

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНКОНТИНЕНЦИИ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

А.Е. Нурпеисова¹, А.Н. Ильницкий¹, У.М. Алиев², О.А. Салибаев³

¹Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА Российской Федерации,
Кафедра терапии, гериатрии и антивозрастной медицины
г. Москва, Российская Федерация

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева

²Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

³Кафедра семейной медицины после дипломного обучения
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Одним из таких гериатрических синдромов является синдром недержания мочи, или инконтиненция. По данным клинико-эпидемиологических исследований им страдает не менее 30-80% женщин пожилого и старческого возраста и не менее 20-30% мужчин. В то же время обращаемость по поводу инконтиненции вследствие вышеупомянутых проблем составляет всего в среднем около 5% от всех нуждающихся. В итоге инконтиненция включается в гериатрический каскад других гериатрических синдромов, что ведет к негативизации гериатрического статуса, снижению функциональности, качества жизни и повышению зависимости от окружающих. Предложенный гериатрический подход к ведению пациенток с недержанием мочи, направленный на дина- и саркопеническое звенья патогенеза инконтиненции обеспечивает в сравнении с традиционным более выраженный эффект, заключающийся в достоверном снижении количества неудерживаемой мочи на фоне увеличения общей физической активности, улучшения мышечной функции и улучшении психологического статуса в виде ликвидации симптомов тревоги и депрессии, связанных с инконтиненцией.

Ключевые слова: синдром недержания мочи, пожилой возраст, гериатрические синдромы, организация гериатрической помощи

УЛГАЙГАН АЯЛДАРДЫН ЗААРА КАРМАЙ АЛБООСУНА ГЕРИАТРИЯЛЫК КАМКОРДУ УЮШТУРУУГА ЖАНЫ АРАКЕТТЕР

А.Е. Нурпеисова¹, А.Н. Ильницкий¹, У.М. Алиев², О.А. Салибаев³

¹Жогорку окуу жайдан кийинки билим берүү академиясы
Федералдык мамлекеттик бюджеттик мекеме Россия Федерациясынын
ФМБА Федералдык илимий борбору

Терапия, гериатрия жана карылыкка каршы медицина бөлүмү
Москва ш., Россия Федерациясы

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

²Коомдук саламаттык жана саламаттыкты сактоо кафедрасы

³Дипломдон кийинки үй-бүлөлүк медицина кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Резюме. Бул гериатриялык синдромдордун бири заараны кармай албоо синдрому же заара кармап калуу синдрому. Клиникалык жана эпидемиологиялык изилдөөлөргө ылайык, ал улгайган жана улгайган аялдардын 30-80% жана эркектердин 20-30% дан кем эмес жабыркайт. Ошол эле учурда, жогоруда айтылган көйгөйлөрдөн улам заара кармап калуу оорусу бардык муктаж болгондордун орто эсеп менен 5% гана түзөт. Натыйжада, заара кармап калуу башка гериатриялык синдромдордун гериатриялык каскадына кирет, бул гериатриялык статустун

терс көрүнүшүнө, функционалдуулуктун төмөндөшүнө, жашоо сапатынын төмөндөшүнө жана башкаларга көз карандылыктын күчөшүнө алып келет. Заара кармабоо патогенезинин динамикалык жана саркопендик байланыштарына багытталган заараны кармай албаган бейтаптарды башкарууга сунушталган гериатриялык мамиле салттууга салыштырмалуу бир кыйла айкын эффект берет, ал заараны кармай албаган зааранын көлөмүн олуттуу кыскартуудан турат. жалпы физикалык активдүүлүктүн жогорулашынын, булчуңдардын иштешинин жакшырылышынын жана заара кармап калуу менен байланышкан тынчсыздануу жана депрессиянын симптомдорун жоюу түрүндө психологиялык абалдын жакшырышы.

Негизги сөздөр: заара кармабоо синдрому, карылык, гериатриялык синдромдор, гериатриялык жардамды уюштуруу.

