pm 0,24$	$2,4 \pm 0,12^{*,**}$

Эскертүү: * $p < 0,05$ нормалдуу булчуң функциясы менен бейтаптарга салыштырганда; ** $p < 0,05$ динапения менен жабыркаган бейтаптарга салыштырганда.

Натыйжада, заара кармай албаган жана саркопения менен ооруган бейтаптарда FIM шкаласы боюнча жалпы көрсөткүч $63,9 \pm 4,8$ баллды түздү жана динапения менен ооруган ($10,2 \pm 3,4$ балл) жана нормалдуу бейтаптардагы ошол эле көрсөткүчтөн бир топ жогору ($p < 0,05$) болгон, булчуңдардын функциясы ($5,0 \pm 2,0$ балл); бирок, динапения менен ооруган бейтаптар менен булчуңдардын нормалдуу иштеши менен ооругандардын ортосунда жалпы көрсөткүчтөрдүн олуттуу айырмачылыктары болгон эмес ($p > 0,05$). Изилдөөлөр саркопения менен ооруган бейтаптарда функционалдык көз карандысыздыктын олуттуу чектелгендигин көрсөттү, бул заара чыгарууну көзөмөлдөөнү жана толук кыймылдоо мүмкүнчүлүгүн гана эмес, ошондой эле клиникалык жана социалдык аспектилердин кеңири спектрин камтыйт. Мисалы, FIM16 позициясы боюнча көрсөткүч (социалдык интеграция: башкалар менен өз ара аракеттенүү, анын ичинде үй-бүлө мүчөлөрү, медициналык персонал ж.б.) заара кармай албаган жана саркопения менен ооруган бейтаптарда $2,1 \pm 0,16$ баллды түздү жана динапения менен ооруган жана булчуңдардын иштеши нормалдуу бейтаптарда аналогиялык көрсөткүч ($0,3 \pm 0,01$ балл) жана ($0,3 \pm 0,04$ балл) кыйла начар ($p < 0,05$) болгон.

Ошондой эле изилдөөнүн жүрүшүндө биз заараны кармай албаган улгайган аялдардын заараны кармай албастыгынын даражасына жараша функционалдык өз алдынчалыктын көрсөткүчтөрүн изилдедик. Биз ар кандай профилдердин көрсөткүчтөрүн кеңири талдап чыктык (4.2-таблица).

4.2-таблица – Заарасын кармай албай калуу даражасына жараша FIM шкаласы (балл) боюнча заара кармай албаган бейтаптарда функционалдык өз алдынчалыктын көрсөткүчтөрү

FIM	Заарасын кармай албай калуунун даражасы					
	0	1чи	2чи	3чү	4чү	5чи
FIM1	$0,2 \pm 0,10$	$0,3 \pm 0,11$	$0,5 \pm 0,21$	$1,3 \pm 0,24^{0,1,2}$	$3,1 \pm 0,21^{0,1,2,3}$	$3,9 \pm 0,22^{0,1,2,3,4}$
FIM2	$0,2 \pm 0,11$	$0,3 \pm 0,15$	$0,7 \pm 0,41$	$1,9 \pm 0,26^{0,1,2}$	$3,3 \pm 0,59^{0,1,2,3}$	$3,8 \pm 0,42^{0,1,2,3}$
FIM3	$0,4 \pm 0,21$	$0,8 \pm 0,27$	$0,8 \pm 0,25$	$2,2 \pm 0,31^{0,1,2}$	$3,5 \pm 0,29^{0,1,2,3}$	$4,4 \pm 0,17^{0,1,2,3,4}$
FIM4	$0,2 \pm 0,08$	$0,2 \pm 0,09$	$0,4 \pm 0,14$	$2,3 \pm 0,16^{0,1,2}$	$3,3 \pm 0,24^{0,1,2,3}$	$4,2 \pm 0,22^{0,1,2,3,4}$
FIM5	$0,3 \pm 0,11$	$0,3 \pm 0,11$	$0,5 \pm 0,18$	$2,8 \pm 0,32^{0,1,2}$	$3,2 \pm 0,39^{0,1,2}$	$4,4 \pm 0,37^{0,1,2,3,4}$
FIM6	$0,3 \pm 0,06$	$0,3 \pm 0,05$	$0,4 \pm 0,05$	$2,8 \pm 0,18^{0,1,2}$	$4,0 \pm 0,34^{0,1,2,3}$	$4,4 \pm 0,49^{0,1,2,3}$
FIM7	$0,4 \pm 0,13$	$0,4 \pm 0,20$	$0,8 \pm 0,36$	$2,6 \pm 0,37^{0,1,2}$	$3,4 \pm 0,29^{0,1,2,3}$	$4,7 \pm 0,28^{0,1,2,3,4}$
FIM8	$0,4 \pm 0,16$	$0,5 \pm 0,15$	$0,7 \pm 0,24$	$2,9 \pm 0,22^{0,1,2}$	$4,1 \pm 0,36^{0,1,2,3}$	$4,2 \pm 0,32^{0,1,2,3}$
FIM9	$0,2 \pm 0,08$	$0,4 \pm 0,19$	$0,9 \pm 0,06^{0,1}$	$2,0 \pm 0,17^{0,1,2}$	$3,2 \pm 0,38^{0,1,2,3}$	$3,7 \pm 0,51^{0,1,2,3}$
FIM10	$0,3 \pm 0,04$	$0,4 \pm 0,07$	$0,5 \pm 0,16$	$3,1 \pm 0,12^{0,1,2}$	$4,9 \pm 0,37^{0,1,2,3}$	$5,1 \pm 0,67^{0,1,2,3}$
FIM11	$0,3 \pm 0,09$	$0,4 \pm 0,08$	$0,6 \pm 0,22$	$3,2 \pm 0,15^{0,1,2}$	$4,7 \pm 0,29^{0,1,2,3}$	$5,1 \pm 0,55^{0,1,2,3}$
FIM12	$0,1 \pm 0,03$	$0,2 \pm 0,07$	$1,3 \pm 0,14^{0,1}$	$3,2 \pm 0,44^{0,1,2}$	$4,0 \pm 0,57^{0,1,2}$	$5,3 \pm 0,26^{0,1,2,3,4}$
FIM13	$0,2 \pm 0,05$	$0,3 \pm 0,06$	$1,5 \pm 0,08^{0,1}$	$3,3 \pm 0,61^{0,1,2}$	$4,2 \pm 0,60^{0,1,2}$	$5,9 \pm 0,28^{0,1,2,3,4}$

