КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН САЛАМАТТЫКТЫ САКТОО МИНИСТРЛИГИ
ЭНЕ ЖАНА БАЛАНЫ КОРГОО УЛУТТУК БОРБОРУ
И. К. АХУНБАЕВ атындагы
КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫ

Диссертациялык кеңеш Д 14.17.557

Кол жазма укугунда
УДК: 618.3-06:616.61-002.3

ОТОГОНОВА ЖЫЛДЫЗ КАДЫРОВНА

ПИЕЛОНЕФРИТТЕ КОШ БОЙЛУУЛУКТУН ЖҮРУШҮНҮН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ: КАБЫЛДООЛОРДУ ПРОГНОЗДОО ЖАНА АЛДЫН АЛУУ

14.01.01 – акушердик жана гинекология

Медицина илимдеринин кандидаты илимий даражасын
изденип алуу үчүн жазылган диссертациясынын
автореферати

Бишкек – 2019

Илимий иш Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлигинин алдындагы Эне жана баланы коргоо улуттук борборунун "Нике жана үй-бүлө" бөлүмүндө аткарылды.

Илимий жетекчи: **Самигуллина Альфия Эльдаровна**
медицина илимдеринин доктору, профессор, Кыргыз Республикасынын Жогорку Кенешинин депутаты.

Расмий оппоненттер: Каюпова Лаура Саясатовна
медицина илимдеринин доктору, профессор, КР акушердик, гинекология жана перинатология илимий борборунун АО дипломдон кийинки, окутуу бөлүмүнүн жетекчиси;
Бейшембиева Гульнара Джанузаковна
медицина илимдеринин доктору, доцент, И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын мед. айымдык иштери боюнча кафедрасынын бөлүмүнүн жетекчиси.

Жетектөөчү уюм: Казак медициналык үзгүлтүксүз билим берүү университети, "Акушердик жана гинекология бөлүмү», (050000 Казакстан Республикасы, Алматы ш., Манаса к., 34).

Диссертацияны коргоо 2019-жылдын 14-мартында саат 13.00 Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлигине караштуу Эне жана баланы коргоо улуттук борборунун Д 14.17.557 диссертациялык кенешинин отурумунда жана И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясында өткөрүлөт (720038, Кыргыз Республикасы, Бишкек ш., Ахунбаев к. 190).

Диссертация менен Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо министрлигинин Эне жана баланы коргоо улуттук борборунун (720038, Бишкек ш., Ахунбаев к. 190), И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын алдындагы китепканаларынан (720038, Бишкек ш., Ахунбаев к., 92а) жана http://ncomid.kg сайтынан таанышууга болот.

Диссертациялык кеңештин окумуштуу катчысы
медицина илимдеринин кандидаты,
улук илимий кызматкер Эшалиева А.С.

ИШТИН ЖАЛПЫ МҮНӨЗДӨМӨСҮ

Диссертациянын темасынын актуалдуулугу. Курч пиелонефрит, кош бойлуулардын көп кездешүүчү экстрагениталдык патологиясы болгондуктан, ар дайым чет өлкөлүк окумуштуулардын назарын буруп келген. Себеби ал эң кенири жайылган жугуштуу оору болуп саналат, көп учурдагы пациенттердин жалпы практикадагы врачтарга кайрылуусунун себеби жана дарылоого олуттуу финансылык чыгым талап кылат. (Н.Л. Антошина авторлоштору менен, 2006; А.Т. Токсонбаев, 2013; З.В. Васильева, 2014; Е.В. Архипов, 2015].

Кош бойлуу аялда экстрагениталдык патологиясы бар болушу адаптациялык механизмдердин мүмкүнчүлүктөрү кыскарган же чектелген, ошондой эле кош бойлуу учурда келип чыккан бардык кабылдоолор күчөгөн жагымсыз терс фактор болуп саналат (С.Н. Стяжкина, 2015).

О.А. Пересада өз ишинде (2012) белгилегендей, акыркы 10 жыл ичинде пиелонефриттен жабыркаган кош бойлуулардын саны 3-4 эсе өстү.

Пиелонефриттин кош бойлууларда кездешүүсүнүн көбөйүшү азыркы учурда микрофлоранын мүнөзүнүн өзгөрүшү, анын бактерияларга каршы препараттарга туруктуулугу, баштапкы жана экинчи даражадагы профилактиканын кемчилиги менен түшүндүрүлөт (О.Н. Сигитова, 2015; Л.Н. Юнусова, 2015; А.В. Кузьменко, 2018].

Көп сандагы изилдөөлөр жана систематикалык себептерге карабай кош бойлуулардын пиоленфрит көйгөйү акушердик жана и перинатология жагынан актуалдуу болуп саналат жана пиелонефриттин фонундагы гестациялык процесс энеге дагы балага дагы коркунуч келтирип, кош бойлуулук, төрөттүн оор кабылдоолорунун, түйүлдүктүн жана ымыркайдын ооруларынын өрчүшүнүн тобокелчилик фактору болушун шарттайт (Н.Л. Антошина, 2006; С.Н. Стяжкина, 2015; С.Н. Стяжкина, А.В. Воробьева, 2017).

КРда өлкөдөгү пиелонефрит фонунда кош бойлуулуктун жүрүү өзгөчөлүктөрү, уропатогендердин этиоструктурасы, козгогучтардын резистенттүүлүгү жана микробго каршы препараттарга туруктуулугу боюнча кырдаалды иликтөөгө багытталган илимий изилдөөлөрдүн, ошондой эле уропатогенди эрадикациялоого багытталган терапиянын жоктугу пландалган изилдөөнүн илимий жана практикалык маанисин ырастайт жана көйгөйдүн социалдык мааниси жана аны эффективдүү чечүү зарылчылыгын аныктайт.

Жогоруда айтылгандарга ылайык Кыргыз Республикасында бул көйгөйдүн толук изилденбегенин эске алуу менен аталган багытта тереңирээк изилдөөлөрдү улантуу зарылчылыгы шексиз.

Диссертациянын темасынын приоритеттүү илимий багыттар же негизги илимий изилдөө иштер менен байланышы. Диссертациялык иш «Кыргыз Республикасында тукум улоо курактагы аялдарга перинаталдык

жардам: проблемалары жана аларды чечүү жолдору», илимий долбоордун алкагында аткарылган мамлекеттик каттоо №: 0007216.

Изилдөөнүн максаты: пиелонефриттен жабыркаган аялдардагы гестация процессинен жүрүшү жана натыйжасына комплекстүү баа берүү жана кош бойлуулук менен төрөттүн кабылдоолорун прогноздоо, санын жана оордугун азайтуу боюнча иш чараларды иштеп чыгуу.

Изилдөөнүн милдеттери:

1. Кыргыз Республикасындагы аялдардын кош бойлуу учурдагы пиелонефритинин жыштыгынын динамикасын изилдөө, 2020-жылга чейин кош бойлуулардын пиелонефрит менен ооруп калуусунун мүмкүн болгон деңгээлин эсептеп чыгуу.
2. Кош бойлуулардын пиелонефритинин клиникалык-лабораториялык мүнөздөмөсүн берүү.
3. Пиелонефрит менен ооруган кош бойлуулардын медициналык-социалдык портретин изилдөө.
4. Пиелонефрит менен ооруган кош бойлуулардын кош бойлуулугу, төрөттүн жүрүшүнүн өзгөчөлүктөрүн жана алардын эне менен балага натыйжаларын ачыктоо, гестациялык процесстин кабылдоосун болжолдоо алгоритмин иштеп чыгуу.
5. Кош бойлуулардын пиелонефритин дарылоонун учурдагы тактикасына медициналык жардамдын сапатынын индикаторлорун колдонуу менен эксперттик баа берүү.

Алынган натыйжалардын илимий жаңычылдыгы: 1. Кыргыз Республикасында кош бойлуулардын пиелонефрит менен ооруусунун заманбап тенденциялары алардын өткөн 5 жылда 1.1 эсе жогорулаганы жана стационардык дарылоого багыттоонун 1.6 эсе азайышы менен мүнөздөлгөнү биринчи жолу далилденди. Кыска мөөнөттүү прогноз боюнча 2020-жылга чейин ооруунун деңгээлинин мындан ары дагы өсүшүн болжолдойт.

2. Кош бойлуулардын пиелонефритинин клиникалык жүрүшүнүн классикалык картинасы 75,3% учурда байкалаары аныкталган, калган пациенттерде пиелонефриттин диагностикасы лабораториялык маалыматтарга негизделген. Кош бойлуулардын заара бөлүп чыгаруу системасынын сезгенүү процессинин этиологиялык структурасында оппортунисттик инфекция басымдуулук (93,5%) кылат, спецификалык инфекция 6,5% учурда гана аныкталат. Уропатогендердин биринчи муундагы цефалоспориндерге (81,6%) жана жарым синтетикалык аминопенициллиндерге (83,5%) туруктуулугунун жогорулугу ырасталды.

3. Алгачкы жолу гестациялык мезгил ичинде бузууларды прогноздоодо тобокелчилик факторлорунун рангдык мааниси берилди. Пиелонефрит менен ооруган аялдардын теңинен көбүндө (54,1%) кош бойлуулуктун кабылдашы

белгиленген, мында гестациялык пиелонефриттин келип чыгышы бир кош бойлууга орточо 2,5 кабылдоону потенциялаары, ал эми өнөкөт пиелонефрит орточо 1,9 кабылдоонун калыптанышы менен коштолоору биринчи жолу далилденди. Бул факт, аялдардын организминин адаптациялык мүмкүнчүлүктөрүнүн таасири болушу мүмкүн, ошондой эле аялдардын 58,7%да ачыкталган башка кошо жүрүүчү соматикалык патологиянын натыйжасы болушу ыктымал.

