[19] Hu JS, Pierre EF. Urinary incontinence in women: Evaluation and management. Am Fam Physician. 2019;100(6):339–48.
[20] Alhamoud MAS, Julaih FA, Al-Aqil HDH, Almalki NAS, Alharthi FAG, Alghamdi AA, et al. The prevalence and risk factors of stress urinary incontinence among women in Saudi Arabia: A systematic review and meta-analysis. Healthcare. 2024;12(23):2440. DOI: 10.3390/healthcare12232440
[21] Jensen LCG, Boie S, Axelsen S. International consultation on incontinence questionnaire – urinary incontinence short form (ICIQ-UI SF): Validation of its use in a Danish speaking population of municipal employees. PLoS One. 2022;17(4):e0266479. DOI: 10.1371/journal.pone.0266479

Кыргызстандын түштүгүндөгү аялдардын заарасынын кармабай калуусу

Гулжамал Субанова
Медицина илимдеринин кандидаты, доценти
Ош мамлекеттик университети
723500, Алымбек датка көч., 331, Ош ш., Кыргыз Республикасы
https://orcid.org/0000-0003-1003-678X
Чолпон Стакеева
Медицина илимдеринин доктору, бөлүм башчы
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
720020, Ахунбаев көч., 92, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы
https://orcid.org/0000-0002-2854-5956
Наргиза Субанова
Ассистенти
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
720020, Ахунбаев көч., 92, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы
https://orcid.org/0000-0003-1455-7902
Эрзамат Ырысбаев
Ассистенти
Ош мамлекеттик университети
723500, Алымбек датка көч., 331, Ош ш., Кыргыз Республикасы
https://orcid.org/0000-0003-0476-2654
Азамат Ырысбаев
Ассистенти
Эл аралык Европа Университети
720075, Ауэзов көч., 6/2, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы
https://orcid.org/0009-0009-4978-994X
Гулнур Жолдошбекова
Ассистенти
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
720020, Ахунбаев көч., 92, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы
https://orcid.org/0000-0002-7601-8544
Айбек Маткеримов
Директор
Сузак районундагы Алийма Ташиева атындагы Эне жана баланы коргоо борбору
715650, Аманбай Жолоев көч., 41/1, Чокмор а., Кыргыз Республикасы
https://orcid.org/0009-0007-9721-7300

Корутунду. Бул изилдөөнүн максаты Кыргыз Республикасынын түштүк региондорунда (Ош, Баткен жана Жалал-Абад облустары) жашаган 35 жаштан жогору аялдар арасында уринардык инконтиненциянын таралышын, клиникалык-эпидемиологиялык өзгөчөлүктөрүн жана негизги тобокелдик факторлорун аныктоо болуп саналат. Изилдөө кросс-секциондук дизайнда жүргүзүлүп, сандык жана сапаттык ыкмаларды камтыган аралаш методология колдонулган. Изилдөөгө 35 жаштан жогору 404 аял катышкан (орточо жашы – 41,9 ± 6,6 жаш). Маалыматтарды чогултуу ICIQ-SF стандартизделген суроо барагы, клиникалык кароо, акушердик-гинекологиялык жана соматикалык анамнезди талдоо аркылуу жүргүзүлгөн. Статистикалык иштетүү сүрөттөөчү статистика жана χ^2 критерийи менен ассоциацияларды баалоону камтыган; $p < 0,05$ маанилүү деп эсептелген. Кыргызстандын түштүк региондорунда изилдөөгө катышкан аялдардын 55,7%ында төрт жана андан көп төрөт болгон, ошондой эле метоболикалык бузулуулардын көрсөткүчү болгон ашыкча салмак же семирүү 43,6%ында аныкталган. Заара-жыныс системасынын инфекциялары кеңири тараган: цистит – 35,2%, пиелонефрит – 25,7%, уретрит – 7,8%. Уринардык

инконтиненциянын белгилери аялдардын 18,9%ында катталган. Климаттык стресстин туруктуу таасири уринардык жана репродуктивдик ден соолуктун начарлашы менен статистикалык жактан маанилүү байланышта экени аныкталган ($\chi^2 = 66,5$; $p < 0,001$). Кыргызстандын түштүк региондорунда 35 жаштан жогору аялдарда уринардык инконтиненциянын өнүгүшү жогорку паритет, төрөттөн кийинки жараттар, ашыкча салмак, заара-жыныс инфекциялары жана климато-географиялык жагымсыз шарттар менен байланышкан. Алынган жыйынтыктар тобокелдик тобундагы 35 жаштан жогорку аялдар үчүн, жашаган аймагына ылайыкташтырылган, аталган көйгөйдүн эрте аныктоо алгоритминин иштеп чыгуу менен бирдикте, профилактика жана комплекстүү көзөмөл программаларын киргизүүнүн зарылдыгын көрсөтөт

Негизги сөздөр: жамбаш түбүнүн дисфункциясы; көп төрөттүүлүк; ашыкча салмак жана семирүү; заара-жыныс инфекциялары; климаттык стресс; аялдардын репродуктивдик ден соолугу

Кириш сөз

Зааранын кармабай калуусу (уринардык инконтиненция, УИ) – 35 жаштан жогору аялдар арасында кеңири тараган, көп учурда айтууга уялып жашырылган, бирок олуттуу коомдук-медициналык көйгөй катары каралат. I. Gulamov *et al.* [1] айтымында, заара-жыныс системасынын оорулары калк арасында оорунун өсүшүнө жана өлүм көрсөткүчтөрүнүн жогорулашына алып келген негизги себептердин бири болуп саналат. Бул патологиялар эмгекке жарамдуулуктун төмөндөшүнө, репродуктивдик функциянын бузулушуна жана жашоо сапатынын олуттуу начарлашына шарт түзөт. Көптөгөн илимий булактарда заара-жыныс системасынын оорулары таралышынын кескин өсүшү менен мүнөздөлгөн, ошол эле учурда бейтаптардын жашоо сапатын олуттуу төмөндөтүүчү оорулардын категориясына кирери белгиленет. Кыргызстандын түштүк аймагы (Ош, Баткен, Жалал-Абад) социалдык-демографиялык, этникалык жана климаттык өзгөчөлүктөргө ээ болгон регион болуп саналат.

T. Kurmanbekov *et al.* [2] изилдөөлөрдүн негизинде, заара кармабай калуунун (уринардык инконтиненциянын) пайда болушу көп факторлордун айкалышы менен түшүндүрүлөт. Аларга биологиялык, медициналык, социалдык жана климаттык-географиялык шарттарга байланыштуу комплексдүү таасир этет. H. Mostafaei *et al.* [3] маалыматында, ар кайсы өлкөлөрдө заара кармабай калуунун таралышы олуттуу айырмаланып, Нигерияда 2,8%дан Иранда 57,7%га чейин жетери аныкталган. Жалпы таралышы орточо 25,7%ды түзөт. Заара кармабай калуунун стресстик, императивдик жана аралаш формалары тиешелүүлүгүнө жараша болжол менен 12,6%, 5,3% жана 9,1% деңгээлинде катталган.