4.2-таблицанын уландысы						
FIM14	0,2±0,06	0,2±0,04	0,3±0,07	1,4±0,09 ^{0,1,2}	1,9±0,11 ^{0,1,2,3}	2,2±0,41 ^{0,1,2,3}
FIM15	0,3±0,10	0,4±0,12	0,5±0,12	1,1±0,16 ^{0,1,2}	2,1±0,28 ^{0,1,2,3}	2,1±0,31 ^{0,1,2,3}
FIM16	0,3±0,07	0,3±0,05	0,4±0,06	1,3±0,26 ^{0,1,2}	1,7±0,33 ^{0,1,2}	2,6±0,39 ^{0,1,2,3,4}
FIM17	0,3±0,03	0,4±0,08	0,5±0,19	1,2±0,17 ^{0,1,2}	1,8±0,16 ^{0,1,2,3}	2,5±0,12 ^{0,1,2,3,4}
FIM18	0,5±0,23	0,7±0,14	0,8±0,22	1,6±0,28 ^{0,1,2}	2,3±0,24 ^{0,1,2,3}	2,4±0,19 ^{0,1,2,3}

Эскертүү: $^0p < 0,05$ заарасын кармай албай калуу белгилери жок бейтаптар менен салыштырганда; 1-даражадагы заара кармай албаган бейтаптарга салыштырмалуу $1p < 0,05$; 2-даражадагы заарасын кармай албай калуу менен жабыркагандарды салыштырганда $2p < 0,05$; 3-даражадагы заарасын кармай албай калуусу менен жабыркагандарды салыштырганда $3p < 0,05$; $4p < 0,05$ 4-даражадагы заарасын кармай албай калуу менен жабыркагандарды салыштырганда.

Функционалдык өз алдынчалык менен заара кармай албастыктын даражасынын ортосундагы байланышты карасаңыз, анда жалпысынан заара кармай албастыгы жок жана заарасын кармай албастыктын 1 жана 2-даражалары менен функционалдык өз алдынчалыктын профили принципалдуу түрдө айырмаланбайт, кыймыл активдүүлүгүн чагылдыруучу параметрлерди кошпогондо, – 2-даражада бул көрсөткүчтөр начар, бирок ошол эле учурда функционалдык көз карандысыздыгын камсыз кылуу алкагында болгон. Бирок заара кармай албоонун 3-даражасынан баштап, функционалдык өз алдынчалыктын профили бара-бара начарлап кеткен. Андан тышкары, өзгөрүүлөр клиникалык компоненттерге да (жамбаш органдарынын функцияларын көзөмөлдөө, кыймылдаткыч, менталдык бузулуулар ж.б.) жана клиникалык жана социалдык функцияларга (чечим кабыл алуу жана жүрүм-турумун көзөмөлдөө) таасирин тийгизген. Натыйжада, FIM шкаласы боюнча заараны кармай албоонун жалпы балл даражасын жогорулатуу менен көбөйдү.