NEW APPROACHES TO ORGANIZING GERIATRIC CARE FOR INCONTINENCE IN ELDERLY WOMEN

A.E. Nurpeisova¹, A.N. Ilitsky¹, U.M. Aliev², O.A. Salibaev

¹Academy of Postgraduate Education Federal State Budgetary Institution
Federal Scientific Center FMBA of the Russian Federation,
Department of Therapy, Geriatrics and Anti-Aging Medicine
Moscow, Russian Federation

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

²Department of Public Health and Healthcare

³Department of Family Medicine of Postgraduate Education
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. One of these geriatric syndromes is urinary incontinence syndrome, or incontinence. According to clinical and epidemiological studies, it affects at least 30-80% of elderly and senile women and at least 20-30% of men. At the same time, the incidence of incontinence due to the above-mentioned problems is only on average about 5% of all those in need. As a result, incontinence is included in the geriatric cascade of other geriatric syndromes, which leads to the negativity of geriatric status, decreased functionality, quality of life and increased dependence on others. The proposed geriatric approach to the management of patients with urinary incontinence, aimed at the dynamic and sarcopenic links of the pathogenesis of incontinence, provides a more pronounced effect in comparison with the traditional one, consisting in a significant reduction in the amount of incontinent urine against the background of an increase in general physical activity, improved muscle function and improved psychological status in the form of elimination of symptoms of anxiety and depression associated with incontinence.

Key words: urinary incontinence syndrome, old age, geriatric syndromes, organization of geriatric care.

Введение. С ростом продолжительности жизни закономерно увеличивается нагрузка на системы здравоохранения и социальной защиты, связанные с увеличением количества людей, которые в полной или частичной степени теряют независимость вследствие формирования инвалидизирующей патологии [1,2]. Такая патология может быть представлена как заболеваниями, так и гериатрическими синдромами. Вместе с тем в обществе по многим позициям бытует мнение, что ряд гериатрических синдромов являются следствием возраста, своего рода «возрастной нормой», не требуют коррекции и/или не могут

быть скорректированы, также влияет и этический интимный компонент [3,4].

Одним из таких гериатрических синдромов является синдром недержания мочи (СНМ), или инконтиненция [5]. По данным клинко-эпидемиологических исследований им страдает не менее 30-80% женщин пожилого и старческого возраста и не менее 20-30% мужчин. В то же время обращаемость по поводу инконтиненции вследствие вышеупомянутых проблем составляет всего в среднем около 5% от всех нуждающихся. В итоге инконтиненция включается в гериатрический каскад других гериатрических синдромов, что ведет к негативизации

гериатрического статуса, снижению функциональности, качества жизни и повышения зависимости от окружающих [6,7].

В последние годы достигнуты значительные успехи в лечении инконтиненции, прежде всего, за счет разработки новых методов хирургического лечения, а также увеличения информированности о целесообразности нехирургических комплементарных методов воздействия [8]. Эти мероприятия особенно эффективны на ранних стадиях. Однако работ именно гериатрического направления, которые бы изучали роль различных гериатрических синдромов в повышении риска и прогрессирования инконтиненции, очень мало. Наличие таких исследований позволило бы разработать комплексные мероприятия ранней гериатрической профилактики и реабилитации в дополнение к существующим стратегиям ведения пациентов с инконтиненцией.

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

Материал и методы исследования. Настоящее исследование было выполнено на базе ТОО «Atlas club» Клиники интегративной медицины «Metabody» (г. Алматы). Был проведен клинико-организационный эксперимент. В него вошло 132 пациентки пожилого возраста (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 пациентки) получали мероприятия традиционного нехирургического ведения. Основная группа (70 пациенток) – мероприятия, дополненные разработанными подходами, которые изложены в тексте работы. До начала исследования, в 3 и 6 месяцев изучали состояние функции мочеиспускания с помощью мобильного приложения «Senile Control», показатели кистевой динамометрии, проводили тест с шестиминутной ходьбой для оценки общей двигательной функциональности, а также оценивали психологический статус по шкале HADS.

Результаты. При 1-й и 2-й степенях НМ и при отсутствии показаний к хирургической коррекции (либо при невозможности провести оперативное лечение вследствие противопоказаний, а также при отказе пациентки от хирургического лечения), необходим комплекс мероприятий, которые мы, помимо

традиционных методов, предлагаем дополнить мероприятиями, направленными на коррекцию и профилактику дина- и саркопенических процессов, роль которых в усугублении инконтиненции была доказана в нашем исследовании.