Көп жолу төрөгөн аялдарда, айрыкча үч жана андан көп жолу төрөгөн учурларда, ошондой эле оор жана узакка созулган төрөт процессинде пайда болгон акушердик жаракаттар жамбаш түбүнүн булчуңдарынын функционалдык алсырашына олуттуу өбөлгө түзөт. S.J. Woodley *et al.* [4] маалыматтарына таянсак, төрөт учурунда жамбаш түбүнүн булчуңдары жана байламталары жогорку механикалык жүктөмгө дуушар болуп, алардын ашыкча созулушу, микро- жана макрожаракаттар, нерв-байламта аппараттарынын жабыркашы байкалат. Айрыкча салмагы чоң баланы төрөө же оперативдик акушердик кийлигишүүлөр (узакка созулган төрөт, эпизиотомия, вакуум-экстракция) жамбаш түбүнүн анатомиялык бүтүндүгүнүн бузулушуна алып келип, булчуңдардын тонусунун жана колдоочу функциясынын төмөндөшүнө шарт түзөт. Кайталанган төрөттөрдө бул процесстер кумулятивдүү мүнөзгө ээ болуп, жамбаш түбүнүн структуралык жана функционалдык калыбына келүүсү толук ишке ашпай калат. Натыйжада жамбаш түбүнүн булчуңдарынын алсырашынан улам зааранын кармап туруу механизмдери бузулуп, уринардык инконтиненциянын жана башка жамбаш түбү дисфункцияларынын өнүгүү коркунучу кыйла жогорулайт.

Жаш өткөн сайын жамбаш түбүнүн булчуңдарынын табигый тонусу жана эластикалуулугу акырындап төмөндөп, табарсыкты жана уретраны кармап туруучу булчуң-байламта түзүмдөрүнүн механикалык туруктуулугу начарлайт. Ал эми, P. Rostami *et al.* [5] маалыматтарына таянсак, бул процесс карылыкка байланышкан дегенеративдик өзгөрүүлөр, булчуң ткандарынын атрофиясы жана коллаген түзүлүшүнүн сапаттык өзгөрүшү менен коштолот. Натыйжада жамбаш түбүнүн колдоочу функциясы алсырап, ич көңдөйүндөгү басым жогорулаган учурда (жөтөлүү, күлүү, оор көтөрүү) заараны кармап туруу механизми бузулат. Семирүү ич көңдөйүндөгү басымдын туруктуу жогорулашы менен мүнөздөлүп, табарсыкка жана уретрага кошумча механикалык күчтүн үзгүлтүксүз таасирин жаратат. I. Milsom & M. Gyhagen [6] изилдөөсүнүн негизинде, ич көңдөйүндөгү басымдын жогору болушу жамбаш түбүнүн булчуңдарына жана байламта аппараттарына кошумча жүктөм түшүрүшү менен алардын колдоочу функциясын алсыратат. Натыйжада табарсыкты физиологиялык абалда кармап туруу механизми бузулуп, уретранын жабылыш басымы төмөндөйт. Мындан тышкары, семирүү метаболикалык жана гормоналдык бузулуулар менен коштолуп, булчуң ткандарынын тонусунун төмөндөшүнө, нерв өткөрүмдүүлүгүнүн

начарлашына жана ткандардын микроциркуляциясынын бузулушуна алып келет. Абдоминалдык семирүү өзгөчө коркунучтуу болуп, жөтөлүү, чүчкүрүү же физикалык күч келтирүү учурунда ич көңдөйүндөгү басымдын кескин жогорулашын шарттайт. Бул факторлордун жыйындысы уринардык инконтиненциянын, айрыкча стресстик формасынын өнүгүү коркунучун олуттуу жогорулатат жана клиникалык белгилеринин оорлугуна түздөн-түз таасир этет.

Кыргыз Республикасынын Улуттук статистика комитетинин малыматында айтылгандай, бүгүнкү күндө бир катар авторлор тоолуу аймактардагы климаттык шарттарга байланыштуу эрте картаюуну белгилешет. P.A. Alayyannur & D.H. Ramdhan [7] маалыматы боюнча айларында температуранын 36-42°C чейин көтөрүлүшү организмдин суусуздануусуна жана табарсыктын кыжырдануусуна алып келет.; Сууну жетишсиз ичүү жана минералдашкан суунун (айрыкча кальций жана сульфат курамы жогору) керектелиши бөйрөк жана табарсык функцияларына кошумча күч түшүрөт. Тоолуу рельеф күнүмдүк жашоодо физикалык стрессти көбөйтүп, булчуң-байламта системасына туруктуу механикалык күч келип турушуна себеп болот. Изилдөөнүн максаты – Кыргызстандын түштүк регионунда (Ош, Баткен, Жалал-Абад облустары) жашаган 35 жаштан жогору аялдар арасында уринардык инконтиненциянын таралышын, клиникалык-эпидемиологиялык өзгөчөлүктөрүн жана негизги тобокелдик факторлорун аныктоо болуп саналат.

Материалдар жана методдор

Бул изилдөө кросс-секциондук же кесилиштик байкоо дизайнында жүргүзүлүп, сандык жана сапаттык ыкмаларды камтыган аралаш методологиялык мамиле колдонулган. Мындай дизайн уринардык инконтиненциянын таралышын комплекстүү баалоого, ошондой эле Кыргыз Республикасынын түштүк аймактарында жашаган 35 жаштан жогору аялдар арасында бул абалга байланышкан клиникалык-эпидемиологиялык жана социалдык-демографиялык факторлорду аныктоого багытталган. Изилдөө Кыргыз Республикасынын Ош, Баткен жана Жалал-Абад облустарында амбулатордук жана баштапкы медициналык-санитардык жардам көрсөтүү шарттарында жүргүзүлгөн. Изилдөөгө 35 жаштан жогору 404 аял тартылган. Катышуучулардын орточо жаш курагы 41,9 ± 6,6 жашты түзгөн. Тандоо контингенти аймактык таандыктыкты жана медициналык жардамдын жеткиликтүүлүгүн эске алуу менен кокустук тандоо ыкмасы аркылуу түзүлгөн.