4. Биринчи жолу өнөкөт пиелонефрити (30,6%) бар болгондо төрөттүн кабылдашынын гестациялык пиелонефрит (14,6%) менен аялдардын тобуна карата санынын көп болушунун статикалык маанилүү (p <0,001) далилдериалынды. Сезгенүү процессинин күчөшү түйүлдүк мененымыркайдын абалына дагы терс таасир берет. Бул аталган топто ара төрөлгөн балдардын (5,4%), ТӨЖ (0,1%) жана өлүк төрөлүүнүн (0,7%) учурлары менен тастыкталат. Аныкталган өзгөчөлүктөр инфекциялык фактордун узак убакыт таасир берүү шарттарында стресстик кырдаалдарды компенсациялоо диапазонунун кичириши менен шартталышы мүмкүн.

5. Кош бойлуу аялдардын пиелонефриттин дарылоо тактикасынын учурдагы сапатын эксперттик баалоонун негизинде гестациялык процесстин жүрүшүнө терс таасир тийгизүүчү кошумча башкарылуучу дефектилер негизделди: бейтаптарды дарылоо протоколун бузуу, инфекциялык процессти толук санациялоого жетишүүдө жеке багытталган терпиянын жоктугун кошо алганда.

Алынган натыйжалардын практикалык мааниси:

1. Изилдөө процессинде алынган кош бойлуулук учурунда пиелонефрит менен ооруу деңгээли жөнүндөгү маалыматтар практикалык саламаттык сактоого кош бойлуу аялдарга медициналык жардамдын сапатын жакшыртууга багытталган чараларды пландоо жана киргизүүгө негиз болуп саналат.

2. Практикалык саламаттык сактоо үчүн пиелонефрит менен ооруган аялдардын кош бойлуулугу жана төрөтүнүн кабылдоолорун прогноздоо жана алдын алуу алгоритмдери иштелип чыкты.

3. Жүргүзүлгөн изилдөөлөрдүн натыйжасынын негизинде үй-бүлөлүк медицина жана акушердик стационарлардын врачтары үчүн дары-дармектик терапиянын эффективдүүлүгү жана коопсуздугун жогорулатуу боюнча рекомендациялар түзүлдү, пиелонефрит менен ооруган кош бойлуу аялдарга медициналык жардамдын сапатын баалоо индикаторлору иштелип чыкты.

4. Алынган маалыматтар дары-дармек комитеттери, саламаттык сактоо мекемелери, КР ССМ тарабынан микробго каршы препараттарды сатып алууну оптимизациялоо, жергиликтүү программаларды жана акушердикте бактерияга каршы препараттарды колдонууну рационалдаштырууга багытталган клиникалык протоколдорду иштеп чыгуу үчүн колдонулушу мүмкүн.

Алынган натыйжалардын экономикалык мааниси.

Изилдөөнүн натыйжаларын ишке киргизүү толук микробиологиялык сакаюуга жетишүүнүн аркасында эне жана түйүлдүк үчүн кош бойлуулук, төрөт жана төрөттүн натыйжасынын кабылдоосунун азайтуунун натыйжасында медициналык-экономикалык эффективдүүлүктү алууга мүмкүнчүлүк берет.

Изилдөөнүн натыйжаларын практикага киргизүү.

Изилдөөнүн натыйжалары Адамдын репродукциясы кыргыз илимий борборунун, Эне жана баланы коргоо улуттук борборунун ишине киргизилди. Диссертациянын материалдары КМКжКЖМИнин окуу программаларында үй-бүлөлүк медицинанын врачтарын жана акушер-гинекологдорду окутуу үчүн колдонулуп жатат.

Жактоого чыгарылып жаткан диссертациянын негизги жоболору:

1. Азыркы таптагы акушердик үчүн пиелонефриттердин санынын өсүшү мүнөздүү, ал эми кыска мөөнөттүү прогноз боюнча аталган тенденция 2020-жылга чейин сакталат.
2. 93,5% учурда уропатоген катары оппортунисттик инфекциялар катталган, козгогучтардын этиоструктурасы микроорганизмдердин ассоциациясынан турат. Терапияга сунушталган жарым синтетикалык аминопенициллиндер жана 1-муундагы цефалоспориндер эмпирикалык терапия катары колдонула албайт, анын себеби микроорганизмдердин жогору резистенттүүлүгү.
3. ГП менен ооруган аялдардын тобунда ӨПК тобуна (бир аялга 1,9 учур) салыштырмалуу кабылдоолор көбүрөөк ачыкталган (бир аялга 2,5 учур), бирок татаал төрөттөр ӨПК тобунда көбүрөөк кездешет.
4. Кош бойлуу учурдагы пиелонефриттин микробго каршы терапиясынын дал келүүсү жана рационалдуулугун эксперттик баалоо толук микробиологиялык сакаюуга терапевттик багыттын жоктугун ачыктады.
5. Пиелонефрит фонунда кош бойлуулукту жүргүзүүнүн иштелип чыккан алгоритмин жана медициналык жардамдын сапатын баалоо индикаторлорун киргизүү кош бойлуулук жана төрөттүн кабылдоолорунун жыштыгын жана ордугун төмондөтүүгө, бактерияга каршы препараттарды тандоого дифференциялуу мамиле кылууга жана негизсиз медициналык чыгымдарды төмөндөтүүгө мүмкүнчүлүк берет.

Изденүүчүнүн жеке салымы. Изилдөөнүн максаты, милдеттери, программасы, баштапкы материалдарды көчүрмөлөө, аялдарды байкоо жана изилдөө, статистикалык иштеп чыгуу жана илимий баалоо, ошондой эле диссертациянын негизги жоболорун, жыйынтыктары жана корутундуларын туюндурууну изденүүчү жеке өзү аткарды.

Иштин натыйжаларынын апробациясы. Жүргүзүлгөн иштердин натыйжалары төмөнкү конференцияларда берилген: Адистештирилген

медициналык жардамдын жетишкендиктери жана перспективалары деген эл аралык (Ташкент, 2015), Репродуктивдүү ден соолук конференция (Брешиа, 2016), Репродуктивдүү медицина боюнча XXIX эл аралык конгресс (XXIX).

Диссертациянын натыйжаларын публикацияларда чагылдыруунун толуктугу.

Диссертациянын материалдары боюнча 8 макала жарыяланган, анын ичинен 5 макала КР ЖАК сунуштаган илимий басылмада, 3 макала РИНЦ системасында индексацияланган чет элдик басылмада берилген

Диссертациянын түзүмү жана көлөмү. Диссертация киришүү, адабиятка сереп, изилдөө материалдары жана методдору, өздүк изилдөө натыйжалары бөлүмдөрүнөн, жыйынтыктар, практикалык рекомендациялар жана пайдаланылган адабияттын тизмесинен турат. Диссертациянын тексти машинада терилген 153 бетте, 45 таблица, 6 сүрөт менен иллюстрацияланган. Библиографиялык көрсөткүч алфавиттик тартипте түзүлгөн жана 125 орус жана англис тилиндеги булактардан турат.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН НЕГИЗГИ МАЗМУНУ

Диссертациянын **киришүүсүндө** жүргүзүлгөн изилдөөнүн темасынын актуалдуулугу, аны жүргүзүү зарылчылыгы, максаты, милдеттери, илимий жаңычылдыгы, иштин практикалык мааниси жана жактоого алып чыгарылып жаткан негизги жоболор көрсөтүлгөн.

1-бөлүм. Адабиятка сереп. Пиелонефрит учурунда кош бойлуулуктун жүрүшүнүн өзгөчөлүктөрү, анын жыштыгын прогноздоо жана төмөндөтүүнүн мүмкүн болгон жолдору жөнүндөгү заманбап түшүнүктөрдү баяндаган публикацияларга аналитикалык сереп. Адабиятка серептин бөлүмдөрүндө андан аркы изилдөөнү талап кылган дискуссиялык маселелер белгиленип, алар бул изилдөөнү жүргүзүүгө негиз болду.

2-бөлүм. Изилдөөнүн материалы жана методдору берилген.

Изилдөө иштери Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Эне жана баланы коргоонун улуттук борборунун жана Адамдын репродукциясы кыргыз илимий борборунун клиникалык базаларында 2015 – 2018-жылдар мезгилинде жүргүзүлдү.

Изилдөөнүн биринчи этабында туурасынан когорталык ретроспективдүү изилдө жүргүзүлдү. Текши метод менен Кыргыз Республикасынын саламатык сактоосунун алгачкы, экинчи жана үчүнчү даражадагы деңгээлдеринде биринчи жолу ачыкталганкош бойлуулук учурундагы курч пиелонефрит жөнүндөгү маалымат КР ССМ Электрондук саламаттык сактоо борборунун (ЭССБ) 2010-2015-жылдардагы жыйынтыкталган жылдык отчетторунан изилденди. Кош бойлуулук учурунда пиелонефрит менен ооруу тенденцияларын анализдөө убакыт ичинде интервалдык динамикалык катардын жардамы менен эсептелди.

2020-жылга чейинки кыска мөөнөттүү прогноз кош линиялык регрессия теңдемесинин жардамы менен эсептелген. Алынган теңдеменин сапаты коэффициенттердин маанилүүлүгү жана Стьюдент критерии менен, толук коэффициенттеги теңдеменин маанилүүлүгү Фишер критерии (F-статистика) менен, эмпирикалык корреляциялык катыш, детерминация коэффициенти менен текшерилди.