Мы предлагаем следующий комплекс дополнительных мероприятий:

- Упражнения Кегеля с небольшим утяжелением (инструкция: лягте на бок, убедитесь, что ваше тело образует прямую линию; сделайте выдох и сократите мышцы тазового дна, представляя, что сдерживаете поток мочи; удерживайте напряжение в течение 5 секунд; постепенно расслабляйте мышцы, медленно считая до 5, повторите упражнение 10 раз; как только освоите правильную технику, можно перейти к 10-секундной задержке напряжения мышц и выполнять упражнения в любом положении, например, стоя и сидя);

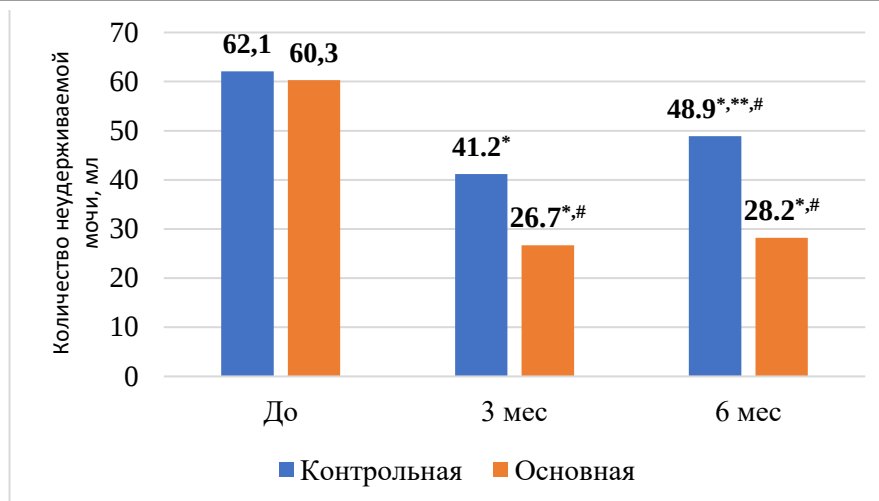
- Обеспечение режимов аэробной и анаэробной физической активности в соответствии с Глобальными рекомендациями ВОЗ по физической активности для всех возрастов (2010, 2021 с изм.), причем аэробный компонент осуществляется, в том числе с применением скандинавской ходьбы;

- Саплементация пептидными комплексами (IPN VGA и IPN AGAA) 2 раза в год курсами по 2 месяца. Пептидные комплексы IPN имеют гарантированное содержание коротких пептидов.

Предложенные нами подходы позволили существенно улучшить функцию мочеиспускания и уменьшить количество неудерживаемой мочи (рисунок 1).

Так, при исходных одинаковых показателях количества неудерживаемой мочи в основной и контрольной группах ($62,1 \pm 2,7$ мл и $60,3 \pm 2,5$ мл соответственно) через 3 мес. было достигнуто достоверное ($p < 0,05$) снижение этого количества как в основной ($26,7 \pm 3,5$ мл), так и в контрольной ($41,2 \pm 2,0$ мл) группах, однако результаты были достоверно более хорошими в основной группе ($p < 0,05$ по сравнению с показателями в контрольной группе).

Данный эффект сохранялся и через 6 месяцев от начала исследования ($28,2 \pm 4,0$ мл), а вот у пациенток контрольной группы к этому сроку наблюдался достоверный регресс до $48,9 \pm 2,3$ мл ($p < 0,05$ по сравнению со значениями показателя в 3 мес.; $p < 0,05$ по сравнению с показателями в контрольной группе).



* $p < 0,05$ по сравнению с исходным уровнем

** $p < 0,05$ по сравнению со значениями показателей в точке наблюдения 3 мес.

$p < 0,05$ по сравнению со значениями показателей в контрольной группе

Рис. 1. Количество неудерживаемой мочи (мл) в процессе клинико-организационного эксперимента по гериатрическому ведению пациентов с инконтиненцией.