Изилдөөгө киргизүү критерийлери төмөнкүлөр болгон: аял жынысы, жаш курагы 35 жаштан жогору болушу, изилденип жаткан аймакта кеминде 5 жыл туруктуу жашоосу жана изилдөөгө катышууга ыктыярдуу макулдугунун болушу. Изилдөөдөн чыгаруу критерийлерине төмөнкүлөр кирген: сурамжылоо жүргүзүлгөн учурда кош бойлуулук, жамбаш органдарынын залалдуу шишиктери, оор неврологиялык оорулар, ошондой эле курч инфекциялык абалдар. Изилдөө эки этапта жүргүзүлгөн. Биринчи этапта уринардык инконтиненциянын жана жамбаш түбүнүн дисфункцияларынын эрте белгилерин аныктоо максатында кросс-секциондук ыкма колдонулуп, Кыргыз Республикасынын түштүк аймагында (Ош шаары жана Ош облусунун райондору,Баткен районун Айдеркен шаары, Жалал-Абад облустунун Майли -Суу шаары) жашаган 35 жаштан жогору аялдар арасында сурамжылоо жүргүзүлүп, өз алдынча анкета толтурулган. Сурамжылоо анкеасы төмөндөгү суроолордон турган: 1) Аялдардын төрөт саны; 2) Өз мөөнөтүндөгү жана мөөнөтүнөн мурдагы төрөттөрдүн катышы; 3) Төрөт жолдорунун түрү; 4) Төрөттөн кийинки негизги оорулардын татаалдашуусунун жыштыгы; 5) Дене салмагынын индекси категориясы. Сурамжылоого жаш курагы 35 жаштан жогору болгон аялдар тартылган. Бардык катышуучулар заара кармабай калуунун белгилерин, жамбаш түбүнүн функционалдык абалын жана бул абалдын жашоо сапатына тийгизген таасирин баалоо үчүн адаптацияланган стандартизделген суроо барагын өз алдынча толтурушкан. Сурамжылоо инструменти эл аралык практикада кеңири колдонулган, заара кармабай калуунун бар экенин, анын жыштыгын, оордугун жана жашоо сапатына тийгизген таасирин баалоо максатында ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form) негизинде иштелип чыгып, изилдөөнүн максаттарына ылайыкташтырылып жасалган. Мындан тышкары, социалдык-демографиялык маалыматтарды, акушердик-гинекологиялык анамнезди (төрөттөрдүн саны жана жыйынтыгы, төрөт жолдору, төрөттөн кийинки татаалдашуулар), соматикалык абалды, заара-жыныс системасынын инфекцияларын жана климаттык жана физикалык жүктөмдөргө субъективдүү баа берүүнү камтыган автордук анкета пайдаланылган. Климаттык факторлорду баалоо респонденттердин өз алдынча билдирүүлөрүнө негизделип, жашаган аймактагы климаттын мүнөзү, экстремалдуу температуралардын (ысык, суук, температуранын кескин өзгөрүшү) таасирине дуушар болуу жыштыгы жана климаттык шарттардын жалпы жана репродуктивдик ден соолукка тийгизген таасири боюнча субъективдүү баалоолор эске алынган.

Изилдөөнү жүргүзүү техникасы стандарттуу гинекологиялык кароо эрежелерине ылайык аткарылган. Кароо кадимки гинекологиялык креслодо, жетиштүү жарыктандыруу шартында жана стерилдүү колкаптарды колдонуу менен жүргүзүлгөн. Алгач сырткы жыныс органдарына визуалдык баа

берилген, андан кийин атайын гинекологиялык кароого өтүлгөн. Бардык диагностикалык жана клиникалык процедуралар биоэтикалык принциптерди сактоо менен, катышуучулардын маалымдалган ыктыярдуу макулдугу алынгандан кийин жүргүзүлгөн. Изилдөөнүн клиникалык бөлүгүндө антропометриялык көрсөткүчтөр (бой, салмак) өлчөнүп, алардын негизинде дене салмагынын индекси (ДСИ, кг/м^2) эсептелген жана Бүткүл дүйнөлүк саламаттык сактоо уюмунун сунуштарына ылайык классификацияланган. Изилдөөгө катышкан 35 жаштан жогору аялдардын ичинен 310 аял BMI көрсөткүчүн көрсөтүшкөн. Зарыл учурларда катышуучулардын амбулатордук карталарынан гинекологиялык жана урологиялык оорулар боюнча кошумча маалыматтар алынган.

Статистикалык иштетүү сүрөттөөчү статистиканын ыкмалары менен жүргүзүлгөн. Сандык көрсөткүчтөр орточо маанилер жана стандарттык четтөөлөр (M ± SD) түрүндө берилген, категориялык көрсөткүчтөр абсолюттук жана салыштырма жыштыктар (%) менен көрсөтүлгөн. Уринардык инконтиненция менен мүмкүн болуучу тобокелдик факторлорунун ортосундагы байланышты баалоо үчүн Пирсондун χ^2 критерийи колдонулган. Статистикалык маанилүүлүк деңгээли $p < 0,05$ деп кабыл алынган. Изилдөө биоэтикалык принциптерди сактоо менен, Хельсинки декларациясынын [8] талаптарына ылайык жүргүзүлгөн. Бардык катышуучулар изилдөөнүн максаты жана ыкмалары тууралуу толук маалымат алып, ага катышууга ыктыярдуу түрдө жазуу жүзүндө макулдук беришкен.

Жыйынтыктар

Акушердик көрсөткүчтөрдүн анализи төрөттүн жогорку деңгээлин көрсөткөн. Тактап айтканда, аялдардын 55,7%ы төрт жана андан көп жолу төрөгөнү аныкталса, 37,4%ы эки-үч жолу төрөгөн, ал эми 6,7%ы бир жолу же бир да төрөбөгөн категорияга кирет (Таблица 1). Бул жогорку паритет жамбаш түбүнүн булчундарына жана сийдикти кармоо функциясына кошумча механикалык жана физиологиялык жүк келтирген маанилүү фактор катары бааланат. Мындай төрөттүн көптүгү уринардык инконтиненциянын пайда болуу жана күчөө коркунучун жогорулатышы мүмкүн.

Таблица 1. Аялдардын төрөт санынын бөлүштүрүлүшү (≥35 жаш, n = 404)

Төрөт саны (категория)	n	%
0-1 төрөт	27	6.7
2-3 төрөт	151	37.4
≥4 төрөт	225	55.7

Эскертүү: Таблицада берилген n көрсөткүчтөрү абсолюттук маанилерди (аялдардын саны) чагылдырат, ал эми пайыздар (%) салыштырмалуу көрсөткүчтөр болуп саналат жана изилдөөгө катышкан респонденттердин жалпы санына (n = 404) карата эсептелген. «0-1 төрөт», «2-3 төрөт» жана «≥4 төрөт» категориялары төрөттөрдүн жалпы саны боюнча топтоштурулуп берилген

Булак: авторлор тарабынан түзүлгөн

Изилдөөгө тартылган 35 жаштан жогору аялдардын төрөт саны боюнча бөлүштүрүлүшү алардын акушердик тарыхында төрөттүн жогорку деңгээли мүнөздүү экенин көрсөтөт. Жалпы респонденттердин ичинен: 55,7% (n = 225) төрт жана андан көп жолу төрөгөн аялдар экендиги аныкталды. Бул көрсөткүч региондогу көп төрөө тенденциясы дагы деле сакталуу экенин билдирет. Жогорку паритет жамбаш түбүнүн булчундарына туруктуу механикалык жүк түшүрүп, уринардык инконтиненциянын пайда болуу коркунучун кыйла жогорулатат; 37,4% (n = 151) эки–үч жолу төрөгөн аялдарды түзөт. Бул топ да жамбаш түбүнүн функционалдык өзгөрүүлөрүнө дуушар болуу ыктымалдыгы жогору болгон категорияга кирет, бирок ≥4 төрөгөндөргө салыштырмалуу тобокелдик бир аз төмөн; 6,7% (n = 27) бир же бир да жолу төрөбөгөн аялдар болуп саналат. Бул топто төрөттүн механикалык таасири жок болгондуктан, УИ тобокелдиги негизинен башка факторлор (гормоналдык өзгөрүү, семирүү, климаттык стресстер, кошумча оорулар) менен шартталышы мүмкүн (Таблица 2).