Изилдөөнүн экинчи этабында рандомизацияланган когорталык проспективдик сокур кылбастан изилдөө жүргүзүлдү, аны жүргүзүү үчүн тандап алуунун зарыл көлөмү Е.Н. Шиган (1987) боюнча эсептелген (t=3,2, P <0,001, 99,9%).

Изилдөө объектиси - 455 кош бойлуу аял, алардан: 1- топ – пиелонефриттин биринчи жолу аныкталган эпизоду менен 158 кош бойлуу аял (гестациялык пиелонефрит, ГП), 2-топ – өнөкөт пиелонефриттин күчөөсү (ӨПК) менен 147 кош бойлуу аял, жана 3-контролдук топ–150 ден соолугу шарттуу чың кош бойлуу аял.

Изилдөө бирдиги – кош бойлуу аял.

Киргизүү критерийлери: курч, кабылдабаган (ооруканалык эмес) пиелонефрит менен ооруган кош бойлуу аялдар.

Чыгарып коюу критерийлери: уродинамиканын бузулуусу менен, кабылдаган жана нозокомиалдык пиелонефритке чалдыккан кош бойлуу аялдар.

ГП тобундагы кош бойлуулардын орточо жаш курагы 29,7±0,2 жаш, ӨПК тобунда – 28,1±0,2 жаш жана контролдук топто – 29,5±0,2 жаш, бул салыштырылып жаткан топтордун репрезентативдүүлүгүн ырастайт, p>0,05.

Төрөт таржымалынан (форма 096/у), кош бойлуу аялдардын жана төрөгөн аялдардын (форма 111/у) жеке карталарындагы маалыматтар катталып, автор иштеп чыккан изилдөө картасына көчүрүлгөн.

Иликтөө кеңири топтолгон анамнез, кош бойлуу аялдарды объективдүү, лабораториялык жана инструменталдык комплекстүү текшерүүдөн турган.

Гестациялык процесстин жүрүү өзгөчөлүктөрү, акушердик анамнез, экстрагениталдык патология, кабылдоолордун структурасы, төрөттүн жүрүшү жана төрөттүн эне, түйүлдүк жана ымыркай үчүн натыйжасы анализденген.

Кош бойлуу убактагы курч пиелонефриттин нозологиялык формасын аныктоо үчүн МКБ-10 –ДССУ рекомендацияларына ылайык 2004-жылы EAU (Эл аралык жана Европалык урологдордун ассоциациялары) иштелип чыккан классификация боюнча, заара-жыныс жолдорунун инфекцияларынын IDSA (Инфекциялык оорулар боюнча Америка коому) 1992 жана ESCMID (Клиникалык микробиология жана инфекциялык оорулар боюнча Европа коому)

1993 критерийлерин колдонуу менен O23.0 жетекчиликке алышчу лабораториялык диагностика камтыйт:

1. Перифериялык кандын анализи – жалпы кабыл алынган методика боюнча.

2. Зааранын клиникалык анализи зааранын физика-химиялык мүнөздөмосүнө баа берүү, тунманын микроскопиясы, зааранын жыт, түс, киргилттиги сыяктуу физикалык касиеттерин баалоо органолептикалык метод менен жүргүзүлөт.

3. Бактериологиялык себүү (заара инфекциясын козгогучту бөлүү жана идентификациялоо, бактериуриянын даражасын, ошондой эле дары препараттарга сезимталдык даражасын баалоо).

4. Жыныс кынынан флорага мазок (козгогучтун тибин аныктоо үчүн).

5. ПЦР изилдөө (полимераз чынжырча реакциясы) жашыруун инфекциялар жана жыныс жолу менен берилүүчү инфекцияларды (ЖЖБИ) аныктоо үчүн.

Лабораториялык изилдөөлөр менен параллель аспаптык изилдөө жүргүзүлдү - бөйрөк жана табарсыкты УДИ – изилдөө Medison Sono ACE x8 аппараты менен, көп позициялуу, бөйрөктүн абалын баалоо төмөнкү параметрлерге негизделген: өлчөмү, формасы, контурлары, кыймылдуулугу, бирдейлиги, чагылдыруучулугу, структурасы, конкременттер жана жаңы пайда болгон нерселер.

Микробдордун 2018-жылдын 6 июнунда КР Өкмөтү тарабынан бекитилген өтө маанилүү дары каражаттарынын тизмесине кирген бактерияга каршы препараттарга сезимталдыгы жана резистенттүүлүгүнүн даражасы аныкталган.

Баштапкы эмпирикалык терапияны тандоо «Кош бойлуулуктагы пиелонефрит» улуттук клиникалык протоколдорунун сунуштарынын негизинде аныкталган. Бактерияга каршы терапия FDA коопсуздук критерийлерин эсепке алуу менен жүргүзүлгөн. Бактерияга каршы терапияга төмөнкүлөр камтылган: зааранын бактериологиялык себүү жыйынтыгын жана ПЧР диагностиканын натыйжасын алганга чейин эмпирикалык терапия, козгогуч аныкталгандан кийин этиотроптук жана төрөткө чейин жана төрөттөн кийин 2 жума ичинде оорунун рецидиви жана кабылдоосун (далилденүү деңгээли 2b, рекомендация даражасы B) супрессивдик (төмөн дозадагы) алдын алуу.

Изилдөөнүн үчүнчү этабы – кош бойлуулукту жүргүзүүнүн өзгөчөлүктөрүн эксперттик баалоо жана саламаттык сактоонун үчүнчү, экинчи (2008) жана баштапкы (2013) деңгээлдери үчүн «Кош бойлуулуктагы курч пиелонефрит» улуттук клиникалык протоколдорун аткарууга дал келишин изилдөө.

Абсолюттук сандар, салыштырмалуу чоңдуктар (P) жана алардын каталарын (mp) эсептөө жүргүзүлдү. Салыштырмалуу көрсөткүчтөрдүн сандык маанилеринин айырмасынын аныктыгына баа берүү үчүн Чернова Н.Е. (2006) сунуштаган t= формуласы боюнча аныктык критерийин эсептөө жүргүзүлдү

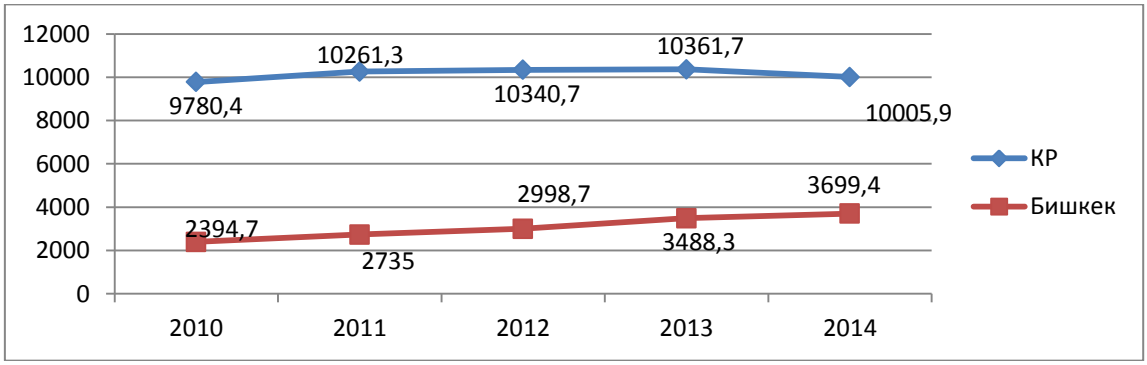
t=3,2 болгондо айырмалардын ыктымалдуулугу 99,9% барабар, айырмалардын аныктыгы <0,001 барабар. Катасыз прогноздун ыктымалдуулук мааниси катары катанын статикалык маанисинин критерийлери тандалып алынган – 95% ишеничтүүлүк интервалы жана 80% статистикалык кубаттуулукта 5% төмөн эки жактуу (p<0,05). Рангдык мааниси Спирмендин рангдык корреляция коэффициенти менен эсептелип чыгарылган. Алынган маалыматтарды статистикалык иштеп чыгуу үчүн АКШ ооруларды көзөмөлдөө боюнча борборунун он-лайн-режимде жеткиликтүү Open Epi 3.03 эркин программалык топтому колдонулду.

3-бөлүм. Өз изилдөөлөрүнүн натыйжалары жана аларды талкуулоо берилди.

3.1. Кыргыз Республикасындагы кош бойлуулук учурундагы курч пиелонефриттин жыштыгынын динамикасы жана анын деңгээлин прогноздоо.

Кош бойлуу учурда курч пиелонефрит менен ооруунун динамикалык катарын анализдөө 2010-жылдан 2014-жылга чейинки мезгилде КР үй-бүлөлүк медицина деңгээлинде бул патологиянын башынан эле жогору деңгээлин көрсөтөт 2010-жылы 9780,4 учур, андан кийин көрсөткүчтүн 2014-жылга 10005,9 чейин өсүшү ачык көрсөтүп турат. (1- сүр.).

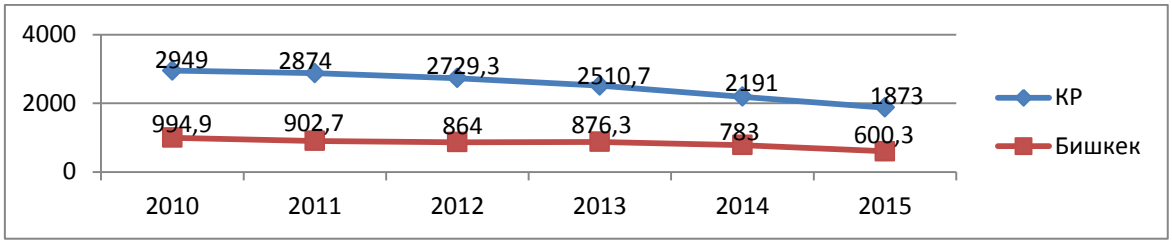
Бишкек ш. боюнча 2010-жылы ооруу 2394,7 учурду түзсө, 2014-жылда ал статистикалык түрдө 3659 учурду көрсөтөт, (p<0,001).