Инконтиненция жок болгондо ал 3,9+1,4 баллды түздү, 1-даражадагы заараны кармай албай калганда олуттуу өзгөргөн жок ($p > 0,05$) жана 7,0+1,9 баллды түздү. 2-даражадагы заараны кармай албоонун жалпы көрсөткүчү 12,0+2,4 баллды түзүп, инконтиненция жок жана 1-даражадагы заараны кармай албаган бейтаптарга караганда бир кыйла жогору ($p < 0,05$) болсо да, өз алдынча иштөө зонасында калган. Бирок, заараны кармай албоонун 3-даражасынан баштап индикатор көз каранды иштөө зонасына өткөн: 3-даражада 40,3+2,2 баллды түзгөн ($p < 0,05$ заара кармай албаган жана 1 жана 1-даражасы бар бейтаптарга салыштырмалуу). заара чыгаруунун 2-даражасы), 4-даражада – 58,7+4,3 балл ($p < 0,05$ инконтиненция жок жана 1, 2, 3-даражадагы заараны кармай албаган бейтаптар менен салыштырганда), 5 даражада – 70,9+4,5 балл ($p < 0,05$ инконтиненция жок жана 1, 2, 3 жана 4-даражадагы заара кармай албаган бейтаптар менен салыштырганда).

5-бап. Улгайган аялдардын заара кармай албагандыгы үчүн гериатриялык жардамды уюштурууга болгон мамиленин негиздемеси.

Жогоруда көрсөтүлгөн маалыматтар 3-даражадагы заара чыгаруучу жана андан жогору оорулууларда кыймыл активдүүлүгүнүн бузулушу, психикалык көйгөйлөр, өзүн-өзү тейлөөдөгү көйгөйлөр, анын ичинде жеке гигиена, жамбаш органдарынын функцияларын көзөмөлдөө менен байланышкан клиникалык жана социалдык көйгөйлөрдүн комплекси бар экенин көрсөттү. Ошондуктан, мүмкүн болсо, заара чыгарууну коррекциялоо, эгерде андай болбосо, гигиенаны камсыздоо менен байланышкан көйгөйлөр узак мөөнөттүү колдоо системасынын комплекстүү чараларынын алкагында чечилиши керек. Ошондуктан, эрте гериатриялык кийлигишүүгө багытталган ишибизде, биз заара чыгаруунун 1 жана 2-даражалары үчүн иш-чараларды иштеп чыгууга басым жасадык.

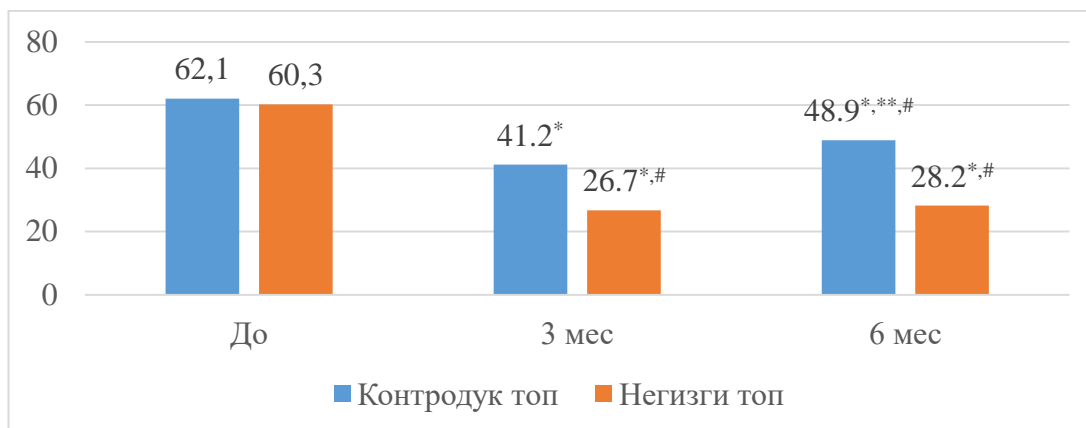
Заараны кармай албастыгынын 1 жана 2-даражаларында жана хирургиялык түзөтүү көрсөткүчтөрү жок болгон учурда (же каршы көрсөтмөлөрдөн улам хирургиялык дарылоону жүргүзүү мүмкүн болбосо, ошондой эле бейтап хирургиялык дарылоодон баш тартса) талап кылынган иш-чаралардын комплекси белгиленет, биз салттуу методдордон тышкары динамикалык жана саркопениялык процесстерди оңдоого жана алдын алууга багытталган чаралар менен толуктоолорду сунуштайбыз, алардын заара кармабай калышын күчөтүүдө ролу биздин изилдөөбүздө далилденген.