Таблица 2. Өз мөөнөтүндөгү жана мөөнөтүнөн мурдагы төрөттөрдүн катышы (≥35 жаш)

Көрсөткүч	Саны (жалпы)	Үлүшү (%)
Өз мөөнөтүндөгү төрөттөр (37-42 жума)	1217	86.7
Мөөнөтүнөн мурдагы төрөттөр	187	13.3

Эскертүү: Таблицада өз мөөнөтүндө (37-42 жума) жана мөөнөтүнөн мурда өткөн төрөттөрдүн саны көрсөтүлгөн. «Саны (жалпы)» графасында абсолюттук көрсөткүчтөр (төрөттөрдүн жалпы саны), ал эми «Үлүшү (%)» графасында салыштырмалуу көрсөткүчтөр берилген

Булак: авторлор тарабынан түзүлгөн

35 жаштан жогору аялдардын төрөт тарыхына жүргүзүлгөн талдоо алардын төрөттөрүнүн басымдуу бөлүгү өзүнүн физиологиялык мөөнөтүндө өткөнүн көрсөттү (Таблица 2). Бардык катталган төрөттөрдүн ичинен: 86,7% (n = 1217) – өз мөөнөтүндө (37-42 жума) болгон төрөттөрдү түзөт. Бул көрсөткүч перинаталдык көзөмөлдүн салыштырмалуу туруктуулугун жана аялдардын көпчүлүгүндө кош бойлуулуктун акыркы баскычтарына чейин жетүү мүмкүнчүлүгү бар экенин көрсөтөт. Физиологиялык мөөнөттө төрөө – жаңы төрөлгөн ымыркайдын жана эненин ден соолугу үчүн көбүнчө коопсуз жыйынтык болуп эсептелет. 13,3% (n = 187) – мөөнөтүнөн мурдагы төрөттөрдү түзөт. Мөөнөтүнөн мурдагы төрөттөр (preterm birth) медициналык жана коомдук мааниге ээ олуттуу көйгөй болуп саналат, анткени алар ымыркайлардагы ден соолук тобокелдиктерин (дем алуу жетишсиздиги, инфекциялар, өнүгүү кечеңдөөсү) жогорулатат. Бул көрсөткүч регион үчүн салыштырмалуу жогору деп айтууга болот жана аялдардын репродуктивдик ден соолугунун айрым тобокелдик факторлорунун (оор физикалык эмгек, суусузданuу, климаттык стресстер, гинекологиялык оорулар, медициналык жардамга кеч кайрылуу) таасири бар экенин билдирди. «Төрөт жолдорунун түрлөрү» суроосу бир нече вариантты тандаганга мүмкүндүк бергендиктен, бир эле респондентте ар түрдүү төрөт ыкмалары айкалышып келген болушу мүмкүн (Таблица 3).

Таблица 3. Төрөт жолдорунун бөлүштүрүлүшү (≥35 жаш, n = 404, бир нече жоопко уруксат берилген)

Төрөт жолу	Аялдардын саны (кеминде 1 жолу)	% (респонденттерден*)
Вагиналдык (табигый) төрөт	373	92.3
Кесарево кесилиши (пландуу/шашылыш)	67	16.6
Оперативдүү вагиналдык төрөттөр (вакуум ж.б.)	2-3	~0.5-0.7

Эскертүү: Таблицада төрөт жолдору боюнча маалыматтар берилген. «Аялдардын саны (кеминде 1 жолу)» графасында абсолюттук көрсөткүчтөр көрсөтүлүп, бир аялда бир нече төрөт жолу болушу мүмкүн экендиги эске алынган. «% (респонденттерден)» графасында салыштырмалуу көрсөткүчтөр изилдөөгө катышкан аялдардын жалпы санына (n = 404) карата эсептелген. Ушул себептен улам пайыздык көрсөткүчтөрдүн суммасы 100%дан ашышы мүмкүн
Булак: авторлор тарабынан түзүлгөн

35 жаштан жогору аялдардын төрөт тарыхын талдоо алардын басымдуу бөлүгү табигый (вагиналдык) жол менен төрөгөнүн көрсөттү. Бардык респонденттердин ичинен 92,3% кеминде бир жолу табигый төрөттү баштан өткөргөн. Бул көрсөткүч региондо вагиналдык төрөттүн үстөмдүк кылганын, салттуу төрөт практикаларынын кеңири жайылганын жана көпчүлүк аялдарда жамбаш түзүмдөрүнүн функционалдык жүгүн көбөйткөн төрөт жолунун болгонун айгинелейт. Кесарево кесилиши ыкмасы аялдардын 16,6%ында катталган. Бул көрсөткүч клиникалык көрсөткүчтөргө жараша хирургиялык төрөт жолунун колдонуларын көрсөтөт, бирок регион үчүн салыштырмалуу төмөн бойдон калууда. Муну медициналык жардамга кеч кайрылуу, ресурстардын чектелүүсү же салттуу төрөт ыкмаларынын артыкчылыгы менен түшүндүрүүгө болот.

Оперативдүү вагиналдык төрөттөр (мисалы, вакуум-экстракция) өтө аз – болгону 0,5-0,7% аялда гана кездешти. Бул ыкманын сейрек колдонулушу адистердин даярдыгы, жабдуулардын жеткиликтүүлүгү жана айрым учурда төрөт процесси учурундагы кеч кийлигишүү менен байланыштуу болушу мүмкүн. Маалыматтарды талдоодо эске алына турган маанилүү жагдай – бир аялда бир нече төрөт жолу айкалышкан болушу мүмкүн, ошондуктан пайыздардын жыйындысы 100%дан ашып кетиши мүмкүн. Бул төрөт жолдорунун ар түрдүүлүгүн жана аялдардын төрөт тарыхында ар кандай клиникалык жагдайлардын болгонун чагылдырат. Жалпысынан, төрөт жолдорунун мындай бөлүштүрүлүшү жамбаш түбүнүн булчуңдарына болгон механикалык жүктүн өзгөчөлүгүн көрсөтүп, уринардык инконтиненциянын себептерин түшүндүрүүдө маанилүү эпидемиологиялык маалымат болуп кызмат кылат. «Сизде төрөттөн кийинки кандайдыр бир татаалдашуулар болгонбу?» деген суроодо респонденттер бир нече вариантты тандап жооп берүүгө мүмкүнчүлүк алышкан. 35 жаштан жогору аялдар тобуна жүргүзүлгөн анализдин жыйынтыгы төмөнкүчө болду (Таблица 4).