Следует все же отметить, что, несмотря на регресс, этот показатель был все равно лучше, чем его исходные значения $p < 0,05$ по сравнению с исходными значениями).

Мы сопоставили эту динамику с динамикой показателей, отражающих состояние мышечной функции. Показатели кистевой динамометрии претерпели следующую динамику (таблица 1). Оказалось, что в контрольной группе показатели кистевой динамометрии не претерпели никакой

динамики ($p > 0,05$). Показатели ведущей руки до начала наблюдения, в 3 и 6 мес. составили соответственно $27,4 \pm 2,9$, $27,2 \pm 2,5$ и $27,1 \pm 2,4$ кг. Показатели ведомой руки до начала наблюдения, в 3 и 6 мес. составили соответственно $22,5 \pm 1,8$, $22,1 \pm 2,0$ и $22,0 \pm 2,3$ кг. Суммарный показатель кистевой динамометрии до начала наблюдения, в 3 и 6 мес. составил соответственно $49,9 \pm 2,6$, $49,3 \pm 2,3$ и $49,0 \pm 2,3$ кг. В основной же, группе, напротив наблюдалась достоверная динамика.

Таблица 1 – Показатели кистевой динамометрии (кг) в процессе клинико-организационного эксперимента по гериатрическому ведению пациентов с инконтиненцией

Рука	Контрольная группа			Основная группа		
	До	3 мес.	6 мес.	До	3 мес.	6 мес.
Ведущая	$27,4 \pm 2,9$	$27,2 \pm 2,5$	$27,1 \pm 2,4$	$27,8 \pm 2,2$	$35,4 \pm 2,0^{*, \#}$	$34,9 \pm 1,9^{*, \#}$
Ведомая	$22,5 \pm 1,8$	$22,1 \pm 2,0$	$22,0 \pm 2,3$	$23,0 \pm 1,5$	$28,1 \pm 2,1^{*, \#}$	$28,0 \pm 2,1^{*, \#}$
Суммарный	$49,9 \pm 2,6$	$49,3 \pm 2,3$	$49,0 \pm 2,3$	$50,8 \pm 1,8$	$63,5 \pm 2,1^{*, \#}$	$62,9 \pm 2,0^{*, \#}$

Примечание: * $p < 0,05$ по сравнению с исходным уровнем

** $p < 0,05$ по сравнению со значениями показателей в точке наблюдения 3 мес.

$p < 0,05$ по сравнению со значениями показателей в контрольной группе

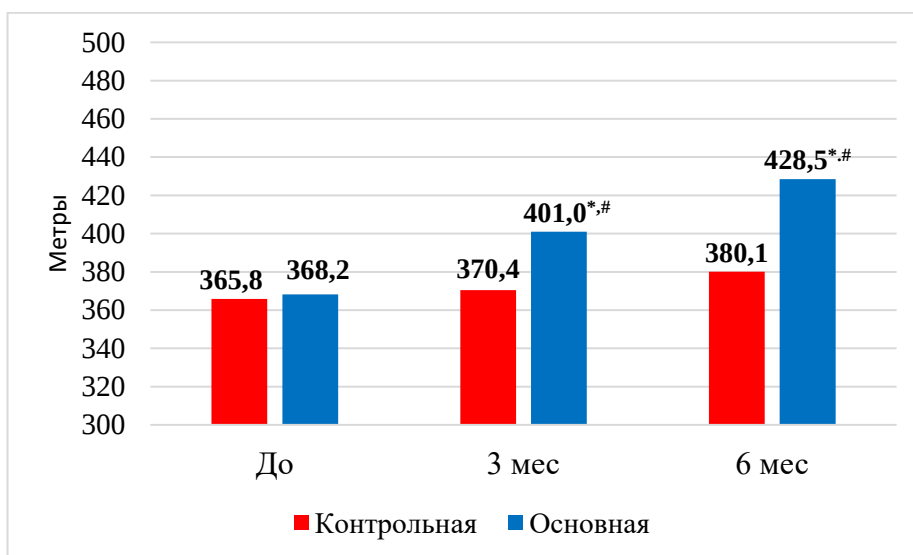
Показатели ведущей руки до начала наблюдения, в 3 и 6 мес. составили соответственно $27,8 \pm 2,2$, $35,4 \pm 2,0$ ($p < 0,05$ по сравнению с исходными показателями, $p < 0,05$ по сравнению с показателями в контрольной группе) и $34,9 \pm 1,9$ кг ($p < 0,05$ по сравнению с исходными показателями, $p < 0,05$ по сравнению с показателями в контрольной группе). Показатели ведомой руки до начала наблюдения, в 3 и 6 мес. составили соответственно $23,0 \pm 1,5$, $28,1 \pm 2,1$ ($p < 0,05$ по сравнению с исходными показателями, $p < 0,05$ по сравнению с показателями в контрольной группе) и $28,0 \pm 2,1$ кг ($p < 0,05$ по сравнению с исходными