Биз кошумча иш-чаралардын төмөнкү спектрин сунуштайбыз:

- жеңил Кегель көнүгүүлөрү;
- бардык курактагы (2010, 2021-ж.) физикалык активдүүлүк боюнча ДСУнун Глобалдык сунуштарына ылайык аэробдук жана анаэробдук физикалык активдүүлүктүн режимдерин камсыз кылуу, ал эми аэробдук компонент, анын ичинде скандинавиялык басууну колдонуу менен жүзөгө ашырылат;
- пептиддик комплекстер менен толуктоо (IPN VGA жана IPN AGAA) жылына 2 жолу 2 ай.

Бул иш-чаралар, ошондой эле слинг жана башка операциялардан кийин реабилитация катары жана заара кармай албаган аялдарда динапения болгон учурда профилактикалык чаралар катары колдонулушу мүмкүн, анткени динапения инконтиненция коркунучу болуп саналат.

Биз сунуш кылган ыкмалар заара чыгаруучу функцияны олуттуу жакшыртууга жана заараны кармай албай калуунун көлөмүн азайтууга мүмкүндүк берди (5.1-сүрөт).



5.1-сүрөт – инконтиненция менен жабыркаган бейтаптарга гериатриканы киргизүү боюнча клиникалык-уюштуруу экспериментинин процессинде заараны кармай албай калуусунун көлөмү (мл).

Эскертүү: * $p < 0,05$ баштапкы деңгээли менен салыштырганда; ** $p < 0,05$ 3 айлык байкоо пунктундагы көрсөткүчтөрдүн маанилери менен салыштырганда; # $p < 0,05$ контролдук топтун көрсөткүчтөрүнүн маанилери менен салыштырганда.

Ошентип, 3 айдан кийин негизги жана контролдук топтордо (62,1 + 2,7 мл жана 60,3 + 2,5 мл) камтылбаган заара көлөмүнүн баштапкы бирдей көрсөткүчтөрү менен негизги (26,7 + 3,5 мл) жана контролдук (41,2 + 2,0 мл) топтордо да бул сумманын олуттуу ($p < 0,05$) төмөндөшүнө жетишилген, бирок натыйжалар негизги топто бир кыйла жакшыраак болгон ($p < 0,05$ - контролдук топтун көрсөткүчтөрү менен салыштырганда). Бейтаптарда бул таасир изилдөө башталгандан тартып алты айга чейин сакталган (28,2 + 4,0 мл), бирок контролдук топтогу бейтаптарда бул убакытка чейин 48,9 + 2,3 млге олуттуу регрессия байкалган (көрсөткүчтөрдүн маанилери менен салыштырганда $p < 0,05$). 3 айда $p < 0,05$ контролдук топтогу көрсөткүчтөр менен салыштырганда); Регрессияга карабастан, бул көрсөткүч дагы эле баштапкы маанилеринен жакшыраак болгонун белгилей кетүү керек, $p < 0,05$ баштапкы маанилерге салыштырмалуу).

Биз динамиканы булчундардын иштешинин абалын чагылдырган көрсөткүчтөрдүн динамикасы менен салыштырдык. Контролдук топто кисталык динамометриянын көрсөткүчтөрү өзгөрүүгө учураган эмес ($p > 0,05$). Негизги топто, тескерисинче, олуттуу динамика байкалган. Жетектөөчү колдун көрсөткүчтөрү байкоо башталганга чейин, 3 жана 6 айда тиешелүүлүгүнө жараша 27,8+2,2, 35,4+2,0 (базалык көрсөткүчтөр менен салыштырганда $p < 0,05$, контролдук топтун көрсөткүчтөрүнө салыштырмалуу $p < 0,05$) жана 34,9+1,9 кг (базалык көрсөткүчтөр менен салыштырганда $p < 0,05$, контролдоо топтордун маанилери менен салыштырганда $p < 0,05$). Басымдуулук кылуучу колдону көрсөткүчтөрү байкоо башталганга чейин, 3 жана 6 айларда тиешелүүлүгүнө жараша 23,0+1,5, 28,1+2,1 (базалык көрсөткүчтөр менен

салыштырганда $p < 0,05$, контролдук топтун көрсөткүчтөрүнө салыштырмалуу $p < 0,05$) жана $28,0 \pm 2,1$ кг (базалык көрсөткүчтөр менен салыштырганда $p < 0,05$, контролдук топтун маанилери менен салыштырганда $p < 0,05$). Жалпы көрсөткүч байкоо башталганга чейин, 3 жана 6 айларда тиешелүүлүгүнө жараша, $50,8 \pm 1,8$, $63,5 \pm 2,1$ (базалык көрсөткүчтөр менен салыштырганда $p < 0,05$, контролдук топтун көрсөткүчтөрүнө салыштырганда $p < 0,05$) жана $62,9 \pm 2,0$ кг (базалык көрсөткүчтөрдү $p < 0,05$, $p < 0,05$ контролдук топтун көрсөткүчтөрү менен салыштырганда). Демек, биз сунуш кылган чаралар үчүнчү айга чейин булчуңдардын иштешин олуттуу жакшыртууга жетишүүгө мүмкүндүк берген жана бул таасир байкоонун алтынчы айында да сакталган. Бул маалыматтар негизги топто ЗКСтин оордугун азайтуу жагынан оң клиникалык динамикасынын мүнөзү менен байланышта болгон.

Алты мүнөттүк басуу тести менен аныкталган жалпы физикалык активдүүлүк контролдук топто эч кандай өзгөрүүгө дуушар болгон эмес ($p > 0,05$). Индикаторлор байкоо башталганга чейин, 3 жана 6 айда $365,8 \pm 8,2$, $370,4 \pm 6,1$ жана $380,1 \pm 7,3$ м болгон. Негизги топтогу көрсөткүч, тескерисинче, байкоо башталганга чейин 3 жана 6 айда олуттуу динамикага дуушар болгон: тиешелүүлүгүнө жараша $368,2 \pm 7,5$, $401,5 \pm 6,3$ (базалык көрсөткүчтөр менен салыштырганда $p < 0,05$, контролдук топтун көрсөткүчтөрү менен салыштырганда $p < 0,05$) жана $428,5 \pm 9,4$ м (баштапкы көрсөткүчтөр менен салыштырганда ($p < 0,05$, $p < 0,05$ боюнча көрсөткүчтөр менен салыштырганда) 3 ай, $p < 0,05$ контролдук топтогу көрсөткүчтөр менен салыштырганда) түздү. Биз сунуш кылган чаралар үчүнчү айда жалпы физикалык активдүүлүктүн бир кыйла жакшырышына жетишүүгө, ал эми алтынчы айда аны мындан ары жогорулатууга мүмкүндүк берди. Мунун баары психологиялык абалга оң таасирин тийгизген (5.2-таблица).

5.2-таблица – Заара кармай албаган бейтаптарды гериатриялык башкаруу боюнча клиникалык жана уюштуруучулук эксперименттин жүрүшүндө HADS шкаласы (балдары) боюнча психологиялык абалдын көрсөткүчтөрү

Субшкала	Контролдук топ			Негизги топ		
	чейин	3 ай.	6 ай	чейин	3 ай	6 ай
A-HADS	$9,5 \pm 0,6$	$5,2 \pm 0,5^*$	$5,6 \pm 0,7^*$	$9,7 \pm 1,0$	$5,4 \pm 0,4^*$	$5,2 \pm 0,7^*$
D-HADS	$10,9 \pm 1,1$	$7,2 \pm 0,4^*$	$7,0 \pm 0,4^*$	$11,1 \pm 1,3$	$7,3 \pm 0,6^*$	$5,5 \pm 0,4^{*,**,\#}$

Эскертүү: * $p < 0,05$ базалык көрсөткүчкө салыштырмалуу; ** $p < 0,05$ 3 айлык байкоо пунктундагы көрсөткүчтөрдүн маанилери менен салыштырганда; # $p < 0,05$ контролдук топтун көрсөткүчтөрүнүн маанилери менен салыштырганда.

Ошентип, салттуу ыкма да, биз сунуш кылган ыкма да бейтаптарды субклиникалык тынчсыздануу зонасын нормалдуу маанилик зонасына алып келди. Депрецияга келе турган болсок, кадимки ыкма бейтаптарды

клиникалык мааниге ээ болчу чектен чыгарды жана субклиникалык депрессия 3 айда нормалык чекте болуп, бул натыйжа 6 айчейин сакталды. Биз сунуш кылган ыкма ошондой эле бейтаптарды клиникалык маанилүү жана субклиникалык депрессиянын чегинен үчүнчү айга жана алтынчы айга чейин нормалдуу жана субклиникалык депрессиянын чегине жеткирди, бирок салттуу ыкмадан айырмаланып, психологиялык абалдын көрсөткүчтөрүн дагы жакшыраак жогорулатты жана бейтаптарды нормалдуу маанилик зонага алып келди.

КОРУТУНДУ

1. Инконтиненциянын таралышы булчуңдардын функциясынын начарлашы менен булчуңдардын нормалдуу иштеши бар 100 аялга 57,9 учурдан, динапения менен ооруган 100 аялга 86,6 учурга жана саркопения менен ооруган 100 аялга 97,5 учурга чейин өсөт, ошол эле кезде булчуңдардын иштеши жана инконтиненция синдрому, жаш курактын жогорулашынан начар клиникалык прогноздун коркунучун жогорулаткан фактор болуп саналат.

2. Булчуңдардын иштешинин бузулушунун даражасынын жогорулашы менен заара кармай албастык дңгээли күчөйт, бул заараны кармай албоонун так көлөмүндө көрүнөт ($p < 0,05$): булчуңдардын нормалдуу иштешинде бул сумма $60,9 \pm 7,2$ мл болсо, анда динапенияда $113,4 \pm 8,1$ млге жетет (булчуңдардын нормалдуу иштеши бар бейтаптарга салыштырмалуу $p < 0,05$), ал эми саркопенияда – $172,7 \pm 8,2$ мл ($p < 0,05$ булчуң функциясы нормалдуу бейтаптарга салыштырмалуу; $p < 0,05$ менен динапения ооруган бейтаптарга салыштырмалуу).

3. Булчуңдардын нормалдуу иштеши менен заара кармай албаган жана динапения менен жабыркаган бейтаптарда функционалдык көз карандысыздыктын профилинен кыймылдын аспектилерин чагылдырган позициялар боюнча гана айырмаланат ($p < 0,05$) жана жамбаштын функцияларын көзөмөлдөөнү чагылдырган позицияларда, ошондой эле когнитивдик- психологиялык жана социалдык аспектилерде айырмаланбайт ($p < 0,05$); жалпысынан, динапения менен ооруган бейтаптардагы көрсөткүчтөр функционалдык көз карандысыздыкты камсыз кылуунун чегинен чыкпайт, ал эми саркопениясы бар бейтаптарда алар функционалдык көз карандысыздыкты жоготуу зонасында болушат.

4. Заараны кармай албаган бейтаптарга дина жана саркопендик звеного багытталган сунушталган гериатрикалык ыкманы киргизүү салттуу ыкмага салыштырганда инконтиненциянын патогенезин камсыздап, аялдарда гериатрикалык алдын алуу жана калыбына келтирүүнүн таргеттик чараларына кыйла айкын таасир берет.

5. Биз иштеп чыккан комплекстүү чараларды киргизүүнүн натыйжасында заара кармай албастыктын санын $60,3 \pm 2,5$ тен $28,2 \pm 4,0$ млге чейин айкын ($p < 0,05$) төмөндөтүү менен шарттаган заара бөлүп чыгаруу функциясын сезилерлик оңдоп, ошондой эле нормалдуу мааниге чейин тынчсыздануу жана депрессиянын деңгээлин нормалдаштыруу боюнча психологиялык статусту жакшыртты.

ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАР

1. 3-даражадагы жана андан жогорку даражадагы заарасын кармай албаган бейтаптарда функционалдык көз карандылыктын даражасын жана узак мөөнөттүү кам көрүүнүн зарылдыгын аныктоо үчүн кенири комплекстүү гериатриялык текшерүүдөн өтүшү керек.

2. Заара кармай албастыктын 1 жана 2-даражалары үчүн заара кармай албаган бейтаптарды башкаруунун заманбап стратегияларын дина жана саркопениялык процесстерди коррекциялоого жана алдын алууга багытталган чаралар менен толуктоо максатка ылайык: жеңил Кегель көнүгүүлөрү; ДССУнун бардык курактагы физикалык активдүүлүк боюнча Глобалдык колдонмолоруна ылайык аэробдук жана анаэробдук физикалык активдүүлүк режимдерин камсыз кылуу (2010, 2021-ж. түзөтүүлөр менен), аэробдук компонентти жүзөгө ашыруу, анын ичинде скандинавтык басууну колдонуу менен; пептиддик комплекстер менен толуктоо (мисалы, IPH VGA жана IPH AGAA).

3. Динапения жана саркопениялык процесстерди коррекциялоого жана алдын алууга багытталган чаралар (2-пунктта көрсөтүлгөн) слингден жана башка операциялардан кийин реабилитациялоо катары жана инконтиненция жок аялдарда жаш курактын өтүшү менен булчуңдардын алсызданышында алдын алуу катары колдонулушу мүмкүн, анткени динапениянын болушу заара кармай албоонун коркунуч фактору болуп саналат.

4. Заара кармай албаган бейтаптарда гериатриялык алдын алуу жана реабилитациялык иш-чаралардын натыйжалуулугун баалоодо «SeniControle» мобилдик тиркемесин, карпалдык динамометриянын индикаторлорун, HADS шкаласы боюнча тынчсыздануу жана депрессиянын деңгээлин, FIM шкаласы боюнча функционалдык көз карандысыздык даражасын, ошондой эле заара кармабай албоонун көлөмүн динамикалык баалоо максатка ылайыктуу.

5. Аялдардагы заара кармабоо синдромун гериатриялык профилактикалоо жана реабилитациялоо боюнча иштелип чыккан ыкмалар эркектердин бул абалын анын калыптануусунун гендердик өзгөчөлүктөрүнө ылайыкташтырылган башкарууда да колдонулушу мүмкүн.

ДИСЕРТАЦИЯНЫН ТЕМАСЫ БОЮНЧА ЖАРЫККА ЧЫККАН ЭМГЕКТЕРДИН ТИЗМЕСИ:

1. **Нурпеисова, А.** Недержание мочи у женщин как гериатрический синдром: современные аспекты эпидемиологии, проявлений, тактика ведения [Текст] / А. Нурпеисова, С. Горелик // Врач. – Москва, 2020. - № 1. – С. 34-37; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-01-06>

2. Нутритивная поддержка как основа коррекции преждевременного старения [Текст] / [К. И. Прощаев, Э. Е. Сатардинова, М. А. Покачалова и др.] Лихтинова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – Москва, 2020. – № 1. – С. 69-81; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://healthproblem.ru/magazines?text=436> (дата обращения: 27.12.2023).

3. Протективные свойства пептида IPH LGA в отношении возрастного андрогенного дефицита как модели нарушения гормонального фона у мужчин [Текст] / [И. П. Почитаева, Е. И. Рыжкова, Е. В. Крохмалева и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – Москва, 2023. – № 2. – С. 359-372; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://healthproblem.ru/magazines?text=1034> (дата обращения: 27.12.2023).

4. Цитопротекторные свойства пептида IPH VGA в отношении мочевого пузыря [Текст] / [С. В. Понкратов, Е. В. Крохмалева, Ю. В. Манеров и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – Москва, 2023. – №3. – С. 444-455; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://healthproblem.ru/magazines?text=1098> (дата обращения: 27.12.2023).

5. Эпидемиологический показатель как ординар в геронтологии [Текст] / [У. Р. Сагинбаев, С. А. Рукавишникова, Т. А. Ахмедов и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – Москва, 2023. – № 4. – С. 581-592; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://healthproblem.ru/magazines?text=1182> (дата обращения: 27.12.2023).

Нурпеисова Анар Елубаевнанын «Заараны кармай албастык синдромунун гериатриялык аспекти» деген темадагы 14.01.30 – геронтология жана гериатрия адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын алуу үчүн жазылган диссертациясынын

РЕЗЮМЕСИ

Негизги сөздөр: заара кармай албастык синдрому, гериатриялык синдромдор, улгайган бейтаптар.

Изилдөөнүн максаты: Улгайган аялдардын заара кармай албастык синдрому боюнча гериатриялык жардам көрсөтүү ыкмаларын иштеп чыгуу.

Изилдөөнүн объекти: 601 аял (60 жаштан 74 жашка чейин, орточо жашы 68,0+3,9 жаш) ар кандай даражадагы заара чыгаруунун дисфункциясы менен; 132 бейтап (жашы 60 жаштан 74 жашка чейин, орточо жашы 67,3+3,8 жаш) 1-2 даражадагы заара камай албай албоо жана динапения менен. Контролдоо топко (62 адам) салттуу хирургиялык эмес иш-чаралар, ал эми негизги топко (70 адам) иштин текстинде баяндалган иштелип чыккан ыкмалар менен толукталган иш-чаралар киргизилген.

Изилдөөнүн предмети: заараны кармабоо синдрому менен ооруган улгайган аялдардын таралышын жана функционалдык өз алдынчалыгын изилдөө, бул синдромдун өнүгүшүнө жана прогрессине дина- жана саркопениялык процесстердин салымы.

Изилдөө ыкмалары: келечектүү, жалпы клиникалык, инструменталдык жана статистикалык методдор.

Алынган натыйжалар жана алардын илимий жаңылыгы. Башка гериатриялык синдромдордун алгачкы көрүнүштөрүнөн баштап, гериатриялык каскаддын калыптануу алкагында инконтиненциянын оордугуна жана кесепетине жараша байланышын изилдөө үчүн биринчи жолу изилдөө жүргүзүлдү. Биринчи жолу заара кармай албаган бейтаптардагы функционалдык өз алдынчалыктын профилдери анын оордугуна жана булчуңдардын иштешинин абалына жараша изилденген. Заараны кармай албоо саркопения менен айкалышканда функционалдык профиль функционалдык көз карандысыздыкты жоготууга туура келет. Биринчи жолу маанилүү патогенетикалык байланыш катары дина- жана саркопендик процесстердин өнүгүшүнө жана өөрчүсүнө жол бербөөгө багытталган гериатриялык профилактиканын жана реабилитациянын максаттуу чаралары менен аялдардын инконтиненциясын дарылоонун кадимки стратегияларын толуктоо үчүн заара кармай албастыктын өөрчүшүндө илимий негизделген ыкмалар сунушталды.