Таблица 4. Төрөттөн кийинки негизги оорулардын жыштыгы (≥35 жаш, n = 404)

Төрөттөн кийинки татаалдашуу Послеродовое осложнение	n	%*
Оорулары (татаалдашуу) жок (Не было осложнений/Нет)	234	57.9
Жыныс аралыгынын айрылыштары	119	29.5
Төрөттөн кийинки эндометрит	56	13.9

Таблица 4. Продолжение

Төрөттөн кийинки татаалдашуу Послеродовое осложнение	n	%*
Төрөттөн кийинки кан кетүү	45	11.1
Лактациялык мастит	40	9.9

Эскертүү: Таблицада төрөттөн кийинки татаалдашуулардын түрлөрү жана алардын жыштыгы көрсөтүлгөн. n көрсөткүчү абсолюттук маанини (аялдардын саны), ал эми% салыштырмалуу көрсөткүчтү билдирет жана изилдөөгө катышкан аялдардын жалпы санына (n = 404) карата эсептелген. Бир аялда төрөттөн кийинки бир нече татаалдашуу катталышы мүмкүн болгондуктан, пайыздык көрсөткүчтөрдүн суммасы 100%дан ашышы ыктымал
Булак: авторлор тарабынан түзүлгөн

Төрөттөн кийинки кыйынчылыктардын талдоосу 35 жаштан жогору аялдар арасында Жараттык (травмалык) жана инфекциялык татаалдашуулардын жыштыгы жогору экенин көрсөттү. Респонденттердин жарымынан көбү (57,9%) төрөттөн кийин эч кандай оорулардын болушун белгилеген менен, калгандарынын ичинен:

Жыныс аралыгынын айрылыштары (29,5%) – регион үчүн эң көп кездешкен жараттык (травмалык) татаалдашуу болуп саналат. Бул табигый төрөттөрдүн жогорку үлүшү, чоң салмактагы балдар менен төрөө, акушердик жардамдын жеткиликтүүлүгү жана салттуу төрөт практикалары менен байланыштуу болушу мүмкүн. Эндометрит (13,9%) жана лактациялык мастит (9,9%) – төрөттөн кийинки инфекциялар катары кош бойлуулук жана төрөттө санитардык-гигиеналык эрежелердин аткарылышы, антисептика деңгээли жана төрөттөн кийинки көзөмөл менен тыгыз байланыштуу.

Төрөттөн кийинки кан кетүү (11,1%) – потенциалдуу коркунучтуу акушердик кырдаал болуп, өмүргө коркунуч туудурушу мүмкүн. Бул маалыматтар региондогу төрөттөн кийинки жараттар (травмалар) жана инфекциялар дале болсо актуалдуу көйгөй экенин тастыктайт. Мындай татаалдашуулар келечекте уринардык инконтиненция, жамбаш түбүнүн пролапстары, созулма инфекциялар, жамбаш булчуңдарынын алсыроосу сыяктуу узак мөөнөттүү кесепеттерге алып келиши мүмкүн. Орточо дене салмагынын индекси 25,9 ± 5,2 кг/м^2 деп табылды, бул топто салмактын кеңири диапазондо өзгөргөнүн билдирет (Таблица 5).

Таблица 5. Дене салмагынын индекси категориянын бөлүштүрүлүшү

BMI категориясы	n	%
Дене салмагынын жетишсиздиги (<18,5)	21	5.2
Норма (18,5-24,9)	113	28.0
Ашыкча салмактык (25-29,9)	116	28.7
Семирүү (≥30)	60	14.9

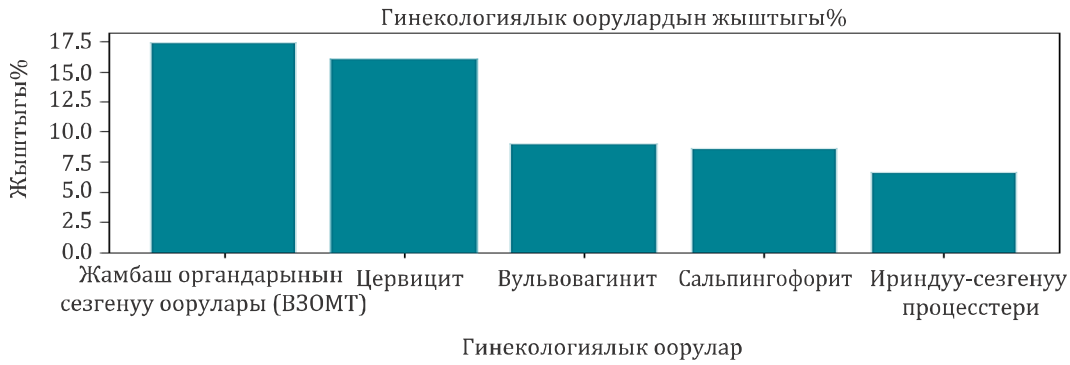
Эскертүү: Таблицада дене салмагынын индекси (BMI) боюнча категориялар жана алардын жыштыгы көрсөтүлгөн. n көрсөткүчү абсолюттук маанини (аялдардын саны), ал эми% салыштырмалуу көрсөткүчтү билдирет жана изилдөөгө катышкан аялдардын жалпы санына (n = 404) карата эсептелген
Булак: авторлор тарабынан [9,10] негизинде түзүлгөн

Анализдин жыйынтыгында изилденген 35 жаштан жогору аялдардын дээрлик жарымында – 43,6%ында дене салмагы нормадан жогору экени аныкталды (ашыкча салмактык жана семирүү). Бул абал репродуктивдик ден соолукка жана жамбаш түбүнүн булчуңдарынын функцияларына кошумча жүк түшүргөн маанилүү фактор болуп саналат. Семирүүнүн жана ашыкча салмактын жамбаш түбүнө болгон механикалык басымды жогорулатышы, ич көңдөйүндөгү басымдын өсүшүнө алып келиши жана натыйжада заара кармоо функциясынын бузулушуна өбөлгө жаратышы мүмкүн. Ошондой эле семирүү гормоналдык тең салмактуулукка, зат алмашууга жана өнөкөт оорулардын (диабет, гипертония) өрчүшүнө байланыштуу болгондуктан, уринардык инконтиненциянын кошумча тобокелдик фактору катары каралат. Бул көрсөткүчтөр региондогу аялдар арасында салмакты көзөмөлдөө, рационалдуу тамактануу, физикалык активдүүлүк жана профилактикалык медициналык жардамдын жеткиликтүүлүгүн жогорулатуу зарылдыгын белгилейт.

Сурамжылоонун гинекологиялык жана урологиялык блокторунда аялдар өздөрүндө акыркы мезгилде кездешкен инфекциялык оорулар тууралуу жооп беришкен. Алынган маалыматтар төмөнкүчө бөлүштүрүлдү (жалпы респонденттер = 404). Респонденттердин ичинен 240 аял (35,2%) акыркы убактарда циститтин белгилерин башынан өткөргөнүн билдирген. Бул көрсөткүч изилденген контингентте ар бир үч аялдын биринде төмөнкү заара жолдорунун инфекциясы кездешерин далилдейт. Цистит аялдардын жашоо сапатына олуттуу таасир этүүчү эң кеңири тараган инфекциялардын бири болуп саналат. Жалпы 175 аял (25,7%) пиелонефрит белгилери же диагнозу

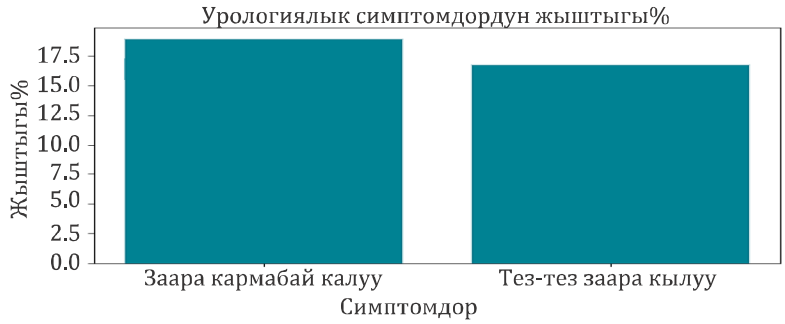
болгонун айткан. Бул көрсөткүч айрым аялдардын жогорку тобокелдик тобуна киреринкөрсөтөт. Пиелонефрит көбүнчө циститтен кийин өрчүп кетиши мүмкүн, ошондой эле климаттык факторлор (ысык жана кургак аба), сууну жетишсиз ичүү, оор физикалык стресстер жана иммунитеттин алсырашына байланыштуу болушу мүмкүн. 53 аял (7,8%) уретрит болгонун билдирген. Көрсөткүч салыштырмалуу төмөн болгону менен, клиникалык жактан маанилүү, анткени уретранын сезгениши заара чыгаруучу системанын жалпы функциясына терс таасир этет жана инфекциянын андан ары өрчүшүнө алып келиши мүмкүн.

1-сүрөттө көрсөтүлгөндөй, респонденттер арасында гинекологиялык оорулар да кеңири таралган. Бул оорулардын бардыгы уологиялык белгилердин күчөшүнө жана цистит же уретрит сыяктуу төмөнкү заара жолдорунун инфекцияларынын өнүгүшүнө кошумча тобокелдик фактор катары таасир этет. Изилдөөнүн жыйынтыгында төмөнкү гинекологиялык патологиялар аныкталды: жамбаш органдарынын сезгенүү оорулары (ВЗОМТ) – 118 аял (17,3%), цервицит – 109 аял (16%), вульвовагинит – 61 аял (8,9%), сальпингоофорит – 58 аял (8,5%) жана ириңдүү-сезгенүү процесстери – 45 аял (6,6%). Бул оорулардын жогорку жыштыгы түштүк региондогу аялдардын репродуктивдик жана урологиялык ден соолугуна бир нече фактор бир эле учурда таасирин тийгизерин көрсөтүп турат. Айрыкча жамбаш органдарынын сезгенүү оорулары (ВЗОМТ), цервицит жана вульвовагинит төмөнкү заара жолдорунун кыжырданууусун күчөтүп, инфекциялардын кайталанып турушуна өбөлгө жаратышы мүмкүн.



1-сүрөт. Жамбаш органдарынын гинекологиялык ооруларынын жыштыгы (%)
Булак: авторлор тарабынан түзүлгөн

2-сүрөттө аялдардын жалпы соматикалык жана вегетативдик белгилери чагылдырылган. Респонденттердин арасынан 129 аялда (18,9%) заара кармабай калуу, ал эми 114 аялда (16,7%) заараның тез-тез келүүсү байкалган. Бул эки симптом төмөнкү заара жолдорунун инфекцияларынын болушун, жамбаш түбүнүн булчуңдарынын алсырашын, көп төрөттүү же менопаузалык гормоналдык өзгөрүүлөрдү чагылдыруучу фактор болушу мүмкүн. Мындай белгилердин жыш кездешүүсү урологиялык жана гинекологиялык оорулардын айкалышкан жүрүшү кеңири таралганын көрсөтөт.



2-сүрөт. Урологиялык симптомдордун жыштыгы (%)
Булак: авторлор тарабынан түзүлгөн

Сийдик-жыныс системасынын инфекцияларынын жыштыгы сурамжылоонун жыйынтыгында аялдар арасында абдан кеңири таралганын көрсөттү. Цистит 240 аялда (35,2%) катталып, ар бир үч аялдын биринде төмөнкү заара жолдорунун сезгенүүсү бар экенин айгинелейт. Пиелонефрит 175

аялда (25,7%) аныкталган жана бул бөйрөк функциясына олуттуу таасир этүүчү, көп учурда циститтен кийин өрчүй турган маанилүү патология болуп эсептелет. Уретриттин үлүшү салыштырмалуу төмөн – 53 аял (7,8%), бирок клиникалык мааниси жогору бойдон калууда. Симптомдук структура да бул инфекциялардын актуалдуулугун бекемдейт: респонденттердин 18,9%ында заара кармабай калуу, ал эми 16,7%ында зааранын тез-тез келиши байкалган. Бул белгилер УИ менен, жамбаш түбүнүн булчуңдарынын дисфункциясы жана менопаузалык гормоналдык өзгөрүүлөр менен тыгыз байланышта болушу мүмкүн.

35 жаштан жогору аялдардын сурамжылоодогу жооптору алардын жашаган аймагындагы климаттык шарттар олуттуу айырмаланарын көрсөттү. Респонденттердин 42,1%ы климатын «жылуу» деп мүнөздөшүп, бул аймактарда кыш жумшак, ал эми жайында температура көбүнчө +30°Стен жогору болоорун белгилешкен. Калган бөлүгү климатын «орточо» (28,0%) же «суук» (25,7%) деп аташкан, бул климаттын төрт мезгил менен так мүнөздөлгөндүгүн же узак, суук кыштын болушун көрсөтөт. Нымдуу климатты көрсөткөндөр 2,7%, ал эми кургак климатта жашаган аялдар 1,5% гана болгон, бул мындай климаттык зоналардын изилденген контингентте сейрек экенин далилдейт.

Экстремалдуу климаттык факторлорго туш болуу жыштыгын талдоо да кызыктуу жыйынтыктарды көрсөттү. Аялдардын 35,4%ы күн сайын климаттын курч шарттарына дуушар болорун билдирген. 23,5%ы мындай факторлорго сейрек кабыларын, 22,0%ы айына бир нече жолу, ал эми 13,6%ы жумасына бир нече жолу туш болорун айтышкан. Болгону 5,4% гана аял экстремалдуу климаттык факторлорго эч качан дуушар болбойт деп көрсөткөн. Бул маалыматтар аялдардын үчтөн биринен көбү күн сайын климаттык стресс шартында жашарын, жана климаттын мындай таасири алардын ден соолугуна, анын ичинде репродуктивдик жана урологиялык функцияларына кыйыр түрдө таасир этерин көрсөтөт.

Климаттын репродуктивдик ден соолукка тийгизген таасирин баалоо боюнча алынган маалыматтар аялдардын климаттык шарттарды өз ден соолугу менен кандай байланыштырары жөнүндө маанилүү түшүнүк берет. Респонденттердин 40,1%ы климаттын өзгөрүшү репродуктивдик ден соолуктун кыйла начарлашына алып келерин билдиришкен. Алардын айтымында, климаттын кескин ысышы, суук жана температуранын туруксуз өзгөрүшү циклдин бузулушуна, жыныс органдарындагы сезгенүү процесстеринин күчөшүнө жана жалпы гинекологиялык белгилердин оорлошуусуна таасир этет. Дагы 22,8% аял климаттын таасири бар экенин, бирок ал салыштырмалуу жеңил мүнөздө экенин айтышкан.

Респонденттердин 37,1%ы климаттык факторлор менен репродуктивдик ден соолуктун начарлашынын ортосунда эч кандай байланыш көрбөгөнүн билдирген. Бул топ, балким, симптомдорду башка себептер менен байланыштырат же климаттык өзгөрүүлөрдү анча сезбей турган региондордо жашайт. Жүргүзүлгөн статистикалык анализ $\chi^2 = 66,5$ жана $p < 0,001$ көрсөткүчтөрү менен климаттык шарттар жана репродуктивдик ден соолук ортосунда статистикалык жактан маанилүү байланыш бар экенин тастыктады. Айрыкча өз ден соолугун «начар» деп баалаган аялдар климаттын терс таасирин көбүрөөк билдиришкен, бул алардын симптомдору климаттык факторлорго сезимтал болушу мүмкүн экенин көрсөтөт.

Талкуу

Бул изилдөөнүн жыйынтыктары Кыргыз Республикасынын түштүк региондорунда жашаган 35 жаштан жогору аялдар арасында уринардык инконтиненциянын (УИ) актуалдуу жана жетишсиз диагностикаланган медициналык-социалдык көйгөй бойдон калып жатканын тастыктайт. УИнин белгилеринин таралышы 18,9% деңгээлинде болуп, бул көрсөткүч өнүгүп келе жаткан өлкөлөрдө алынган маалыматтар менен шайкеш келет, анда таралышы 15-30% аралыгында өзгөрөт. T. Ishimaru *et al.* [10] Япониядагы улгайган калк арасында overactive bladder (OAB) симптомунун (анын ичинде urinary incontinence менен коштолгон) таралышын изилдеп, жалпы 16,4% деңгээлин аныкташкан жана муздак климаттык факторлордун (мисалы, жашоо бөлмөсүндөгү температура <12°C) OAB коркунучун жогорулатарын көрсөтүшкөн. Респонденттердин орточо жашы 41,9 жаш болуп, бул курак репродуктивдик функция басаңдап, бир эле учурда өнөкөт оорулардын да көбөйө турган мезгилине туура келет жана Y. Aoki *et al.* [11], маалыматтары менен шайкеш. Акушердик тарых боюнча көпчүлүк аялдарда төрөттүн деңгээли жогору экени аныкталды: респонденттердин жарымынан көбү (55,7%) төрт жана андан көп жолу төрөгөн. Мындай жогорку паритет жамбаш түбүнүн булчуңдарына туруктуу механикалык жүк түшүрүп, заара кармоо функциясынын бузулушуна шарт түзөт. Ошол эле учурда, Zh. Abdirasulova *et al.* [12] Кыргызстандын түштүгүнө мүнөздүү климаттык, социалдык жана маданий өзгөчөлүктөрдү эске алуу менен, бул көрсөткүч чыныгы абалды толук чагылдырбай, төмөн бааланган болушу мүмкүн.

Бүткүл саламаттык уюмдун изилденүүсүндө, популяцияда УИнин өнүгүшү менен байланышкан негизги тобокелдик факторлорунун бири жогорку паритет болуп чыкты. Катышуучулардын жарымынан көбү (55,7%) төрт жана андан көп жолу төрөгөн, бул көрсөткүч Европа өлкөлөрүндө жүргүзүлгөн калктын негизиндеги изилдөөлөргө

салыштырмалуу кыйла жогору түзөт. E.V. Mudrakovskaia *et al.* [13] белгилегендей, көп жолу төрөө жамбаш түбүнүн булчуң-байламта аппараттарынын кумулятивдүү жабыркашына, иннервациясынын бузулушуна жана колдоочу функциясынын төмөндөшүнө алып келет. Бул процесс УИнин стресстик жана аралаш формаларынын пайда болушунун далилденген механизми болуп саналат. Алынган маалыматтар вагиналдык төрөттөрдүн саны көбөйгөн сайын УИнин коркунучу өсөрүн көрсөткөн узак мөөнөттүү когорттук изилдөөлөрдүн жыйынтыктары менен шайкеш келет. Изилдөөдө вагиналдык (табигый) төрөттөрдүн басымдуулук кылышы (92,3%) региондо салттуу акушердик практикалардын үстөмдүгүн жана оперативдик төрөт ыкмаларынын чектелүү колдонуларын чагылдырат. Табигый төрөт физиологиялык артыкчылыктарга ээ болгону менен, төрөттөн кийинки реабилитациянын жетишсиздиги жамбаш түбүнүн жаракаттарынын жана андан кийинки дисфункциянын өнүгүшүнө шарт түзөт.

M.H. Al Kiyumi *et al.* [14] жазгандай, жаш курактык жана гормоналдык өзгөрүүлөр да УИнин патогенезинде олуттуу орунду ээлейт. Изилдөөгө катышкан аялдардын орточо жашы 41,9 жашты түзүп, бул курак перименопауза мезгилине туура келет. Бул өзгөрүүлөр менопаузанын урогениталдык синдромуна мүнөздүү болуп, заара чыгаруунун бузулуштарын пайда кылат жана клиникалык-эпидемиологиялык изилдөөлөрдө кеңири сүрөттөлгөн. Мындан тышкары, D.J. Portman & M.L.S. Gass [15] маалыматтары боюнча, перименопауза жана менопауза мезгилинде организмдеги эстроген деңгээлинин төмөндөшү уретранын жана табарсыктын былжыр катмарынын трофикалык камсыздалышын начарлатып, алардын ичкеришине жана кургашына алып келет. Эстроген жетишсиздиги уретранын жабылыш функциясын камсыз кылган былжыр алдындагы кан тамыр торунун редукциясына жана рецептордук сезгичтиктин төмөндөшүнө шарт түзөт. Бул гормоналдык өзгөрүүлөр жамбаш түбүнүн булчуңдарынын алсырашын тереңдетип, уринардык инконтиненциянын, айрыкча стресстик жана аралаш формаларынын өнүгүү ыктымалдыгын олуттуу түрдө жогорулатат.

Изилдөөдө ашыкча салмак жана семирүү да маанилүү өзгөрмө тобокелдик фактор катары аныкталды. S. Mørkved & K. Bø [16] жазгандай, аялдардын 43,6%ында дене салмагы нормадан жогору болгон. Семирүүдө ич көңдөйүндөгү басымдын туруктуу жогорулашы жамбаш түбүнүн булчуңдарына кошумча жүк түшүрүп, уретранын жабылуу функциясын начарлатат, бул стресстик УИнин өнүгүшү менен тыгыз байланышта. D.H. Thom & G. Rortveit [17] изилдөөлөрүнүн негизинде, өнөкөт бронхит жана узакка созулган жөтөл менен жүрүү да карын ичиндеги басымды жогорулатып, стресстик инконтиненцияны күчөтүшү мүмкүн. Мындан тышкары, Бүткүл саламаттык уюмдун (БСУ) семирүү метаболикалык жана сезгенүү процесстери менен коштолуп, нерв-булчуңдук жөнгө салууну начарлатат.

Изилдөөдө заара-жыныс системасынын инфекцияларынын жогорку жыштыгы да өзгөчө көңүл бурууга татыктуу. Цистит (35,2%), пиелонефрит (25,7%) жана уретрит (7,8%) кеңири таралган. Өнөкөт жана кайталануучу инфекциялар детрузордун кыжырдануусуна, зааранын тез-тез келүүсүнө жана императивдик позывдардын күчөшүнө алып келгенин жана жыш кездешкенин S.H. Almukhtar [18] белгиледи. Бул изилдөөнүн өзгөчөлүгү – климаттык стрессти өз алдынча жана маанилүү фондук фактор катары баалоо болуп саналат. Климаттык шарттар менен уринардык жана репродуктивдик ден соолуктун начарлашынын ортосунда статистикалык жактан ишенимдүү байланыш аныкталды ($\chi^2 = 66,5$; $p < 0,001$). Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин аялдардагы заара-жыныс жолдорунун инфекцияларын диагностикалоо жана дарылоо боюнча улуттук клиникалык протоколдорунда белгилегендей, бул жыйынтык температуранын жогорулашы жана суук абанын табарсыктын функциясына таасирин көрсөткөн чет өлкөлүк J.S. Hu & E.F. Pierre [19] изилдөөлөрдүн жыйынтыктары менен дал келет.

Социалдык-маданий факторлор да оорунун аныкталышына олуттуу таасир этет. Уринардык инконтиненцияга байланышкан стигма жана маалыматтын жетишсиздиги аялдардын медициналык жардамга эрте кайрылуусуна тоскоол болот. Мындай көрүнүштөр Борбор Азия жана Жакынкы Чыгыш өлкөлөрүндө жүргүзүлгөн изилдөөлөрдө, айрыкча M.A.S. Alhamoud *et al.* [20] изилдөөсүндө да белгиленген. Изилдөөнүн айрым чектөөлөрүн белгилеп кетүү зарыл. Кросс-секциондук дизайн себеп-натыйжалык байланышты аныктоого мүмкүндүк бербейт. Өзүн-өзү баалоого негизделген маалыматтар маалыматтык бурмалоолорго алып келиши мүмкүн. L.C.G. Jensen *et al.* [21] айтымында уродинамикалык изилдөөлөрдүн жоктугу УИнин түрлөрүн так ажыратууга жол бербеди, бирок валиддештирилген ICIQ-SF суроо барагынын колдонулушу алынган маалыматтардын ишенимдүүлүгүн жогорулатат. Жалпысынан, бул изилдөөнүн жыйынтыктары Кыргызстандын түштүк региондорунда 35 жаштан жогору аялдар үчүн уринардык инконтиненциянын алдын алуу жана эрте аныктоо боюнча регионго ылайыкташкан программаларды иштеп чыгуунун зарылдыгын көрсөтөт. Бул программалар жамбаш түбүнүн булчуңдарын бекемдөө көнүгүүлөрүн үйрөтүүнү, дене салмагын көзөмөлдөөнү, заара-жыныс инфекцияларын өз убагында дарылоону жана баштапкы медициналык звенодогу кызматкерлердин маалымдуулугун жогорулатууну камтышы керек деп белгиленген.

Корутунду

Жүргүзүлгөн изилдөө Кыргыз Республикасынын түштүк региондорунда жашаган 35 жаштан жогору аялдар арасында уринардык инконтиненциянын таралышын комплекстүү баалоого, ошондой эле бул патологиянын өнүгүшүнө алып келген негизги клиникалык-эпидемиологиялык жана регионго мүнөздүү тобокелдик факторлорду аныктоого мүмкүндүк берди. Изилдөөнүн жыйынтыгында аялдардын 18,9%ында заара кармабай калуунун белгилери аныкталып, бул көйгөй аймактагы аялдардын ден соолугу үчүн олуттуу медициналык жана социалдык мааниге ээ экенин көрсөттү.

Уринардык инконтиненциянын өнүгүшүндөгү негизги факторлордун бири жогорку паритет болуп саналат. Респонденттердин жарымынан көбү төрт жана андан көп жолу төрөгөндүгү аныкталып, бул жамбаш түбүнүн булчуң-байламта аппараттарына кумулятивдүү механикалык жүк түшүшүнө жана алардын колдоочу функциясынын алсырашына алып келери тастыкталды. Вагиналдык төрөттөрдүн басымдуулук кылышы жана төрөттөн кийинки жараттардын жогорку жыштыгы акушердик жардамды өркүндөтүүнүн жана төрөттөн кийинки реабилитациялык программаларды кеңири киргизүүнүн зарылдыгын белгилейт.

Перименопауза жана менопауза мезгилине мүнөздүү жаш курактык жана гормоналдык өзгөрүүлөр да уринардык инконтиненциянын пайда болушуна олуттуу салым кошот. Эстроген деңгээлинин төмөндөшү уретранын жана табарсыктын былжыр катмарынын атрофиялык өзгөрүшүнө алып келип, заараны кармап туруу механизмдерин начарлатат. Бул өзгөрүүлөр мурдагы төрөттөр жана акушердик жаракаттар менен айкалышканда уринардык инконтиненциянын стресстик жана аралаш формаларынын өнүгүү коркунучун кыйла жогорулатат. Изилдөөдө аялдардын 43,6%ында ашыкча салмак же семирүү аныкталып, бул фактор уринардык инконтиненциянын маанилүү өзгөрмө тобокелдик фактору катары бааланды. Семирүүдө ич көңдөйүндөгү басымдын туруктуу жогорулашы жамбаш түбүнүн булчуңдарына кошумча күч келтирип, заара кармоо функциясынын бузулушуна шарт түзөт. Мындан тышкары, заара-жыныс системасынын инфекцияларынын жогорку жыштыгы уринардык белгилердин оорлошуусуна жана аялдардын жашоо сапатынын төмөндөшүнө алып келет.

Бул изилдөөнүн өзгөчөлүгү – климаттык стресстин уринардык жана репродуктивдик ден соолукка тийгизген таасиринин статистикалык жактан маанилүү экендиги далилденди. Түштүк аймактарга мүнөздүү ысык жана кургак климат, суусуздануу жана физикалык жүктөмдөр уринардык инконтиненциянын өнүгүү коркунучун күчөтүүчү кошумча факторлор катары каралышы керек. Жыйынтыктап айтканда, Кыргызстандын түштүк регионунда 35 жаштан жогору аялдарда уринардык инконтиненция көп факторлуу мүнөзгө ээ болуп, комплекстүү жана регионго ылайыкташкан мамилени талап кылат. Алынган маалыматтар баштапкы медициналык-санитардык жардам деңгээлинде эрте аныктоо, профилактика жана аялдардын ден соолугун сактоого багытталган программаларды иштеп чыгуунун жана ишке ашыруунун зарылдыгын негиздейт.