показателями, $p < 0,05$ по сравнению с показателями в контрольной группе).

Суммарный показатель до начала наблюдения, в 3 и 6 мес. составил соответственно $50,8 \pm 1,8$, $63,5 \pm 2,1$ ($p < 0,05$ по сравнению с исходными показателями, $p < 0,05$ по сравнению с показателями в контрольной группе) и $62,9 \pm 2,0$ кг ($p < 0,05$ по сравнению с исходными показателями, $p < 0,05$ по сравнению с показателями в контрольной группе). Получается, что предложенные нами мероприятия позволили к третьему месяцу достичь достоверно улучшения мышечной

функции, и этот эффект сохранялся к шестому месяцу наблюдения. Эти данные коррелировали с характером положительной клинической динамики с точки зрения уменьшения выраженности СНМ в основной группе.

Также была проведена оценка двигательной функции. Общая физическая активность, определяемая по тесту с шестиминутной ходьбой (рисунок 2), в контрольной группе не претерпела никакой динамики ($p>0,05$).



* $p<0,05$ по сравнению с исходным уровнем

** $p<0,05$ по сравнению со значениями показателей в точке наблюдения 3 мес.

[#] $p<0,05$ по сравнению со значениями показателей в контрольной группе

Рис. 2. Показатели теста с 6-минутной ходьбой (м) в процессе клинико-организационного эксперимента по гериатрическому ведению пациентов с инконтиненцией.

Показатели до начала наблюдения, в 3 и 6 мес. составили соответственно $365,8 \pm 8,2$, $370,4 \pm 6,1$ и $380,1 \pm 7,3$ м. Показатель в основной группе, напротив, претерпел существенную динамику: до начала наблюдения, в 3 и 6 мес. составил соответственно $368,2 \pm 7,5$, $401,5 \pm 6,3$ ($p<0,05$ по сравнению с исходными показателями, $p<0,05$ по сравнению с показателями в контрольной группе) и $428,5 \pm 9,4$ м ($p<0,05$ по сравнению с исходными

показателями, $p<0,05$ по сравнению с показателями в 3 мес., $p<0,05$ по сравнению с показателями в контрольной группе). Получается, что предложенные нами мероприятия позволили к третьему месяцу достичь достоверно улучшения общей физической активности, а к шестому месяцу еще бустерно его усилить.

Все это положительно влияло на психологический статус (табл. 2).

Таблица 2 – Показатели психологического статуса по шкале HADS (баллы) в процессе клинико-организационного эксперимента по гериатрическому ведению пациентов с инконтиненцией

Субшкала	Контрольная группа			Основная группа		
	До	3 мес.	6 мес.	До	3 мес.	6 мес.
HADS-A	$9,5 \pm 0,6$	$5,2 \pm 0,5^*$	$5,6 \pm 0,7^*$	$9,7 \pm 1,0$	$5,4 \pm 0,4^*$	$5,2 \pm 0,7^*$
HADS-D	$10,9 \pm 1,1$	$7,2 \pm 0,4^*$	$7,0 \pm 0,4^*$	$11,1 \pm 1,3$	$7,3 \pm 0,6^*$	$5,5 \pm 0,4^{*,**,\#}$