Колдонуу даражасы же пайдалануу боюнча сунуштар. Иштин жүрүшүндө алынган негизги корутундулар жана сунуштар урологияда жана күнүмдүк клиникалык гериатриялык практикада, ошондой эле окуу процессинде жана илимий изилдөөдө колдонулушу мүмкүн.

Колдонуу чөйрөсү: гериатрия, урология, үй-бүлөлүк дарыгерлер.

РЕЗЮМЕ

диссертации Нурпеисовой Анар Елубаевны на тему: «Гериатрические аспекты синдрома недержания мочи» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.30 – геронтология и гериатрия

Ключевые слова: синдром недержания мочи, гериатрические синдромы, пожилые пациенты.

Цель исследования: Разработать подходы к оказанию гериатрической помощи при синдроме недержания мочи у женщин пожилого возраста.

Объект исследования: 601 женщина (возраст от 60 до 74 лет, средний возраст $68,0 \pm 3,9$ года) с различными степенями нарушения функции мочеиспускания; 132 пациентки (возраст от 60 до 74 лет, средний возраст $67,3 \pm 3,8$ года) с 1-2 степенями недержания мочи и динапенией. Контрольная группа (62 чел.) получали мероприятия традиционного нехирургического ведения и основная группа (70 чел.) – мероприятия, дополненные разработанными подходами, которые изложены в тексте работы.

Предмет исследования: изучение распространенности и функциональной независимости пожилых женщин с синдромом недержания мочи, вклад дина- и саркопенических процессов в развитие и прогрессирование данного синдрома.

Методы исследования: проспективные, общеклинические, инструментальные и статистические методы.

Полученные результаты и их новизна. Впервые проведено исследование по изучению взаимосвязи инконтиненции в зависимости от ее тяжести и выраженности в рамках формирования гериатрического каскада, начиная с ранних проявлений других гериатрических синдромов. Впервые изучены профили функциональной независимости у пациенток с инконтиненцией в зависимости от ее тяжести и от состояния мышечной функции. При инконтиненции в сочетании с саркопенией функциональный профиль соответствует потере функциональной независимости. Впервые предложены научно обоснованные подходы к дополнению традиционных стратегий лечения инконтиненции у женщин таргетными мероприятиями гериатрической профилактики и реабилитации, направленных на предупреждение развития и прогрессирования дина- и саркопенических процессов как важного патогенетического звена в прогрессировании инконтиненции.

Степень использования или рекомендации по использованию. Основные выводы и рекомендации, полученные в процессе работы, могут быть использованы в урологии и в повседневной клинической гериатрической практике, а также в учебном процессе и научных исследованиях.

Область применения: гериатрия, урология, семейные врачи.

SUMMARY

of the dissertation by Nurpeisova Anar Elubaevna on the topic: “Geriatric aspects of urinary incontinence syndrome” for the degree of candidate of medical sciences in specialty 14.01.30 - gerontology and geriatrics

Key words: urinary incontinence syndrome, geriatric syndromes, elderly patients.

Purpose of the study: To develop approaches to providing geriatric care for urinary incontinence syndrome in elderly women.

Object of study: 601 women (age from 60 to 74 years, average age 68.0 ± 3.9 years) with varying degrees of urinary dysfunction; 132 patients (age from 60 to 74 years, average age 67.3 ± 3.8 years) with 1-2 degrees of urinary incontinence and dynapenia. The control group (62 people) received measures of traditional non-surgical management, and the main group (70 people) received measures supplemented with developed approaches, which are set out in the text of the work.

Subject of research: study of the prevalence and functional independence of elderly women with urinary incontinence syndrome, the contribution of dynamic and sarcopenic processes to the development and progression of this syndrome.

Research methods: prospective, general clinical, instrumental and statistical methods.

Research finding and their novelty. For the first time, a study was conducted to study the relationship of incontinence depending on its severity and severity within the framework of the formation of the geriatric cascade, starting with the early manifestations of other geriatric syndromes. For the first time, the profiles of functional independence in patients with incontinence were studied depending on its severity and the state of muscle function. When incontinence is combined with sarcopenia, the functional profile corresponds to a loss of functional independence. For the first time, scientifically based approaches have been proposed to complement traditional strategies for the treatment of incontinence in women with targeted measures of geriatric prevention and rehabilitation aimed at preventing the development and progression of dynamic and sarcopenic processes as an important pathogenetic link in the progression of incontinence.

Extent of use or recommendations for use. The main conclusions and recommendations obtained during the work can be used in urology and in everyday clinical geriatric practice, as well as in the educational process and scientific research.

Area of application: geriatrics, urology, family doctors.



Кагаздын форматы 60 х 90/16. Көлөмү 1,5 б.т.
Кеңсе кагазы. Тиражы 50 нуска.
«Соф Басмасы» ЖЧК тарабынан басылып чыкты.
720020, Бишкек ш., Ахунбаева көч., 92