1-сүр. 2010-2014-жж. Үй-бүлөлүк медицина деңгээлинде кош бойлуу кезде курч пиелонефрит менен ооруунун динамикасы.

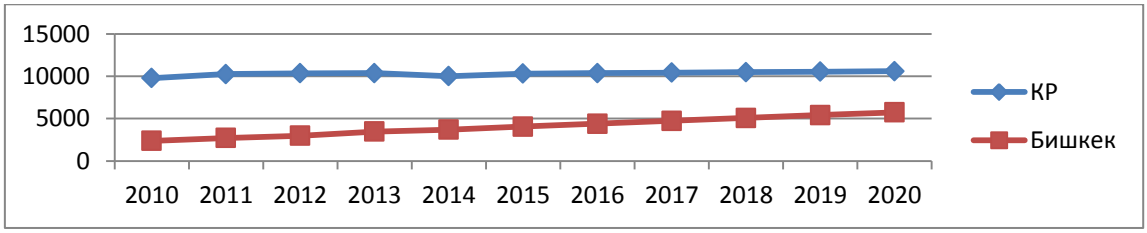
Кош бойлуу учурда биринчи ачыкталган курч пиелонефриттердин акушердик стационар деңгээлинде жыштыгынын 2010-жылдан 2015-жылга чейинки мезгилдеги динамикасы 2- сүрөттө берилген, 2010-жылы 2949 учур катталган жана 2015-жылга статистикалык маанилүү төмөндөө 1,6 эсени түзүп 1873 учур болгон, p<0,001.

КРбоюнча жана Бишкек шаарында ачыкталган курч пиелонефриттердин эң жогорку көрсөткүчү 2010-жылга туура келет – 994,9 учур, бул жылдары динамикалык катар 2015-жылга статистикалык маанилүү төмөндөө тенденциясына ээ болгон - 565 учур, б.а. 1,8 эсе, p<0,001.



2-сүр. 2010-2015-жж. акушердик стационар деңгээлинде кош бойлуу кезде курч пиелонефрит менен ооруунун динамикасы.

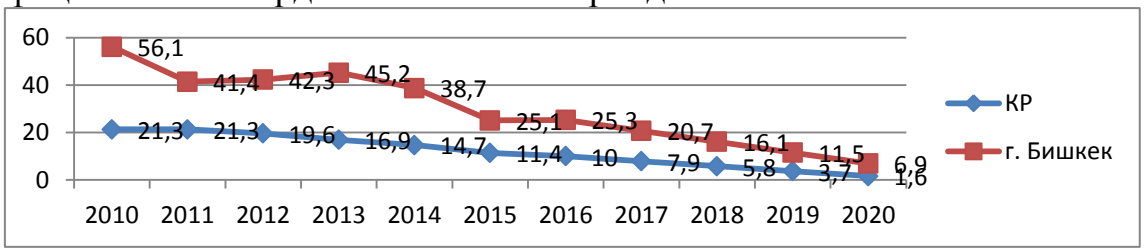
Кыргыз Республикасындагы саламаттык сактоонун баштапкы деңгээлинде кош бойлуу кезде курч пиелонефрит менен ооруу тенденциясынын сакталышында прогностикалык чоңдук жыл сайын өсөт жана 2020-жылга 10591,2 учурга жетет, бул 2010-жылдын көрсөткүчүнөн 1,1 эсе жогору (3-сүр.).



3-сүр. Саламаттык сактоонун баштапкы деңгээлинде кош бойлуу кезде курч пиелонефрит менен ооруу деңгээлинин 2020-жылга чейинки орто мөөнөттүү прогнозу (абс.).

Ооруунун Бишкек шаары боюнча кыска мөөнөттүү прогнозу жыл сайын статистикалык маанилүү өсүштү көрсөтүүдө: 2020-жылга чейин курч пиелонефриттин 5752,0 учуру, бул 2010-жылдын деңгээлинене 2.4 эсе жогору (3-сүр.).

Бул мезгилдеги акушердик стационарлардын маалыматтары боюнча кош бойлуу кезде курч пиелонефрит менен ооруу динамикасын баалоодо (4-сүр.) КР жана Бишкек боюнча динамикалык катардын тенденциялары сакталган убакта болжолдуу прогностикалык чоңдук төмөндөөсүн улантат жана 2020-жылга КР боюнча 1 миң төрөткө 1,6 көрсөткүчүнө, ал эми Бишкек боюнча 1миң төрөткө 6,9га жетет. Теңдеменин статистикалык маанилүүлүгү детерминация коэффициентинин жардамы менен текшерилди.



4-сүр. Акушердик стационарлардын маалыматтары боюнча 2020-ж. чейин (1 миң төрөткө) кош бойлуу кезде курч пиелонефрит менен ооруу деңгээлинин орто мөөнөттүү прогнозу.

3.2. Кош бойлуулардын курч пиелонефриттеринин клиникалык-лабораториялык мүнөздөмөсү.

Арызданулардын классикалык *клиникалык картинасы* пиелонефрит менен ооруган кош бойлуу аялдардын 75,3% ачыкталган, 24,7% аялдарда «алтын стандарттын» симптомдорунун бирөө жок болгон, мында топтордо статистикалык маанилүү айырма табылган эмес, p>0,05.

Кандын жайылтылган анализинде курч пиелонефрит менен кош бойлууларда лейкоцитоз (11,2±0,6 г/л), таякча ядролуу жылышуу менен нейтрофилез (7,0±0,3%), сегменттик ядролуу нейтрофилез (73,5±0,3%), лимфоцитопения (16,8±0,3%), эозинофилопения (0,1±0,1%), моноцитопения (2,6±0,2%) байкалган, негизги топтордо статистикалык маанилүү айырма табылган эмес, p>0,05, контролдук топ менен - p<0,001. Курч пиелонефрит анемиянын фонунда ГП тобунда 13,3% учурда, ӨПК тобунда статистикалык маанилүү көбүрөөк байкалган – 35,1% кош бойлуу аял (t=3,6, p<0,001).

ГП жанаӨПК менен ооруган кош бойлуулардын заарасынын жалпы анализине: зааранын түсү киргилболушу (97,4±1,5%), протеинурия (0,8±0,2г/л), микрогематурия (6,0±0,2 г/л), лейкоцитоз (86,4±1,6%), көп сандагы эпителий клеткалары, бактериялар (++++) – (26,4±4,3%), туздар (оксалат, ураттар) - (92,7±2,2%) мүнөздүү, бул контролдук топко салыштырмалуу статистикалык маанилүү, p<0,001.

Курч пиелонефрит менен ооруган кош бойлуу аялдардын микробдук агенттеринин этиоструктурасы жана алардын бактерияга каршы препараттарга сезимталдуулугу.

Изилдөөнүн маалыматтарында кош бойлуу аялдардын курч пиелонефритинин этиологиялык агенти болуп 588 түр микроб саналаары аныкталды, алардын ичинен: 550 түрүшарттуу-патогендик жана 38 түрү облигаттык-патогендик инфекциялар. Мында 93,5%да оппортунисттик инфекция аныкталган, спецификалык инфекциялар (ЖЖБИ) 6,5% учурда идентификацияланган. ГП тобунда ӨКП тобуна салыштырмалуу статистикалык маанилүү көбүрөөк инфекция аныкталган жана микробдордун пейзажынынар түрдүүлүгү көбүрөөк, p<0,001.

Кош бойлуу аялдардын ГП тобунда 35,4% жана ӨКП тобунда 75,5%дауропатогенди идентификациялоо мүмкүн болгон жок, статистикалык маанилүү айырма, p<0,001. Микроорганизмдер жогору концентрацияда 67,9% кош бойлуу аялда аныкталган, 174уропатогенде микробдуксан 10^6 КОЕ/мл жогору түзгөн.

Микробдук пейзаждын толук картинасын аныктоо үчүн микробдорду ПЧР диагностика методу менен идентификациялоо жүргүзүлдү. Изилдөөнүн натыйжасында 88,0% кош бойлуу аялда шарттуу-патогендик инфекция аныкталган, алар: *уреаплазма* (31,7%), *гарднерелла* (23,7%), *микоплазма* (4,4%) *Candida түрүндөгү грибок* (28,2%); ошол эле учурда кош бойлуулардын 3,6%да

эки микробдун ассоциациясы табылган. Курч пиелонефрит менен ооруган кош бойлуулардын 12,4%да хламидия табылган.

Изилдөөнүн жүрүшүндө курч пиелонефрит менен ооруган кош бойлууларда патогендердин этиоструктурасы микст-инфекция менен мүнөздөлөөрү аныкталган, мында микроорганизмдердин ассоциациясы текшерилгендердин 3,6%да 5 микробдон, 11,2%да 4микроорганизмден, 7,9% - 3 козгогуч жана 61,6%да 2 уропатогенден турган.

3.3. Кыргыз Республикасындагы пиелонефрит менен ооруган кош бойлуу аялдардын медициналык-социалдык портрети.

Экстрагениталдык патология бардыгы болуп 58,7% кош бойлуу аялда аныкталган (1 табл.).

1 таблица – кош бойлуу аялдардын экстрагениталдык патологияларынын структурасы (текшерилген 100 аялга)

Көрсөткүчтөр	Негизги топтор				Контролдук топ	
	I топ (ГП),		II топ (ӨПК),			
	n=158		n=147		n=150	
	Абс.	M±m	Абс.	M±m	Абс.	M±m
Заара бөлүп чыгаруу системасынын оорулары	3	1,9±1,1***	147	100,0±0,0***	1	0,7±0,7
Инфекциялык жана паразитардык оорулар	2	1,3±0,9***	1	0,7±0,7***	-	-
Жүрөк-кан тамыр оорулары	5	3,2±1,4	10	6,8±2,1***	4	2,7±1,3
Дем алуу органдарыныоорулары	7	4,4±1,6***	2	1,4±1,0***	4	2,7±1,3
Тамак сиңирүү органдарынын оорулары	3	1,9±1,1***	3	2,0±1,2***	6	4,0±1,6
Эндокриндик система оорулары	1	0,6±0,6***	8	5,4±1,9	5	3,3±1,5
Кан, кан жаратуу органдарынын оорулары	21	13,3±2,7***	27	18,4±3,2***	7	4,7±1,7
Бардык аныкталган	42	26,6±3,5***	198	134,7±0,0***	27	18,0±3,1

*Эскертүү - ***негизги топтун контролдук топко салыштырмалуу айырмаларынын аныктыгы p<0,001.*

Мында биринчи рангдагы орундазаара бөлүп чыгаруу системасынын оорулары (33,2%), экинчи – кан оорулары (12,1%), башка нозологиялар 10,0% ашпаган патологиялар.

Экстрагениталдык патология биринчи топтогу ар бир 4-кош бойлууда (26,6%), экинчи топто ар бир 3-кош бойлууда (34,7%) жана контролдук топто ар бир 5-кош бойлууда аныкталган.

3.4. Пиелонефрит учурунда кош бойлуулуктун, төрөттүн жүрүшүнүн өзгөчөлүктөрү жана эне менен бала үчүн натыйжалары. Кош бойлуулуктун кабылдаган жүрүшү өнөкөт пиелонефрит менен топко (23,1%) караганда гестациялык пиелонефрит менен топто көбүрөөк билинген (31,0%) (2 табл).

2 таблица – Гестациялык процесстин жүрүү өзгөчөлүктөрү (%)

Көрсөткүчтөр	Негизги топтор				Контролдук топ	
	I топ		II топ			
	n=158		n=147		n=150	
	абс	M±m	абс.	M±m	абс	M±m
Кош бойлуулук кабылдоолору менен аялдардын саны	49	31,0±3,7***	34	23,1±3,5***	15	10,0±2,5
Кабылдоолордун түрлөрү:	125	79,1±3,2***	65	44,2±4,1***	15	10,0±2,5
Бөйрөктүн гидронефротикалык трансформациясы	5	3,2±1,4	6	4,1±1,6	-	
Гестациялык анемия	49	31,0±3,7	21	14,3±2,9	15	10,0±2,5
Жеңил даражадагы преэклампсия	2	1,3±0,9	-	-	-	
Оор даражадагы преэклампсия	5	3,2±1,4	7	4,8±1,8	-	
Суусунун аздыгы	15	9,5±2,3	3	2,0±1,2**	-	
Суусунун көптүгү	19	12,0±2,6	1	0,7±0,7***	-	
ФПЖ	13	8,2±2,2	4	2,7±1,3*	-	
КИӨК	-	-	5	3,4±1,5	-	
Боюнан түшүү коркунучу	11	7,0±2,0	8	5,4±1,9	-	
Мөөнөтүнөн мурда плацентанын бөлүгү-нүн ажырап кетиши	-		5	3,4±1,5	-	
КИИ	6	3,8±1,5	4	2,7±1,3	-	
Түйүлдүктүн антенаталдыкөлүмү	-	-	1	0,7±0,7	-	

Эскертүү - негизги топтун контролдук топко салыштырмалуу айырмаларынын аныктыгы p<0,001.

Контролдук топто кош бойлуулук анык сейрек кабылдаган (10,0%), биринчи топко салыштырмалуу t=4,70, p<0,001 жана экинчи топко t=3,05, p=0,001.

Биринчи топто 1 кош бойлууга 2,5 кабылдоо, экинчи топто - 1,9 кабылдоо ачыкталган t=6,71, p<0,001, контролдук топто кабылдоолор анык сейрек кездешкен (15 аял), биринчи топ менен салыштырганда t=17,02, p<0,001 экинчи топ менен– t=7,12, p<0,001.

ГП менен кош бойлуулуктун кабылдоолору: гестациялык анемия (31,0%), суусунун көптүгү (12,0%), суусунун аздыгы (9,5%), ФПЖ (8,2%), боюнан түшүү коркунучу (7,0%), КИИ (3,8%), бөйрөктүн гидронефротикалык трансформациясы (3,2%), оор (3,2%) жанажеңил (1,3%) даражадагы преэклампсия.

ӨПК тобунда кош бойлуулуктун кабылдоолору: гестациялык анемия (14,3%), боюнан түшүү коркунучу (5,4%), оор даражадагы преэклампсия (4,8%), бөйрөктүн гидронефротикалык трансформациясы (4,1%), КИӨК (3,4%), мөөнөтүнөн мурда плацентанын бөлүгүнүн ажырап кетиши (3,4%), ФПЖ (2,7%), КИИ (2,7%), суусунун аздыгы (2,0%), түйүлдүктүн антенаталдык өлүмү (0,7%), суусунун көптүгү (0,7%).

Салыштырууда биринчи топто анык көп кездешкени: суусунун көптүгү (t=4,20, p<0,001), суусунун аздыгы (t=2,89, p=0,004) жана ФПЖ (t=2,15, p=0,03). Ошону менен бирге биринчи топто мөөнөтүнөн мурда плацентанын бөлүгүнүн ажырап кетиши, КИӨК жана түйүлдүктүн антенаталдык өлүмү ачыкталган эмес.

Мөөнөтүнөн мурда төрөт биринчи топтогу аялдардын 96,2% жана экинчи топтогулардын 94,6% кездешкен (3 табл.). Контролдук топто 100%кош бойлуулук өз убагында аяктаган, бул биринчи топко салыштырмалуу (t=2,53, p=0,01) жана экинчи топко (=2,84, p=0,004) статистикалык анык белгиленет.

Өнөкөт пиелонефрит менен ооруган кош бойлуулардын төрөтүнүн кабылдоосу анык көбүрөөк кездешкен - 30,6%, биринчи топто – 14,6%, t=3,39, p<0,001 жана контролдук топто – 8,7%, t=4,43, p<0,001. Төрөтү кабылдаган аялдардынсаны биринчи топто 12,0%, экинчи топто – 21,8%, t=2,29, p=0,02, контролдук топто - 8,0%, бул экинчи топтогудант=3,41 анык сейрек кездешет, p<0,001

ӨПК менен ооруган аялдардын кабылдоолорунун структурасында: суусунун төрөткө чейин кетиши (15,0%), жумшак ткандарынын травмалары (5,4%), нормалдуу жайгашкан плацентанын мөөнөтүнөн мурда ажырашы (3,4%), буту менен жатышы (2,7%), гипотониялык кан кетүү (1,4%), төрөт аракетинин начарлыгы (0,7%), төрөттөн кийинки эндометрит (2,0%).

Биринчи (94,3%) жана экинчи топтордо (87,8%) дени сак ымыркайлардын төрөлүшү контролдук топко салыштырмалуу анык азыраак (t=3,177, p=0,001 жанат=4,52, p<0,001).

3 таблица – Төрөттүн жүрүшүнүн өзгөчөлүктөрү (%)

Көрсөткүчтөр	Негизги топтор				Контролдук топ	
	I топ		II топ			
	n=158		n=147		n=150	
	Абс.	M±m	Абс.	M±m	Абс.	M±m
Өз убагындагы төрөт:	152	96,2±1,5**	139	94,6±1,9**	150	100,0±0,0
- өз алдынча төрөө	137	86,7±2,7	119	81,0±3,2	130	86,7±2,8
- абдоминалдык (КС) төрөт	3	1,9±1,1	9	6,1±2,0*	2	1,3±0,9
- абдоминалдык (жатындагы тырык) төрөт	12	7,6±2,1	11	7,5±2,2	18	12,0±2,7
Өтө эрте төрөө	2	1,3±0,9	-	-	-	-
Эрте төрөө	4	2,5±1,3	3	2,0±1,2	-	-
Күнүнө жетпей төрөө	-	-	5	3,4±1,5	-	-
Төрөтү кабылдаган аялдардын саны	19	12,0±2,6	32	21,8±3,4	12	8,0±2,2
Кабылдоолордун түрлөрү:	23	14,6±2,8	45	30,6±3,8	13	8,7±2,3
- буту менен келүү	2	1,3±0,9	4	2,7±1,3	2	1,3±0,9
- төрөткө чейин суунун кетиши	9	5,7±1,8**	22	15,0±2,9***	6	4,0±1,6
- НЖПММА	-	-	5	3,4±1,5	-	-
- төрөт аракетинин начарлыгы	-	-	1	0,7±0,7	-	-
- гипотониялык кан кетүү	-	-	2	1,4±1,0	-	-
- жумшак ткандардын травмасы	12	7,6±2,1	8	5,4±1,9	5	3,3±1.5
Төрөттөн кийинки кабылдоо (эндометрит)	-	-	3	2,0±1,2	-	-

Эскертүү - негизги топтун контролдук топко салыштырмалуу айырмаларынын аныктыгы.

Жаңы төрөлгөн ымыркайды Apgar боюнча баалоодожогорку баа (8-9 упай) менен контролдук топто (100,0%) көбүрөөк төрөлгөн, биринчи топто 88,6% балат=4,56, p<0,001 экинчи топто - 84,4%, t=5,20, p<0,001.

Биринчи топто3,8% бала жана экинчи топто 2,7% бала 6 упайдан кем бааланган. Экинчи топто 0,7% ӨТК жана өлүк төрөлүү болгон. Биринчи топто ара төрөлгөн балдар 3,8%, экинчиде – 5,4%.

Бир катар тобокелчилик факторлорун ранжирлөөнүн негизинде алардын прогноздук маанилүүлүгү жана пиелонефрит менен ооруган кош бойлуулардын кош бойлуулугунун жана төрөтүнүн кабылдоо мүмкүнчүлүгүн прогноздоо алгоритми эсептелген.

4 таблицадагы маалыматтардан көрүнүп тургандай, гестация процессинин кабылдаган жүрүшүнүн ыктымалдуулугунун жогорку прогностикалык маанилүүлүгүнө төмөнкү тобокелчилик факторлору ээ.

4 таблица – Кабылдаган гестация процессинин өнүгүшүндөгү тобокелчилик факторлорунун прогностикалык маанилүүлүгү

Тобокелчилик фактору	**Se**	**Sp**	**Se+ Sp**	**RR**	**OR**	**χ^2**	**95%, ДИ**
Биринчи төрөт	98%	35%	133%	1,4	54,5	11,3	0,7-3,2
3- жана андан кийинки кош бойлуулук	100%	1%	101%	0,5	0,5	16,6	0,5-0,7
Анамнезде аборт бар болушу	82%	3%	85%	0,7	0,14	8,7	0,6-0,8
Анамнезде 2 ден ашык аборт бар болушу	96%	18%	114%	1,7	5,4	11,8	0,6-4,5
Айкалышкан экстрагениталдык патология	99%	7%	113%	3,5	21,1	13,4	0,6-19,1
Кош бойлуулуктун 20-жумасына чейин башталган курч пиелонефритэпизоду	85%	13%	98%	0,91	0,9	12,3	0,3-2,5
Кош бойлуулуктун 20-24-жумасында башталган курч пиелонефрит эпизоду	99%	7%	106%	5,11	16,3	11,7	0,8-31,5
Жогору температуранын жок болушу	99%	8%	107%	17,6	14,7	11,2	1,1-47,2
Антибиотиктин дайындалган биринчи дозасынын жоктугу	97%	33%	130%	13,8	16,6	7,3	0,9-1,3
Стационарга кеч жаткырылуу	46%	95%	141%	1,1	16,6	13,2	0,5-0,7
Бактериуриясыз лейкоцитурия	52%	8%	60%	0,9	11,8	16,8	0,8-0,9
Микробдук пейзаждын ар түрдүүлүгү	98%	16%	114%	7,7	0,12	11,0	2,0-29,3
Микроорганизмдердин вирулентүүлүгү	43%	97%	110%	1,3	34,6	29,0	1,2-1,3
Микробдордун туруктуулугу	99%	13%	112%	11,5	25,9	10,9	1,7-78,1
ЖЖБИ	70%	97%	167%	1,2	0,07	11,4	0,4-1,3
C, D, X классындагы микробго каршы препараттарды дайындоо	99%	43%	142%	40,6	181,2	11,6	5,8-282,9
Толук микробдук сакаюунун жоктугу	99%	20%	119%	9,7	16,4	25,6	2.4-38,0
Оорунун кош бойлуулук учурунда бир жолудан көп кайталанышы	99%	81%	180%	116,8	61,9	11,8	166,6-823,2
супрессивдик терапиянын жоктугу	99%	42%	141%	27,6	66,4	48,9	6,9-109,4

биринчи төрөт, пиелонефритачыкталганда антибиотиктин биринчи дозасынын дайындалышынын жоктугу, пиелонефрит менен ооруканага кеч жаткыруу, микроорганизмдердин вируленттүүлүгүнүн жогору болушу, ЖЖБИ, пиелонефриттин себеби катары, оорунун кош бойлуулук учурунда бир жолудан көп кайталанышы жана супрессивдик терапиянын жоктугу.

Прогностикалык маанилүүлүктүн орточо даражасына төмөнкү тобокелчилик факторлору ээ: анамнезде 2 ден ашык аборт бар болушу, айкалышкан экстрагениталдык патология, кош бойлуулуктун 20-24-жумасында башталган, температуралык реакциясыз курч пиелонефрит эпизоду, микробдук пейзаждын ар түрдүүлүгү, микробдордун туруктуулугу, пиелонефритти дарылагандан кийин заара-жыныстык сфераны толук санациялоонун жоктугу.

Гестациянын кабылдоолорунун ыктымалдуулугун *прогноздоо алгоритми*:

- жогорку даражадагы прогностикалык маанилүүлүктүн предикттер тобундагы үч же андан көп тобокелчилик факторлорунун баш болушу;
- орточо даражадагы прогностикалык маанилүүлүктүн предикттер тобундагы төрт же андан көп тобокелчилик факторлорунун баш болушу;
- жогорку жана орточо даражадагы прогностикалык маанилүүлүктүн топторунан төрт жана андан көп тобокелчилик факторлорунун бар болушу.

3.5. Кыргыз Республикасындагы кош бойлуулардын пиелонефритин дарылоо тактикасы.

Пиелонефрит менен ооруган пациенттерди дарылоонун жогорку сапатынын реалдуу кадамдарынын бири клиникалык протоколдун негизги рекомендацияларын, сезгенүүгө каршы терапияны жеке адамга карата тууралоо менен сактоо болуп саналат. Бул инфекциялык агент толук эрадикацияланган аялдардын санынын өсүшүнө көмөк көрсөтөт.

Пиелонефрит менен ооруган кош бойлуулардын микробго каршы терапиясынын препараттарды дайындоо мөөнөттөрү жана терапияны коррекциялоого басым жасаган алгоритми иштелип чыкты. Ар бир этапта дарылоону жеке адамга карата тууралоо зарылчылыгы белгиленди. Дарылоонун сапатын баалоо үчүн индикаторлордун тизмеги сунушталат.

Аларды колдонуу ар бир конкреттүү мекемеде кош бойлуулардын коштогон патологияларынын диагностикасы жана реабилитациясы боюнча медициналык чаралардын кемчиликтерин өз убагында аныктоого мүмкүнчүлүк берет.

Курч пиелонефрит менен ооруган кош бойлуу аялдарга медициналык жардамдын *сапатын баалоо индикаторлору*:

1. кош бойлуулардын жалпы санынан курч пиелонефрит менен ооруган аялдардын пайызы;
2. үй-бүлөлүк врачтар эмпирикалык терапиянын биринчи дозасын дайындаган аялдардын пайызы;

3. эмпирикалык терапия дайындалганга чейин бактериологиялык изилдөө тапшырган аялдардын пайызы;
4. ооруканага жаткыруу мөөнөтү;
5. жаткырылган стационардынпрофили;
6. стационарга жаткырылган аялдардын пайызы;
7. бактериологиялык изилдөөнүн жыйынтыгын алгандан кийин терапиясы коррекцияланган аялдардын пайызы;
8. козгогуч толук эрадикацияланган аялдардын пайызы;
9. төрөткө чейин жана төрөттөн кийин 2 жума ичинде супрессивдик терапия алган аялдардын пайызы;
10. бактериологиялык изилдөө ай сайын көзөмөлдөнгөн аялдардын пайызы;
11. кош бойлуулук учурунда кайталануулардын саны;
12. аныкталган уропатогендердин сезимталдыгын эске алуу менен бактерияга каршы терапиянын наркы.

ТЫЯНАКТАР

1. Саламаттык сактоонун баштапкы звенолорунун маалыматы боюнча 2010-жылдан 2015-жылга чейин кош бойлуулардын пиелонефрит менен ооруусунун жалпысынан республика боюнча 1,1 эсе, Бишкек боюнча 1,5эсе өсүшү белгиленген. Кыска мөөнөттүү прогноз ооруунун 2020-жылга чейин өсүш ыктымалдуулугун көрсөтөт, мында стационарларда дарыланган пациенттердин санынын төмөндөшү күтүлөт, республика боюнча 1,6 эсе жана 1,7 эсе Бишкек ш. боюнча.
2. Кош бойлуу учурдагы курч пиелонефриттин классикалык картинасы 75,3% учурда аныкталган, уропатогендердин этиоструктурасы көбүнчө оппортунисттик (93,5%) жана бир аз спецификалык (6,5%) инфекциялардан турат, 2ден 5ке чейин микробдордон турган ассоциациялар мүмкүн, алардын структурасына Echerichia coli (77,6%), уреаплазма (31,7%), гарднерелла (23,7%), Candida түрүндөгү грибоктор (28,2%), хламидия (12,4%) камтылган. Уропатогендер 1-муундагы цефалоспориндерге (81,6%) жанажарым синтетикалык аминопенициллиндерге (83,5%) абдан туруктуу.
3. Кош бойлуулук жана төрөттүн кабылдаган жүрүшүнүн тобокелчилик факторлору болуп соматикалык патологиянын деңгээлинин жогорулугу (QR-21,1), биринчи төрөт (QR-54,5), пиелонефритти дарылоонун клиникалык протоколун аткаруудагы бузуулар (QR-16,3-16,6), микроорганизмдердин вируленттүүлүгүнүн жогору болушу (QR-34,6), кош бойлуулук мезгилинде пиелонефриттин рецидивдери (QR-61,9), супрессивдик терапиянын жок болушу (QR-16,4) саналат.
4. Кош бойлуулуктун кабылдаган жүрүшү аялдардын 58,7%да байкалган. Кош бойлуу пиелонефриттердин тобунда 1кош бойлууга 2,5 кабылдоо, ӨПК

тобунда 1,9 кабылдоо, структурда анемия (54,3%), суусунун көп болушу (12,7%), суусунун аз болушу (11,5%), боюнан түшүп калуу (12,4%), оор даражадагы преэклампсия (8%), КИИ (2,7%) басымдуулук кылган. ГП тобуна караганда (14,6%), t=4,43, p<0,001, ӨПК тобунда аялдарда төрөт статистикалык маанилүү көбүрөөк кабылдаган (30,6%): суусунун төрөткө чейин кетиши (15,0%), жумшак ткандардын травмалары (5,4%), НЖПММА (3,4%), гипотонияолык кан кетүү (1,4%), төрөт аракетинин начардыгы (0,7%) жана торөттөн кийинки эндометрит (2,0), көбүрөөк балдар ара төрөлгөн (5,4%), ӨТК (0,7%) жана өлүк төрөлүү (0,7%).

5. Курч пиелонефрит менен ооруган кош бойлуулардын терапиясынын негизги дефектилери: кеч госпитализация (46,1%), үй-бүлөлүк врачтардын бактерияга каршы терапия баштабаганы (100%), микробго каршы терапиянын FDA рекомендацияларына дал келбөөсү, микробиологиялык сакаюуга жетишпегендик (43,3%), оорунун тез-тез частые рецидиви (89,6%), супрессивдик терапиянын жоктугу (100%).

ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАР

1.Пиелонефриттин келип чыгышынын жана анын кабылдоолорунун алдын алуу максатында негиз катары КР аялдардын ден соолугун башкаруунун сунушталган моделин колдонуу сунушталат.

2.Пиелонефритти диагностикалоону жакшыртуу боюнча иш чаралар:

2.1. Клиникалык диагностика үчүн Урологдордун эл аралык жана европалык ассоциациялары (EAU, 2004) иштеп чыккан классификацияны Жугуштуу оорулар боюнча Америкалык коомунун (IDSA, 1992) жана Европа клиникалык микробиология жана инфекциялык оорулар боюнча коомунун (ESCMID, 1993) заара-жыныс жолдорунун инфекцияларынын критерийлерин колдонуу менен жетекчиликке алуу керек.

2.2. Кош бойлуулукта пиелонефриттерди өз убагында ачыктоо үчүн кош бойлуулуктун 12-16 жумасында кайрадан бактериологиялык изилдөө жүргүзүү зарыл.

3. Кош бойлуулардын пиелонефриттерин дарылоо бир катар рекомендацияларды эске алуу менен жүргүзүлүшү керек:

3.1. Дарылоо программаларында клиникалык протоколдун рекомендациялары так аткарылышы зарыл, алар болсо жаңы маалыматтарды эсепке алуу менен дайыма такталып турушу керек.

3.2. Бактерияга каршы терапияны энени жана түйүлдүк үчүн FDA коопсуздук критерийлерин эсепке алуу менен жүргүзүү керек.

3.3. Кош бойлуулукта пиелонефриттерди дарылоо микробиологиялык сакаюуга (абактериурия) багытталган болушу керек.

3.4. Супрессивдик терапия төрөткө чейин жана төрөттөн кийин 2 жума аралыгында уланышы керек, себеби септикалык кабылдоолордун тобокелчилиги жогору.

3.5. Адекваттуу эффективдүү, микробдордун бөлүнгөн этиоструктурасын, алардын микробдорго каршы препараттарга сезимталдыгы туруктуулугун эске алуу менен бактерияга каршы терапия эне, түйүлдүк жана жаңы төрөлгөн ымыркай үчүн кош бойлуулуктун, төрөт жана төрөттөн кийинки мезгилде кабылдоолор тобокелчиликтерин төмөндөтүүгө мүмкүнчүлүк берет.

3.6. Бактериологиялык изилдөөлөр кош бойлуулуктагы курч пиелонефриттин биринчи эпизодунан кийинки микробго каршы терапиядан 2 жумадан кийин жана төрөткө чейин ай сайын, төрөттөн кийин 2 жума ичинде жүргүзүлүшү керек, себеби пиелонефриттин кайталануу тобокелчилиги жогору.

4. Кош бойлуулуктун жүрүшүнүн, төрөт жана алардын натыйжаларынын кабылдоолорунун ыктымалдуулугун прогноздоо үчүн алардын рангдык маанилүүлүгүнө негизделген алгоритмди колдонуу сунушталат.

5. Кош бойлуулуктун жана төрөттүн жүрүшүн көзөмөлдөөнүн эффективдүүлүгүн жогорулатуу максатында:

5.1. Жылдык отчеттордун анализинде медициналык кызматтардын сапатын баалоо индикаторлорун колдонуу зарыл.

5.2. Кош бойлуу аялдардын курч пиелонефритинде медициналык жардам дын сапатын баалоо менен ички аудит жүргүзүү.

5.3. Пиелонефрит фонундагы кош бойлуулуктун жүрүшүн терапиясы жана диспансердик байкоодо медициналык жардамдын баштапкы жана экинчи (үчүнчү) деңгээлинин ортосундагы жол улоочулукту күчөтүү.

6. Аялдар жана медициналык персонал үчүн окутуу программалары.

6.1. Өспүрүм кыздар жана аялдар арасында кош бойлуулукту пландоо жана пиелонефриттердин фонундагы кош бойлуулуктун жүрүшүнүн өзгөчөлүктөрү жана эне менен түйүлдүктүн өмүрүнө мүмкүн болгон коркунучтар жөнүндө прегравидардык даярдык агартуу иштерин күчөтүү.

6.2. Үй-бүлөлүк медицинанын врачтары жана акушер-гинекологдордун пиелонефриттин фонундагы кош бойлуулуктун жүрүшүнө диспансердик байкоонун этаптарын сактоо боюнча квалификациясын жогорулатуу, ооруунун эффективдүү алдын алуу үчүн улуттук клиникалык протоколдордун аткарылышына үзгүлтүксүз мониторинг камсыздоо.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН ТЕМАСЫ БОЮНЧА ЖАРЫККА ЧЫККАН ЭМГЕКТЕРДИН ТИЗМЕСИ

1. **Отогонова, Ж. К.** Особенности развития и течения пиелонефритов у беременных [Текст] / А. Э. Самигуллина // Наука новые технологии и инновации Кыргызстана – 2015. - № 5. – С. 59-62. – Режим доступа https://elibrary.ru/item.asp?id=25727637.
2. **Отогонова, Ж. К.** Роль пиелонефритов у беременных женщин в развитии осложнений у плода и новорожденного [Текст] / А. Э. Самигуллина // Известия ВУЗов Кыргызстана – 2015. - № 9. – С. 27-29. Режим доступа https://elibrary.ru/item.asp?id=25727637.
3. **Отогонова, Ж. К.** Роль пиелонефритов в развитии акушерских осложнений [Текст] / А. Э. Самигуллина // Известия ВУЗов Кыргызстана – 2016. - № 1. – С. 36-38. Режим доступа https://elibrary.ru/item.asp?id=25727637.
4. **Отогонова, Ж. К.** Основные моменты диагностики и тактики лечения пиелонефритов у беременных женщин [Текст] / А. Э. Самигуллина // Наука новые технологии и инновации Кыргызстана – 2016. - № 5. – С. 60-64. Режим доступа https://elibrary.ru/item.asp?id=26285382.
5. **Отогонова, Ж. К.** Заболевания почек у беременных на первичном уровне здравоохранения ретроспективное исследование [Текст] / А. Э. Самигуллина // Известия ВУЗов Кыргызстана – 2017. - № 9. – С. 42-46. Режим доступа https://elibrary.ru/item.asp?id=32367505.
6. **Отогонова, Ж. К.** Гестационный пиелонефрит в КР частота и прогноз [Текст] / А. Э. Самигуллина // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований – 2018. - № 2. – С. 121-126. Режим доступа https://elibrary.ru/item.asp?id=32367505.
7. **Отогонова, Ж. К.** Соматическое здоровье беременных женщин с пиелонефритом в Кыргызской Республике [Текст] / А.Э. Самигуллина // Современные проблемы науки и образования – 2018. - № 3. – С. 17-20. Режим доступа https://elibrary.ru/item.asp?id=35166830.
8. **Отогонова, Ж. К.** Features of course of, pregnancy childbirth and outcomes for the mother and fetus with pyelonephritis [Текст] / А. Э. Самигуллина // European journal of natural history – 2018. - № 2. – С.29-34. Режим доступа https://elibrary.ru/item.asp?id=32785240.

Отогонова Жылдыз Кадыровнанын «Пиелонефритте кош бойлуулуктун жүрүш өзгөчөлүктөрү: прогноздоо жана кабылдоолордун алдын алуу» деген темадагы 14.01.01 – акушердик жана гинекология, адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн диссертациясынын

РЕЗЮМЕСИ

Негизги сөздөр: кош бойлуулуктун жүрүшү, пиелонефрит, прогноздоо, кабылдоолордун алдын алуу.

Изилдөөнүн материалы. Изилдөөнүн объектиси - 455 кош бойлуу аял, алардан 1- топ – гестациялык пиелонефрит (ГП) менен 158 кош бойлуу аял, 2-топ – өнөкөт пиелонефриттин күчөөсү (ӨПК) менен 147 аял, 3-топ көзөмөлдүк топ – 150 шарттуу ден соолугу чың кош бойлуу аял.

Изилдөө темасы: КР ССМ ЭССБ 2010-2015-жж. мезгилинде кош бойлуулук убагындагы курч өткөн пиелонефриттердин жыштыгы боюнча расмий маалыматы.

Изилдөөнүн максаты: пиелонефрити бар аялдардын гестация процессинин жүрүшү жана аяктоосуна комплекстүү баа берүү жана кош бойлуулук жана төрөттүн кабылдап кетүүлөрүн прогноздоо, алардын жыштыгын жана оордугун төмөндөтүү боюнча иш чараларды иштеп чыгуу.

Изилдөө методдору: клиникалык, лабораториялык, инструменталдык, эксперттик жана статистикалык.

Изилдөөнүн натыйжалары. Азыркы таптагы акушердик үчүн пиелонефриттердин жыштыгынын өсүшү мүнөздүү. Кыска мөөнөттүү прогноз аталган тенденциянын 2020-жылга чейин сакталуусун бекемдейт. 93,5% учурда уропатоген катары оппортунисттик инфекциялар саналат, козгогучтардын этиоструктурасы микроорганизмдердин ассоциациясынан турат. Кош бойлуулук менен төрөттөрдүн кабылдап кетүү тобокелчилигинин факторлору болуп соматикалык патологиянын жогору деңгээли (58,7%, QR-21,1), биринчи төрөт (QR-54,5), клиникалык протоколду сактабоо (QR-16,3-16,6), микроорганизмдердин жогору вируленттүүлүгү (QR-34,6), кош бойлуулуктун жүрүшүндө пиелонефриттин рецидиви (QR-61,9), супрессивдик терапиянын жоктугу (QR-16,4) саналат. 58,7% аялдын кош бойлуулугу кабылдап, татаалдап кеткен, ГП тобунда бир кош бойлуу аялга 2,5 кабылдоо туура келсе, ӨПК тобунда - 1,9 кабылдоо, анемия (54,3%), суусу көп болуусу (12,7%), суусунун аз болушу (11,5%), бойдон түшүп калуу коркунучу (12,4%), оор даражадагы преэклампсия (8%), ВУИ (2,7%). ӨПК тобундагы аялдардын төрөтү статистикалык жактан көп кабылдап, татаалдашкан (30,6%), ГП тобунда

(14,6%), t=4,43, p<0,001: төрөткө чейин суунун кетиши (15,0%), жумшак ткандарынын травмасы (5,4%), ПОНРП (3,4%), гипотониялык кан кетүү (1,4%), төрөө аракетинин начардыгы (0,7%) төрөттөн кийинки эндометрит (2,0), көп учурда айына жетпеген балдар төрөлүүсү (5,4%), ВПР (0,7%) өлүү төрөлүү (0,7%). Курч пиелонефрит менен ооруган кош бойлуу аялдардын терапиясынын негизги кемчиликтери: кеч госпитализация (46,1%), үй-бүлөлүк врачтардын бактерияга каршы терапияны баштабаганы (100%), бактерияга каршы терапиянын FDA рекомендацияларына дал келбөөсү, микробиологиялык сакаюуга жетишпөө (43,3%), оорунун тез-тез кайталана бериши (89,6%), супрессивдик терапиянын жоктугу (100%).

Пайдалануу боюнча сунуштар: үй-бүлөлүк дарыгерлер борборлоруна, гинекологиялык ооруканаларына жана медициналык ЖОЖнын окуу программаларына киргизүү сунушталат.

Колдонуу тармагы: үй-бүлөлүк дарыгерлер борбору, үй-бүлөлүк дарыгерлер тобу, территориялык, областык жана республикалык гинекологиялык стационарлары, медициналык ЖОЖдордун гинекология жана үй-бүлө медицинасы кафедралары.

РЕЗЮМЕ

диссертации Отогоновой Жылдыз Кадыровны на тему: «Особенности течения беременности при пиелонефрите: прогнозирование и профилактике осложнений» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 – «акушерство и гинекология»

Ключевые слова: течение беременности, пиелонефрит, прогнозирование, профилактика осложнений.

Объект исследования. Объект исследования 455 беременных женщин, из них: 1-я группа – 158 беременных женщин с гестационным пиелонефритом (ГП), 2-я группа – 147 женщин с обострением хронического пиелонефрита (ОХП), 3-я группа контрольная – 150 условно здоровых беременных женщин.

Предмет исследования. Официальные данные ЦЭЗ МЗ КР по частоте острых пиелонефритов при беременности за период 2010-2015 гг.

Цель исследования: представить комплексную оценку течения и исходов процесса гестации у женщин с пиелонефритом и разработать мероприятия по прогнозированию, снижению частоты и тяжести осложнений беременности и родов.

Методы исследования: клинические, лабораторные, инструментальные, экспертные и статистические.

Результаты исследования. Для современного акушерства характерен рост частоты пиелонефритов, краткосрочный прогноз подтверждает сохранение данной тенденции до 2020 года. В 93,5% случаев в качестве уропатогена выступают оппортунистические инфекции, этиоструктура возбудителей представлена ассоциацией микроорганизмов. Факторами риска осложненного течение беременности и родов являются высокий уровень соматической патологии (58,7%, QR-21,1), первые роды (QR-54,5), отсутствие приверженности клиническому протоколу (QR-16,3-16,6), высокая вирулентность микроорганизмов (QR-34,6), рецидивы пиелонефрита в течение беременности (QR-61,9), отсутствие супрессивной терапии (QR-16,4). Осложненное течение беременности отмечалось у 58,7% женщин, в группе ГП на 1 беременную пришлось по 2,5 осложнения, в группе ОХП по - 1,9 осложнения, были анемия (54,3%), многоводие (12,7%), маловодие (11,5%), угроза невынашивания (12,4%), преэклампсия тяжелой степени (8%), ВУИ (2,7%). Роды у женщин из группы с ОХП статистически значимо чаще осложнялись (30,6%), чем в группе с ГП (14,6%), t=4,43, p<0,001: дородовым излитием околоплодных вод (15,0%), травмами мягких тканей (5,4%), ПОНРП (3,4%), гипотоническим кровотечением (1,4%), слабостью родовой деятельности (0,7%) и послеродовым эндометритом (2,0), чаще рождались недоношенные дети (5,4%), с ВПР (0,7%) и мертворожденные (0,7%). Основными дефектами терапии беременных с острым пиелонефритом были: поздняя госпитализация (46,1%), отсутствие начала антибактериальной терапии семейными врачами (100%), несоответствие антимикробной терапии рекомендациям FDA, недостижение микробиологического выздоровления (43,3%), частые рецидивы заболевания (89,6%), отсутствие супрессивной терапии (100%).

Рекомендации по использованию: следует внедрить в практику работы Центров семейной медицины, гинекологических больниц, также в учебные программы ВУЗов.

Область применения: ГСВ, ЦСМ, акушерские стационары.

SUMMARY

of the Dissertation of Otogonova Zhyldyz Kadyrovna on the theme “Features of Gestation Course under Pyelonephritis: Prediction and Prevention of Complications” for the Academic Degree of theCandidate of Medical Science, specialty 14.01.01 – Obstetrics & Gynaecology

Key words: gestation course, pyelonephritis, forecasting, complication prevention.

Research material. The object of study is 455 pregnant women, among them: first group - 158 pregnant women with gestational pyelonephritis (GP), 2nd group -

147 women with recrudescence of chronic pyelonephritis (ECP), 3rd group control - 150 conditionally healthy pregnant women.

Subject of study: Official data of the Center for Electronic Public Health under the KR MH on the frequency of acute pyelonephritis during pregnancy for the period 2010-2015.

Goal of the research: to provide a comprehensive assessment of the gestation course and fate of in women with pyelonephritis and to develop measures to predict, reduce the frequency and severity of complications of pregnancy and childbirth.

Methods of the research: clinical, laboratory, instrumental, expert and statistical.

Results of the research: The modern obstetrics are characterized by the increased frequency of pyelonephritis; short-term prediction confirms the continuation of this trend up to 2020. In 93,5% of cases the opportunistic infections are asuropathogen, causative agent etio-structure is presented by the microorganism's association. Risk factors for complications during pregnancy and childbirth are the high level of somatic pathology (58.7 per cent, QR 21,1), first birth (QR-54,5), a lack of commitment to clinical protocol (QR-16,3-16,6), high virulence of microorganisms (QR-34,6), recurrences of pyelonephritis during pregnancy (QR-61,9), the absence of suppressive therapy (QR 16,4). Complicated course of pregnancy was observed in 58.7 per cent of women in the group GP, 1 pregnant had 2.5 complications in GP group - in OHP group -1.9 complications, anemia (54,3%), polyhydramnios (12,7%), oligohydramnios (11.5 per cent), threat of miscarriage (12.4 per cent), preeclampsia severe degree (8%), congenital infection (2.7 per cent). Birth in women from the OHP group group were more statistically significantly more frequently complicated (30,6%) than in the group with GP (14,6%), $t=4,43$, $p<0.001$: prenatal rupture of membranes (15,0%), soft tissue injuries (5,4%), premature detachment of normally situated placenta (3,4%), hypotonic bleeding (1.4 per cent), the weakness of labor (0.7%) and postpartum endometritis (2,0), more often born premature infants (5.4 percent), with conformational abnormalities (0.7%) and stillbirths (0.7 percent). The main defects of the treatment of pregnant women with acute pyelonephritis were: late hospitalization (46,1%), lack of initiationof antibiotic therapy by family doctors (100%), the discrepancy of antimicrobial therapy to FDA, failure to achieve microbiological recovery (43,3%), frequent relapses (89,6%), the absence of suppressive therapy (100%).

Recommendations for use: to be put into practice of Family medicine centers, gynecological hospitals, as well as in the curriculum of universities.

Field of use: family medicine centers / groups of family doctors, territorial, regional children's hospitals and Family Medicine medical schools.

«Соф Басмасы» ЖЧКсында басылган
720020, Бишкек ш., Ахунбаев көч., 92.
Тиражы - 50 нуска.