Примечание: * $p<0,05$ по сравнению с исходным уровнем

** $p<0,05$ по сравнению со значениями показателей в точке наблюдения 3 мес.

[#] $p<0,05$ по сравнению со значениями показателей в контрольной группе

Как в контрольной, так и в основной группе произошли положительные изменения. Показатели уровня тревоги в контрольной группе до начала наблюдения, в 3 и 6 мес. составили соответственно $9,5 \pm 0,6$, $5,2 \pm 0,5$ ($p<0,05$ по сравнению с исходными показателями) и $5,6 \pm 0,7$ баллов ($p<0,05$ по сравнению с исходными

показателями). Показатели в основной группе претерпели подобную динамику: до начала наблюдения, в 3 и 6 мес. составили соответственно $9,7 \pm 1,0$, $5,4 \pm 0,4$ ($p<0,05$ по сравнению с исходными показателями) и $5,2 \pm 0,7$ баллов ($p<0,05$ по сравнению с исходными показателями).

Показатели уровня депрессии в контрольной группе до начала наблюдения, в 3 и 6 мес. составили соответственно $10,9 \pm 1,3$, $7,2 \pm 0,4$ ($p < 0,05$ по сравнению с исходными показателями) и $7,0 \pm 0,4$ баллов ($p < 0,05$ по сравнению с исходными показателями). Показатели уровня депрессии в основной группе до начала наблюдения, в 3 и 6 мес. составили соответственно $11,1 \pm 1,3$, $7,3 \pm 0,6$ ($p < 0,05$ по сравнению с исходными показателями, $p < 0,05$ по сравнению с показателями в контрольной группе) и $5,2 \pm 0,7$ баллов ($p < 0,05$ по сравнению с исходными показателями, $p < 0,05$ по сравнению с показателями в 3 мес., $p < 0,05$ по сравнению с показателями в контрольной группе).

Таким образом, как традиционный подход, так и предложенный нами выводил пациенток из зоны субклинической тревоги в зону нормальных значений. В отношении депрессии традиционный подход выводил пациенток из границы клинически значимой и субклинической депрессии на границу нормы и субклинической депрессии к третьему месяцу, и этот эффект сохранялся в шесть месяцев. Предложенный нами подход также выводил пациенток из границы клинически значимой и субклинической депрессии на границу нормы и субклинической депрессии к третьему месяцу, и к шестому месяцу, в отличие от традиционного подхода, еще лучше увеличивал показатели психологического статуса и выводил пациенток в зону нормальных значений.

Обсуждение. Полученные данные показали, что пациентки с 3-й степенью недержания мочи и выше имеют комплекс клинических и социальных проблем, связанных с нарушениями двигательной активности, ментальными проблемами, проблемами в самообслуживании, в том числе в соблюдении личной гигиены, контроля за тазовыми функциями, в коммуникации с окружающими. Следовательно, при возможности коррекция недержания мочи, а при отсутствии таковой проблемы, связанные с обеспечением гигиены должны решаться в рамках комплексных мероприятий системы долговременного сопровождения [1].

При 1-й и 2-й степенях недержания мочи и при отсутствии показаний к хирургической коррекции (либо при невозможности провести оперативное лечение вследствие противопоказаний, а также при отказе пациентки

от хирургического лечения), необходим комплекс мероприятий, которые мы, помимо традиционных методов, предлагаем дополнить мероприятиями, направленными на коррекцию и профилактику дина- и саркопенических процессов, роль которых в усугублении инконтиненции была доказана в нашем исследовании [2].

В нашем исследовании предложен следующий комплекс дополнительных мероприятий: упражнения Кегеля с небольшим утяжелением; обеспечение режимов аэробной и анаэробной физической активности в соответствии с Глобальными рекомендациями ВОЗ по физической активности для всех возрастов (2010, 2021 с изм.), причем аэробный компонент осуществляется, в том числе с применением скандинавской ходьбы; саплементация пептидными комплексами (IPN VGA и IPN AGAA) 2 раза в год курсами по 2 месяца [2,3].

Эти мероприятия также можно использовать как реабилитационные после slingовых и других операций и как профилактические при наличии динапении у женщин с отсутствием инконтиненции, так как динапения является фактором риска инконтиненции.

Мы оценили эффективность наших подходов в рамках клинико-организационного эксперимента. Как мы писали выше, особенностью наших подходов был акцент на профилактике и коррекции динапенических явлений как одного важных патогенетических механизмов развития и прогрессирования инконтиненции. Предложенные нами подходы позволили существенно улучшить функцию мочеиспускания и уменьшить количество неудерживаемой мочи.

Заключение. Исследование показало, что предложенный гериатрический подход к ведению пациенток с синдромом недержания мочи, направленный на дина- и саркопеническое звено патогенеза инконтиненции обеспечивает в сравнении с традиционным более выраженный эффект, заключающийся в достоверном снижении количества неудерживаемой мочи на фоне увеличения общей физической активности, улучшения мышечной функции и улучшении психологического статуса в виде ликвидации симптомов тревоги и депрессии, связанных с инконтиненцией.

Литература

1. Балуева Е.С. Демографические прогнозы старения населения. В кн.: Котельников Г.П., Захарова Н.О., ред. Клинические и фундаментальные аспекты геронтологии. Самара: Самар. Гос. мед. ун-т.; 2015:25-27. [Balueva E.S. Demograficheskie prognozy stareniya naseleniya. V kn.: Kotel'nikov G.P., Zaharova N.O., red. Klinicheskie i fundamental'nye aspekty gerontologii. Samara: Samar. Gos. med. un-t.; 2015:25-27. (In Russ.)].
2. Бухер С. Современные тенденции старения населения России. Вестник Российской Академии Наук. 2016;86(3):215-223. [Buher S. Sovremennye tendencii stareniya naseleniya Rossii. Vestnik Rossijskoj Akademii Nauk. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.7868/S0869587316030051>
3. Маматов С.М., Арстанбекова М.А., Иманалиева Ф.Э., Канат кызы Б. Состояние и перспективы геронтологии и гериатрии в Кыргызской Республике. Успехи геронтологии. 2020;33(2):391-396. [Mamatov S.M., Arstanbekova M.A., Imanalieva F.E., Kanat kyzy B. Status and Prospects of Gerontology and Geriatrics in the Kyrgyz Republic. Advances in Gerontology. 2020;33(2):391-396 (In Russ.)]. <https://doi.org/10.34922/AE.2020.33.2.025>
4. Веселов Ю.В., Чернов Г.И. Питание пожилых: социологический аспект. Успехи геронтологии. 2020;33(5):879-884. <https://doi.org/10.34922/AE.2020.33.5.007>
5. Owino J, Fuller H. Aging out-of-place: Perceptions of successful aging among aging Burundian refugees in the United States. Gerontologist. 2023;63(7):1238-1247.
6. Ермакова Е.И. Биологическая обратная связь в лечении недержания мочи у женщин. Лечащий врач. 2014;3:26-28. [Ermakova E.I. Biologicheskaya obratnaya svyaz' v lechenii nederzhaniya mochi u zhenshchin. Lechashchij vrach. 2014;3:26-28. (In Russ.)].
7. Gaugler JE. Inclusivity and Innovation in Gerontology. Gerontologist. 2023;63(7):1107-1109.
8. Blix BH., Ågotnes G. Aging successfully in the changing Norwegian welfare state: A policy analysis framed by critical gerontology. Gerontologist. 2023;63 (7):1228-1237.

Для цитирования

Нурпеисова А.Е., Ильницкий А.Н., Алиев У.М., Салибаев О.А. Новые подходы к организации гериатрической помощи при инконтиненции у женщин пожилого возраста. Евразийский журнал здравоохранения. 2024;2:72-78. <https://doi.org/10.54890/1694-8882-2024-2-72>

Сведения об авторах

Нурпеисова Анар Елубаевна – аспирант очного обучения Академии постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА Российской Федерации, кафедра терапии, гериатрии и антивозрастной медицины, г. Москва, Российская Федерация.

Ильницкий Андрей Николаевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии, гериатрии и антивозрастной медицины Академии постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА Российской Федерации, г. Москва, Российская Федерация.

Алиев Улан Мамажакыпович – врач-уролог, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика.

Салибаев Осмон Абдыгапарович – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой семейной медицины постдипломного образования Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика.