МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ им. И. К. АХУНБАЕВА

Диссертационный совет Д 14.17.557

На правах рукописи
УДК: 618.3-06:616.61-002.3

ОТОГОНОВА ЖЫЛДЫЗ КАДЫРОВНА

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ: ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ

14.01.01 – акушерство и гинекология

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек – 2019

Работа выполнена в отделении «Брак и семья» Национального центра охраны материнства и детства при МЗ Кыргызской Республики.

Научный руководитель: **Самигуллина Альфия Эльдаровна**
доктор медицинских наук, профессор,
депутат Жогорку Кенеша Кыргызской Республики

Официальные оппоненты: **Бейшенбиева Гульнара Джанузаковна**
доктор медицинских наук, доцент,
заведующая кафедрой сестринского дела Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева;

Каюпова Лаура Саясатовна
доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела постдипломного обучения АО Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ Республики Казахстан.

Ведущая организация: Казахский медицинский университет непрерывного образования, кафедра акушерства и гинекологии (050000, Республика Казахстан, г. Алматы, ул. Манаса, 34).

Защита состоится «14» марта 2019 г. в 13.00 часов на заседании диссертационного совета Д 14.17.557 на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук при Национальном центре охраны материнства и детства Кыргызской Республики МЗ и Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева по адресу: 720038, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 190 конференц-зале, код доступа в режиме он-лайн защиты - 492 461 5315.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеках Национального центра охраны материнства и детства МЗ Кыргызской Республики (720038, Бишкек, ул. Ахунбаева, 190), Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева (720038, г. Бишкек, ул. Ахунбаева 92а) и на сайте http://ncomid.kg.

Ученый секретарь диссертационного совета
кандидат медицинских наук,
старший научный сотрудник Эшалиева А.С.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации. Острый пиелонефрит, являясь ведущей экстрагенитальной патологией у беременных, всегда привлекал внимание зарубежных ученых, так как относится к самым распространенным инфекционным заболеваниям, служит частой причиной обращения пациентов к врачу общей практики и требует значительных финансовых затрат на лечение (А. Т. Токсонбаев, 2013; Е. В. Архипов, 2015; Е. С. Балабанова, 2017).

Наличие у беременной женщины экстрагенитальной патологии является тем неблагоприятным фоном, на котором сокращаются или ограничиваются возможности адаптационных механизмов, а также усугубляются все осложнения, возникающие во время беременности (С. Н. Стяжкина, 2015; С. П. Серегин, 2018).

О.А. Пересада в своей работе (2012) отмечает, что за последние 10 лет число беременных с пиелонефритом возросло в 3-4 раза.

Увеличение частоты пиелонефрита у беременных в настоящее время связано с изменением характера микрофлоры, ее резистентностью к антибактериальным препаратам, недостатком мер первичной и вторичной профилактики (О. Н. Сигитова, 2015; Л. Н. Юнусова, 2015).

Несмотря на большое количество исследований и систематических обзоров, проблема пиелонефритов у беременных остается актуальной с позиций акушерства и перинатологии и обусловлена тем, что гестационный процесс, протекающий на фоне пиелонефрита, представляет опасность как для матери, так и для плода, и является фактором риска развития ряда тяжелых осложнений беременности, родов, заболеваний плода и новорожденного (Н. Л. Антошина, 2006; С. Н. Стяжкина, 2015, Ф. Ф. Тетелютина, 2017).

Отсутствие в КР научных исследований, направленных на изучение ситуации в стране по особенностям течения беременности на фоне пиелонефрита, этиоструктуры уропатогенов, резистентности возбудителей и устойчивости к антимикробным препаратам, а также терапии, направленной на эрадикацию уропатогена, подтверждает научную и практическую значимость планируемого исследования и определяет социальную значимость проблемы и необходимость ее эффективного решения.

В связи с вышеизложенным, представляется очевидной необходимость дальнейшего углубленного исследования в данном направлении с учетом полной не изученности проблемы в Кыргызской Республике.

Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями или основными научно-исследовательскими работами, проводимыми научным учреждением.

Диссертационная работа выполнялась в рамках комплексной темы НИР

Национального центра охраны материнства и детства МЗ Кыргызской Республики «Перинатальная помощь женщинам репродуктивного возраста в Кыргызской Республике: проблемы и пути их решения», № гос. регистрации 0007216.

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.

Задачи исследования:

1. Изучить динамику частоты пиелонефритов при беременности у женщин в Кыргызской Республике, рассчитать вероятный уровень заболеваемости пиелонефритами беременных до 2020 года.
2. Представить клинико-лабораторную характеристику пиелонефритов у беременных.
3. Изучить медико-социальный портрет обследованных беременных с пиелонефритом.
4. Выявить особенности течения беременности, родов и их исходов для матери и плода у беременных с пиелонефритом, разработать алгоритм прогнозирования осложнений гестационного процесса.
5. Провести экспертную оценку существующей лечебной тактики пиелонефритов у беременных с использованием индикаторов качества медицинской помощи.

Научная новизна работы:

- Впервые доказано, что современные тенденции заболеваемости пиелонефритом беременных в Кыргызской Республике характеризуются увеличением их частоты в 1,1 раз за истекшие 5 лет и снижением ориентации на стационарное лечение в 1,6 раза. Краткосрочный прогноз предполагает дальнейший рост уровня заболеваемости до 2020 года.
- Установлено, что классическая картина клинического течения пиелонефрита у беременных выявляется в 75,3% случаев, у остальных пациенток диагностика пиелонефрита основывается на лабораторных данных. В этиологической структуре воспалительного процесса в мочевыделительной системе у беременных преобладает оппортунистическая инфекция (93,5%), специфическая инфекция выявляется лишь в 6,5% случаев. Подтверждена высокая устойчивость уропатогенов к цефалоспоринам первого поколения (81,6%) и полусинтетическим аминопенициллинам (83,5%).
- Впервые представлена ранговая значимость риск факторов в прогнозировании нарушений в течении гестационного периода. Показано, что осложненное течение беременности отмечается более чем у половины (54,1%) женщин с пиелонефритом, при этом впервые доказано, что возникновение гестационоого пиелонефрита потенцирует в среднем по 2,5 осложнения на одну

беременную, а обострение хронического пиелонефрита в среднем сопровождается формированием до 1,9 осложнений. Данный факт, по-видимому, является отражением адаптационных возможностей организма женщин, а также может быть следствием другой сопутствующей соматической патологии, которая выявляется у 58,7% женщин.

▪ Впервые получены статически значимы ($p<0,001$) доказательства большей частоты осложнений в родах (30,6%) при наличии обострений хронического пиелонефрита по отношению к группе беременных с гестационным пиелонефритом (14,6%). Обострение воспалительного процесса хуже отражается и на состоянии плода и новорожденного, что подтверждено наличием в этой группе недоношенных детей (5,4%), с ВПР (0,1%) и мертворожденных (0,7%). Выявленные отличия могут быть обусловлены сужением диапазона компенсации стрессовых ситуаций в условиях длительного влияния инфекционного фактора.

▪ На основе экспертной оценки качества оказания существующей тактики лечения пиелонефритов у беременных обоснованы дополнительные управляемые дефекты, негативно влияющие на течение гестационного процесса, включающие нарушения протокола ведения пациенток, отсутствие индивидуальной ориентированной терапии по отношению к достижению полной санации инфекционного процесса.

Практическая значимость полученных результатов:

▪ Полученные в процессе исследования данные об уровне заболеваемости пиелонефритом при беременности являются обоснованием для планирования и внедрения в практическое здравоохранение мер, направленных на повышение качества медицинской помощи беременным женщинам.

▪ Для практического здравоохранения разработаны алгоритмы прогнозирования и профилактики осложнений беременности и родов у женщин с пиелонефритом.

▪ На основе результатов проведенного исследования сформулированы рекомендации для врачей семейной медицины и акушерских стационаров по повышению эффективности и безопасности лекарственной терапии, разработаны индикаторы оценки качества медицинской помощи беременным женщинам с пиелонефритом.

▪ Полученные данные могут быть использованы лекарственными комитетами, организациями здравоохранения, МЗ КР для оптимизации закупок антимикробных препаратов, разработки локальных программ и клинических протоколов, направленных на рационализацию применения антибактериальных препаратов в акушерстве.

Экономическая значимость полученных результатов

Внедрение результатов исследования позволит получить медико-

экономическую эффективность за счет снижения осложненного течения беременности, родов и исходов родов для матери и плода в результате достижения полного микробиологического выздоровления.

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты исследования внедрены в работу Кыргызского научного центра репродукции человека, Национального центра материнства и детства. Материалы диссертации используются в учебных программах КГМИПиПК для обучения врачей семейной медицины и акушеров-гинекологов.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Для современного акушерства характерен рост частоты пиелонефритов, краткосрочный прогноз подтверждает сохранение данной тенденции до 2020 года.
2. В 93,5% случаев в качестве уропатогена выступают оппортунистические инфекции, этиоструктура возбудителей представлена ассоциацией микроорганизмов. Рекомендуемые для терапии, полусинтетические аминопенициллины и цефалоспорины 1-го поколения, не могут быть использованы в качестве эмпирической терапии, ввиду высокой резистентности к ним микроорганизмов.
3. В группе женщин с ГП выявлено больше осложнений (по 2,5 на одну женщину), чем в группе с ОХП (по 1,9 соответственно), однако осложненные роды более часто встречаются в группе с ОХП.
4. Экспертная оценка соответствия и рациональности антимикробной терапии пиелонефритов при беременности выявила отсутствие терапевтической направленности на полное микробиологическое выздоровление.
5. Внедрение разработанного алгоритма ведения беременности на фоне пиелонефрита и индикаторов оценки качества медицинской помощи позволят снизить частоту и тяжесть осложнений беременности и родов, дифференцировано подойти к подбору антибактериальных препаратов и снизить необоснованные медицинские затраты.

Личный вклад соискателя. Цель, задачи, программа исследования, выкопировка из первичного материала, наблюдение и обследование женщин, статистическая обработка и научная оценка, а также формулирование основных положений диссертации, выводов и заключений проведены лично соискателем.

Апробация результатов исследований. Результаты проведенной работы доложены на Международных конференциях: Достижения и перспективы специализированной медицинской помощи (Ташкент, 2015), Репродуктивное здоровье (Брешиа, 2016), XXIX международный конгресс по репродуктивной медицине (Москва, 2018).

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях.

По теме диссертации опубликовано 8 печатных работ, из них 5 в научных

изданиях, рекомендованных ВАК Кыргызской Республики, 3 – в зарубежных изданиях, индексируемых системой РИНЦ.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, глав материалы и методы исследования и результаты собственных исследований, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Текст диссертации изложен на 153 страницах машинописного текста, иллюстрирован 45 таблицами и 6 рисунками. Библиографический указатель составлен в алфавитном порядке и включает 125 источников, из них 17 англоязычных.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении диссертации представлена актуальность темы проведенного исследования, обоснование необходимости его проведения, цель, задачи, научная новизна, практическая значимость работы и основные положения, выносимые на защиту.

Глава 1. Обзор литературы. Представлен аналитический обзор публикаций, освещающих современное представление об особенностях течения беременности при пиелонефрите, прогнозировании и возможных путях снижения его частоты, в разделах литературного обзора выделены дискуссионные вопросы, требующие дальнейшего изучения, что стало обоснованием к проведению данного исследования

Глава 2. Представлены **материал и методы исследования.**

Исследовательская работа проводилась на клинических базах Национального центра охраны материнства и детства (НЦОМиД) и Кыргызского научного центра репродукции человека (КНЦРЧ) Министерства здравоохранения Кыргызской Республики в период с 2015 по 2018 годы.

На первом этапе исследования проведено поперечное когортное ретроспективное исследование. Сплошным методом изучены данные о впервые выявленных острых пиелонефритах при беременности на первичном, вторичном и третичном уровнях здравоохранения Кыргызской Республики из сводных годовых отчетов Центра электронного здравоохранения (ЦЭЗ) МЗ КР за 2010-2015 годы. Анализ тенденций заболеваемости острым пиелонефритом при беременности во времени рассчитан с помощью интервального динамического ряда.

Краткосрочный прогноз до 2020 года был рассчитан с помощью уравнения парной линейной регрессии. Качество полученного уравнения проверено: значимостью коэффициентов и критерием Стьюдента, значимость уравнения в целом коэффициентов критерием Фишера (F-статистика), эмпирическим корреляционным отношением, коэффициентом детерминации.

На втором этапе исследования проведено рандомизированное когортное неослепленное проспективное исследование, для его проведения необходимый объем выборки был рассчитан по Е.Н. Шигану (1987) (t=3,2, P <0,001, 99,9%).

Объектом исследования были 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.

Единицей исследования явилась беременная женщина.

Критерии включения: беременные женщины с острым неосложненным (внебольничным) пиелонефритом.

Критерии исключения: беременные женщины с осложненным и нозокомиальным пиелонефритом с нарушением уродинамики.

Средний возраст беременных группы ГП составил 29,7±0,2 лет, группы ОХП – 28,1±0,2 лет и группы контроля – 29,5±0,2 лет, что подтверждает репрезентативность сравниваемых групп, p>0,05.

Данные из историй родов (форма 096/у) и индивидуальных карт беременной и родильницы (форма 111/у) регистрировали в разработанную автором карту исследования.

Обследование включало: подробно собранный анамнез, объективное, лабораторное и инструментальное комплексное обследование беременных женщин.

Были проанализированы: особенности течения гестационного процесса, акушерский анамнез, экстрагенитальная патология, структура осложнений, течение родов и исходы родов для матери, плода и новорожденного.

Предмет исследования.

Для определения нозологической формы острого пиелонефрита при беременности руководствовались МКБ-10 – О23.0 и в соответствии с рекомендациями ВОЗ, классификацией, разработанной EAU, в 2004 г. (Международной и Европейской ассоциациями урологов), с использованием критериев инфекций мочеполовых путей IDSA, 1992 (Американского общества по инфекционным болезням) и ESCMID, 1993 (Европейского общества по клинической микробиологии и инфекционным болезням).

Лабораторная диагностика включала:

1. *Анализ периферической крови* – по общепринятой методике.
2. *Клинический анализ мочи* включал оценку физико-химических характеристик мочи и микроскопию осадка, оценка физических свойств мочи, таких как запах, цвет, мутность проводился органолептическим методом.
3. *Бактериологический посев* **(**для выделения и идентифицирования возбудителя мочевой инфекции, оценки степени бактериурии, а также степени чувствительности лекарственным препаратам**).**
4. *Мазок на флору из влагалища* (для определения типа возбудителя).

5. *ПЦР исследование (*полимеразная цепная реакция*)* для выявления скрытых инфекций и инфекций, передаваемых половым путем (*ИППП*).

Параллельно с лабораторным исследованием проводилось инструментальное исследование - УЗИ почек и мочевого пузыря - исследование проводилось аппаратом Medison SonoACE X8, полипозиционно, оценка состояние почек основывалась на следующих параметрах: размеры, форма, состояния контуров, подвижность, однородность, эхогенность, структура наличие конкрементов и новообразований.

Степень чувствительности и резистентности микробов определена на антибактериальные препараты, входящие в Перечень жизненно-важных лекарственных средств (ПЖВЛС), утвержденный Правительством КР от 6 июня 2018 года.

Выбор стартовой эмпирической терапии определялся на основе рекомендаций национальных клинических протоколов «Острый пиелонефрит при беременности».

Антибактериальная терапия проводилась с учетом критериев безопасности FDA.

Антибактериальная терапия включала в себя: *эмпирическую* терапию до получения результата бактериологического посева мочи и результата ПЦР диагностики, *этиотропную* - после установления возбудителя и *супрессивную* (низкодозовую) профилактику рецидивов и обострений заболевания (уровень доказательности 2b, степень рекомендации B) до родов и в течение 2-х недель после родов.

Третьим этапом исследования стала экспертная оценка особенностей ведения беременности и изучение соответствия выполнения национальных клинических протоколов «Острый пиелонефрит при беременности» для третичного, вторичного (2008) и первичного (2013) уровней здравоохранения.

Произведены расчеты абсолютных цифр, относительных величин (P) и их ошибки (m_p). Для оценки достоверности разности числовых значений относительных показателей произведено вычисление критерия достоверности, рекомендуемого Черновой Н.Е. (2006) по формуле $t=\frac{P2-P1}{m_{разн}}$, при t=3,2 вероятность различий равна 99,9% или достоверность различий равна <0,001. В качестве значений вероятности безошибочного прогноза были выбраны критерии статической значимости ошибки – менее 5% двусторонняя ($p<0,05$), при 95% доверительном интервале и статистической 80% мощности. Ранговая значимость вычислялась коэффициентом ранговой корреляции Спирмена. Для проведения статистической обработки полученных данных использован доступный в он-лайн-режиме свободный программный пакет Центра по контролю Заболеваемости США OpenEpi 3.03.

Глава 3. Представлены результаты собственных исследований и их обсуждение.

3.1. Динамика частоты острого пиелонефрита при беременности и прогнозирование ее уровня в Кыргызской Республике.

Анализ динамического ряда по заболеваемости острым пиелонефритом при беременности за период с 2010 по 2014 годы на уровне *семейной медицины* в КР наглядно демонстрирует изначально высокий уровень данной патологии 9780,4 случаев в 2010 году и дальнейший рост показателя к 2014 году до 10005,9 (рис. 1).

По г. Бишкек в 2010 году уровень заболеваемости составил 2394,7 случаев, но уже к 2014 году статистически значимо вырос до 3659 случаев, ($p<0,001$).

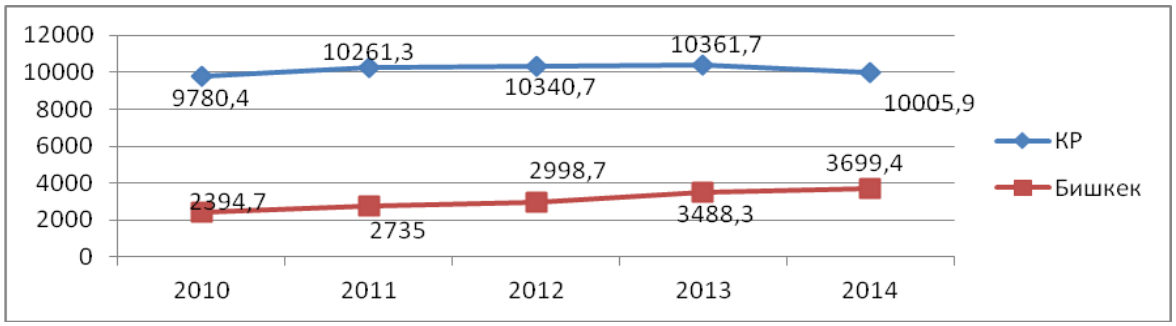

Рис. 1. Динамика заболеваемости острым пиелонефритом при беременности на уровне семейной медицины за 2010-2014 гг.

Динамика частоты впервые выявленных острых пиелонефритов при беременности на уровне *акушерских стационаров* за период с 2010 по 2015 годы по Кыргызской Республике представлена на (рис.2). В 2010 году было зарегистрировано 2949 случаев и статистически значимое снижение к 2015 году в 1,6 раза до 1873 случаев, $p<0,001$.

Как и по КР в г. Бишкеке наивысший показатель выявленных острых пиелонефритов приходился на 2010 год – 994,9 случаев, динамический ряд за эти годы имел тенденцию статистически значимого убывания к 2015 году до 565 случаев, то есть в 1,8 раза, $p<0,001$.

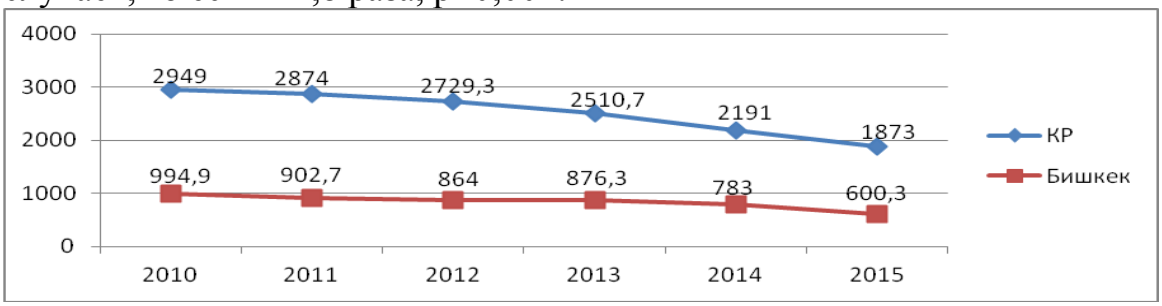

Рис. 2. Динамика заболеваемости острым пиелонефритом при беременности на уровне акушерских стационаров за 2010-2015 гг.

При сохраняющейся тенденции заболеваемости острым пиелонефритом при беременности на первичном уровне здравоохранения в Кыргызской Республике вероятная прогностическая величина ежегодно будет расти и к 2020 году достигнет 10591,2 случаев, что в 1,1 раза выше показателя 2010 года (рис.3).

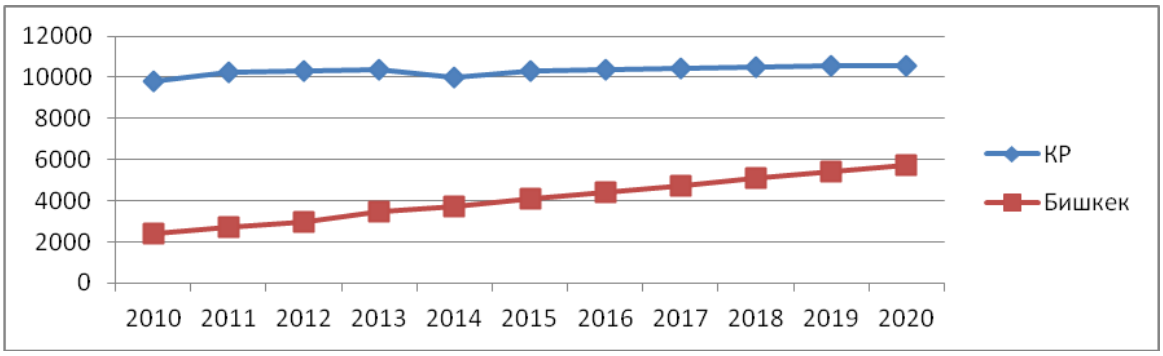

Рис. 3. Среднесрочный прогноз уровня заболеваемости острым пиелонефритом при беременности на первичном уровне здравоохранения до 2020 года (абс.).

Краткосрочный прогноз заболеваемости по г. Бишкеку, выявил статистически значимый ежегодный рост заболеваемости к 2020 году до 5752,0 случаев острого пиелонефрита, что в 2,4 раза выше уровня 2010 года (рис. 3).

Оценивая динамику заболеваемости острым пиелонефритом при беременности за этот период, по данным акушерских стационаров, можно предположить (рис. 4.), что при сохранении тенденций динамического ряда по КР и г. Бишкеку вероятная прогностическая величина будет продолжать снижаться и достигнет к 2020 году по КР показателя 1,6 на 1 тыс. родов, а по г. Бишкеку до 6,9 на 1 тыс. родов. Статистическая значимость уравнения проверена с помощью коэффициента детерминации.

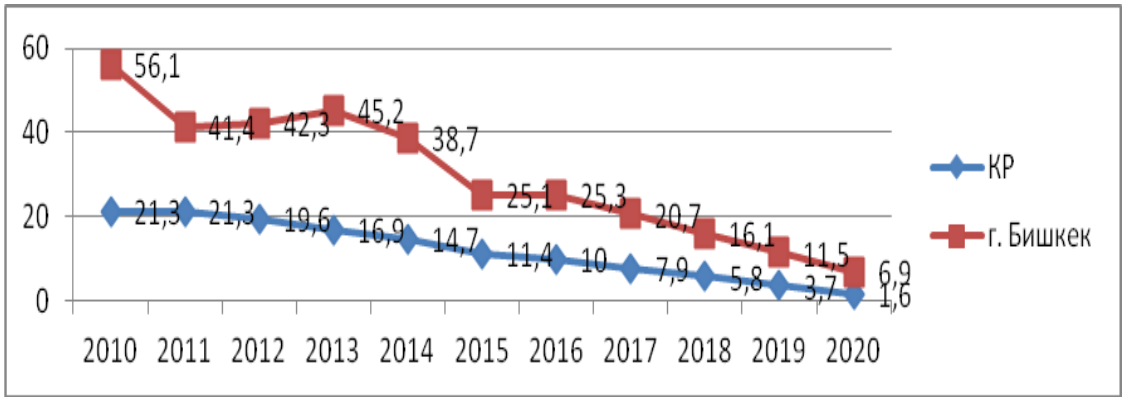

Рис. 4. Среднесрочный прогноз уровня заболеваемости острым пиелонефритом при беременности по данным акушерских стационаров до 2020 года (на 1 тыс. родов).

3.2. Клинико-лабораторная характеристика острых пиелонефритов у беременных.

Классическая *клиническая картина* жалоб выявлена у 75,3% беременных женщин с острым пиелонефритом, у 24,7% женщин отсутствовал один из симптомов «золотого стандарта», при этом статистически значимой разницы в группах не обнаружено, $p>0,05$.

В развернутом анализе крови у беременных с острым пиелонефритом отмечался лейкоцитоз (11,2±0,6 г/л), нейтрофилез с палочкоядерным сдвигом (7,0±0,3%), сегментоядерный нейтрофилез (73,5±0,3%), лимфоцитопения (16,8±0,3%), эозинофилопения (0,1±0,1%), моноцитопения (2,6±0,2%), статистически значимой разницы в основных группах не обнаружено, $p>0,05$, с группой контроля - $p<0,001$.

Острый пиелонефрит протекал на фоне анемии при ГП в 13,3% случаев, при ОХП статистически значимо чаще – у 35,1% беременных женщин ($t=3,6$, $p<0,001$).

В общем анализе мочи для беременных с ГП и ОХП характерно: мутный цвет мочи (97,4±1,5%), протеинурия (0,8±0,2г/л), микрогематурия (6,0±0,2 г/л), лейкоцитоз (86,4±1,6%), наличие большого количества эпителиальных клеток, бактерий (++++) – (26,4±4,3%), соли (оксалаты, ураты) - (92,7±2,2%), что статистические значимо в сравнении с группой контроля, $p<0,001$.

Этиоструктура микробных агентов и их чувствительность к антибактериальным препаратам у беременных женщин с острым пиелонефритом

По данным исследования установлено, что этиологическим агентом острого пиелонефрита у беременных женщин были 588 видов микробов, из них: 550 видов условно-патогенных и 38 видов облигатно-патогенных инфекций. При этом в 93,5% выявлена оппортунистическая инфекция, а специфические инфекции (ИППП) идентифицировались в 6,5% случаев. В группе с ГП статистически значимо чаще выявлена инфекция и пейзаж микробов более разнообразен в сравнении с группой ОХП, $p<0,001$.

Не удалось идентифицировать уропатоген у 35,4% беременных женщин ГП и у 75,5% группы ОХП, статистически значимая разница, $p<0,001$.

В высоких концентрациях микроорганизмы выделены у 67,9% беременных женщин, у 174-х уропатогенов микробное число составило более 10^6 КОЕ/мл.

Для установления полной картины микробного пейзажа проведена идентификация микробов методом ПЦР диагностики. В результате исследования у 88,0% беременных женщин выявлена условно-патогенная инфекция, которая была представлена: *уреаплазмой* (31,7%), *гарднереллами* (23,7%), *микоплазмой* (4,4%) и грибами рода *Candida* (28,2%), при этом у 3,6%

беременных была обнаружена ассоциация двух микробов. У 12,4% беременных с острым пиелонефритом были выявлены *хламидии*.

В ходе исследования установлено, что у беременных женщин с острым пиелонефритом этиоструктура патогенов представлена микст-инфекцией, при этом была выявлена ассоциация микроорганизмов из: 5-ти микробов - у 3,6% обследованных, 4-х микроорганизмов - у11,2%, 3-х возбудителей - у 7,9% и 2-х уропатогенов - у 61,6%.

3.3. Медико-социальный портрет беременных женщин с пиелонефритом Кыргызской Республики.

Медико-социальный портрет женщин представлен на основании анализа данных: средний возраст, место проживания, наличие брака, паритет родов, вредные привычки, особенности экстрагенитальной заболеваемости и др. Полученные данные легли в основу расчета ранговой значимости риск факторов для прогнозирования нарушений в течение гестационного периода, статистически значимые показатели отражены в табл. 4.

Экстрагенитальная патология всего установлена у 58,7% беременных женщин (табл. 1). При этом первое ранговое место приходилось на болезни мочевыводящей системы (33,2%), второе – на болезни крови (12,1%), на другие нозологии приходилось не более 10,0% выявленной патологии.

Таблица 1 – Структура экстрагенитальной патологии у беременных женщин (на 100 обследованных)

Показатели	Основные группы				Контрольная группа	
	I группа (ГП)		II группа (ОХП)			
	n=158		n=147		n=150	
	Абс.	M±m	Абс.	M±m	Абс.	M±m
Болезни мочевыводящей системы	3	1,9±1,1***	147	100,0±0,0***	1	0,7±0,7
Инфекционные и паразитарные болезни	2	1,3±0,9***	1	0,7±0,7***	-	-
Сердечнососудистые заболевания	5	3,2±1,4	10	6,8±2,1***	4	2,7±1,3
Болезни органов дыхания	7	4,4±1,6***	2	1,4±1,0***	4	2,7±1,3
Болезни органов пищеварения	3	1,9±1,1***	3	2,0±1,2***	6	4,0±1,6
Болезни эндокринной системы	1	0,6±0,6***	8	5,4±1,9	5	3,3±1,5
Болезни крови, кроветворных органов	21	13,3±2,7***	27	18,4±3,2***	7	4,7±1,7
Всего выявлено	42	26,6±3,5***	198	134,7±0,0***	27	18,0±3,1

*Примечание - ***достоверность различий $p<0,001$ в сравнении основной с контрольной группами.*

Экстрагенитальная патология выявлена у каждой 4-й беременной первой группы (26,6%), у каждой 3-й второй группы (34,7%) и у каждой 5-й группы контроля (18,0%). Обнаружена различная ранговая значимость встречаемой экстрагенитальной патологии в группах сравнения.

3.4. Особенности течения беременности, родов и исходы для матери и плода при пиелонефрите.

Осложненное течение беременности чаще отмечалось в группе с гестационным пиелонефритом (31,0%), чем в группе с хроническим пиелонефритом (23,1%) (табл. 2). В группе контроля беременность осложнялась достоверно реже (10,0%), чем в первой группе t=4,70, p<0,001 и во второй группе сравнения t=3,05, p=0,001.

Таблица 2 – Особенности течения гестационного процесса (%)

Показатели	Основные группы				Контрольная группа	
	I группа		II группа			
	n=158		n=147		n=150	
	Абс.	M±m	Абс.	M±m	Абс.	M±m
Число женщин с осложненной бер-тью	49	31,0±3,7***	34	23,1±3,5***	15	10,0±2,5
Виды осложнений:	125	79,1±3,2***	65	44,2±4,1***	15	10,0±2,5
Гидронефротическая трансформация почек	5	3,2±1,4	6	4,1±1,6	-	
Гестационная анемия	49	31,0±3,7	21	14,3±2,9	15	10,0±2,5
Преэклампсия легкой степени	2	1,3±0,9	-	-	-	
Преэклампсия тяжелой степени	5	3,2±1,4	7	4,8±1,8	-	
Маловодие	15	9,5±2,3	3	2,0±1,2**	-	
Многоводие	19	12,0±2,6	1	0,7±0,7***	-	
ФПН	13	8,2±2,2	4	2,7±1,3*	-	
ЗВУР	-	-	5	3,4±1,5	-	
Угроза невынашивания	11	7,0±2,0	8	5,4±1,9	-	
Частичная преждевременная отслойка плаценты	-		5	3,4±1,5	-	
ВУИ	6	3,8±1,5	4	2,7±1,3	-	
Антенатальная гибель плода	-	-	1	0,7±0,7	-	

Примечание - достоверность различий в сравнении основной с контрольной группами.

В первой группе на 1 беременную приходилось по 2,5 осложнения, во второй группе - по 1,9 выявленных осложнений, t=6,71, p<0,001, в группе контроля достоверно реже встречались осложнения (15 женщин), в сравнении с первой группой t=17,02, p<0,001 и со второй группой – t=7,12, p<0,001.

Беременность с ГП осложнилась: гестационной анемией (31,0%), многоводием (12,0%), маловодием (9,5%), ФПН (8,2%), угрозой невынашивания (7,0%), ВУИ (3,8%), гидронефротической трансформацией почек (3,2%), преэклампсией тяжелой (3,2%) и легкой (1,3%) степени.

В группе с ОХП беременность осложнилась: гестационной анемией (14,3%), угрозой невынашивания (5,4%), преэклампсией тяжелой степени (4,8%), гидронефротической трансформацией почек (4,1%), ЗВУР (3,4%), частичной преждевременной отслойкой плаценты (3,4%), ФПН (2,7%), ВУИ (2,7%), маловодием (2,0%), антенатальной гибелью плода (0,7%), многоводием (0,7%).

При сравнении в первой группе достоверно чаще встречались: многоводие (t=4,20, p<0,001), маловодие (t=2,89, p=0,004) и ФПН (t=2,15, p=0,03). При этом в первой группе не выявлено случаев частичной отслойки плаценты, ЗВУР и антенатальной гибели плода.

Срочные роды были у 96,2% женщин первой группы и у 94,6% второй группы (табл. 3). В группе контроля беременность закончилась срочными родами 100%, что статистически достоверно значимо отмечается в сравнении с первой группой (t=2,53, p=0,01) и второй группой сравнения (t=2,84, p=0,004).

У беременных с хроническим пиелонефритом достоверно чаще обнаружены осложнения родов - 30,6%, чем в первой группе – 14,6%, t=3,39, p<0,001 и в группе контроля – 8,7%, t=4,43, p<0,001. Число женщин с осложненными родами в первой группе составило 12,0%, во второй группе – 21,8%, t=2,29, p=0,02, в группе контроля - 8,0%, что достоверно реже, чем во второй группе, t=3,41, p<0,001.

У женщин с ОХП в структуре осложнений: дородовое излитие околоплодных вод (15,0%), травмы мягких тканей (5,4%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (3,4%), тазовое предлежание (2,7%), гипотоническое кровотечение (1,4%), слабость родовой деятельности (0,7%), послеродовый эндометрит (2,0%).

В первой (94,3%) и во второй (87,8%) группах достоверно меньше здоровых новорожденных в сравнении с группой контроля (t=3,177, p=0,001 и t=4,52, p<0,001 соответственно).

При оценке новорожденного по Apgar достоверно чаще рождались новорожденные с высшей оценкой (8-9 баллов) в группе контроля (100,0%), чем в первой группе с оценкой 88,6% детей t=4,56, p<0,001 и во второй группе с оценкой 84,4%, t=5,20, p<0,001.

Менее 6 баллов имели 3,8% детей первой группы и 2,7% имели второй. Во второй группе по 0,7% пришлось на ВПР и мертворождение. Недоношенных детей в первой группе было 3,8%, во второй – 5,4%.

На основании ранжирования ряда риск–факторов рассчитана их прогностическая значимость и алгоритм прогнозирования вероятности реализации осложнений в течение беременности и родов у беременных с пиелонефритом.

Таблица 3 – Особенности течения родов (%)

Показатели	Основные группы				Контрольная группа	
	I группа		II группа			
	n=158		n=147		n=150	
	Абс.	M±m	Абс.	M±m	Абс.	M±m
Срочные роды:	152	96,2±1,5**	139	94,6±1,9**	150	100,0±0,0
- самостоятельные роды	137	86,7±2,7	119	81,0±3,2	130	86,7±2,8
- абдоминальные (КС) роды	3	1,9±1,1	9	6,1±2,0*	2	1,3±0,9
- абдоминальные (рубец на матке) роды	12	7,6±2,1	11	7,5±2,2	18	12,0±2,7
Очень ранние роды	2	1,3±0,9	-	-	-	-
Ранние роды	4	2,5±1,3	3	2,0±1,2	-	-
Преждевременные роды	-	-	5	3,4±1,5	-	-
Число женщин с осложненными родами	19	12,0±2,6	32	21,8±3,4	12	8,0±2,2
Виды осложнений:	23	14,6±2,8	45	30,6±3,8	13	8,7±2,3
- тазовое предлежание	2	1,3±0,9	4	2,7±1,3	2	1,3±0,9
- дородовое излитие около-плодных вод	9	5,7±1,8**	22	15,0±2,9***	6	4,0±1,6
- ПОНРП	-	-	5	3,4±1,5	-	-
- слабость родовой деятельности	-	-	1	0,7±0,7	-	-
- гипотоническое кровотечение	-	-	2	1,4±1,0	-	-
- травмы мягких тканей	12	7,6±2,1	8	5,4±1,9	5	3,3±1.5
Послеродовые осложнения (эндометрит)	-	-	3	2,0±1,2	-	-

Примечание - достоверность различий в сравнении основной с контрольной группами.

Как видно из данных, приведенных в таблице 4, высокой прогностической значимостью вероятности осложненного течения процесса гестации обладают риск - факторы: первые роды, отсутствие назначения первой дозы антибиотика при выявлении пиелонефрита, поздняя госпитализация по поводу пиелонефрита, высокая вирулентность микроорганизмов, ИППП, как

причина пиелонефрита, рецидивы заболевания более одного раза за беременность и отсутствие супрессивной терапии.

Таблица 4 – Прогностическая значимость риск–факторов в развитии осложненного процесса гестации

Риск-фактор	**Se**	**Sp**	**Se+Sp**	**RR**	**OR**	**χ^2**	**95%, ДИ**
Первые роды	98%	35%	133%	1,4	54,5	11,3	0,7-3,2
3-я и более беременность	100%	1%	101%	0,5	0,5	16,6	0,5-0,7
Аборт в анамнезе	82%	3%	85%	0,7	0,14	8,7	0,6-0,8
Аборты в анамнезе более 2-х	96%	18%	114%	1,7	5,4	11,8	0,6-4,5
Сочетанная экстрагенитальная патология	99%	7%	113%	3,5	21,1	13,4	0,6-19,1
Эпизод острого пиелонефрита возникший до 20 нед. бер-ти	85%	13%	98%	0,91	0,9	12,3	0,3-2,5
Эпизод острого пиелонефрита возникший в 20-24 нед. бер-ти	99%	7%	106%	5,11	16,3	11,7	0,8-31,5
Отсутствие высокой температуры	99%	8%	107%	17,6	14,7	11,2	1,1-47,2
Отсутствие назначенной первой дозы антибиотика	97%	33%	130%	13,8	16,6	7,3	0,9-1,3
Поздняя госпитализация в стационар	46%	95%	141%	1,1	16,6	13,2	0,5-0,7
Лейкоцитурия без бактериурии	52%	8%	60%	0,9	11,8	16,8	0,8-0,9
Разнообразие микробного пейзажа	98%	16%	114%	7,7	0,12	11,0	2,0-29,3
Вирулентность микроорганизмов	43%	97%	110%	1,3	34,6	29,0	1,2-1,3
Резистентность микробов	99%	13%	112%	11,5	25,9	10,9	1,7-78,1
ИППП	70%	97%	167%	1,2	0,07	11,4	0,4-1,3
Назначение антимикробных препаратов класс C, D, X	99%	43%	142%	40,6	181,2	11,6	5,8-282,9
Отсутствие полного микробного выздоровления	99%	20%	119%	9,7	16,4	25,6	2.4-38,0
Рецидивы заболевания более одного раз за беременность	99%	81%	180%	116,8	61,9	11,8	166,6-823,2
Отсутствие супрессивной терапии	99%	42%	141%	27,6	66,4	48,9	6,9-109,4

Средней степенью прогностической значимости обладают такие риск–факторы, как аборты в анамнезе более 2-х, наличие сочетанной экстрагенитальной патологии, эпизод острого пиелонефрита в 20-24 недели беременности без температурной реакции, разнообразие микробного пейзажа, резистентность микробов, отсутствие полной санации мочеполовой сферы после лечения пиелонефрита.

Алгоритм прогнозирования вероятности осложнений гестации:

- наличие трех и более риск - факторов из группы предиктов с высокой степенью прогностической значимости;

-наличие четырех и более риск - факторов из группы предиктов средней степени прогностической значимости;

-наличие четырех и более риск - факторов из групп с высокой и средней степенью прогностической значимости.

3.5. Существующая лечебная тактика при пиелонефритах у беременных в Кыргызской Республике.

Одним из реальных шагов высокого качества лечения пациенток с пиелонефритом, является соблюдение основных рекомендаций клинического протокола, но с обязательной индивидуализацией противовоспалительной терапии, что будет способствовать увеличению числа женщин с полной эрадикаций инфекционного агента.

Разработан алгоритм противомикробной терапии пиелонефрита у беременных с акцентом на сроках назначения препаратов и коррекции терапии, подчеркнута необходимость индивидуализации лечения на каждом этапе. Для оценки качества лечения предлагается перечень индикаторов, внедрение которых позволит нивелировать недостатки по диагностике и реабилитации сопутствующей патологии у беременных в каждом конкретном учреждении.

Индикаторы оценки качества:

1. процент женщин с острым пиелонефритом из общего числа беременных
2. процент женщин, которым назначена первая доза эмпирической терапии семейными врачами
3. процент женщин с бактериологическим исследованием, сданным до назначения эмпирической терапии
4. сроки госпитализации
5. профиль стационара для госпитализации
6. процент женщин, госпитализированных в стационар
7. процент женщин с коррекцией терапии после результатов бактериологического исследования
8. процент женщин с полной эрадикацией возбудителя
9. процент женщин с супрессивной терапией до родов и в течение 2-х недель после родов
10. процент женщин с ежемесячным контролем бактериологического исследования
11. частота рецидивов в течение беременности
12. стоимость антибактериальной терапии с учетом чувствительности выявленных уропатогенов.

ВЫВОДЫ

1. В период с 2010 по 2015 гг. отмечался рост заболеваемости пиелонефритами у беременных по данным учреждений первичного звена здравоохранения в 1,1 раза в целом по республике и в 1,5 раза - по г. Бишкек. Краткосрочный прогноз указывает на вероятность роста заболеваемости до 2020 года, при этом можно ожидать снижения числа пациентов, лечившихся в стационарах, в 1,6 раз по республике и в 1,7 раз - по г. Бишкек.

2. Классическая картина острого пиелонефрита при беременности выявлена лишь в 75,3% случаев, этиоструктура уропатогенов представлена оппортунистической (93,5%) и реже - специфической (6,5%) инфекций, возможны ассоциации от 2-х до 5-х микробов, структура которых включает: Echerichia coli (77,6%), уреаплазму (31,7%), гарднереллы (23,7%), грибы рода Candida (28,2%), хламидии (12,4%). Уропатогены высокоустойчивы к цефалоспоринам 1-го поколения (81,6%) и полусинтетическим аминопенициллинам (83,5%).

3. Факторами риска, осложненного течение беременности и родов являются высокий уровень соматической патологии (QR-21,1), первые роды (QR-54,5), нарушения в исполнении клинического протокола лечения пиелонефрита (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).

4. Осложненное течение беременности отмечалось у 58,7% женщин, в группе ГП на 1 беременную пришлось по 2,5 осложнения, в группе ОХП в 1,9 осложнения, в структуре преобладал 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%).

5. 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%).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В целях профилактики возникновения пиелонефрита и его обострений рекомендуется, как основу использовать предлагаемую модель управления здоровьем женщин в КР.
2. Мероприятия по совершенствованию диагностики пиелонефрита:

2.1. Для клинической диагностики следует руководствоваться классификацией, разработанной Международной и Европейской ассоциациями урологов (EAU, 2004), с использованием критериев инфекций мочеполовых путей Американского общества по инфекционным болезням (IDSA, 1992) и Европейского общества по клинической микробиологии и инфекционным болезням (ESCMID, 1993).

2.2. Для своевременного выявления пиелонефритов при беременности необходимо повторно проводить бактериологическое исследование в сроках 12-16 недель беременности.

3. Лечение пиелонефритов у беременных должно проводиться с учетом ряда рекомендаций:

3.1. В программах лечения должны четко выполняться рекомендации клинического протокола, которые следует регулярно уточнять с учетом новых данных.

3.2. Антибактериальную терапию проводить с учетом критериев безопасности FDA для матери и плода беременным женщинам.

3.3. Лечение пиелонефритов при беременности должно быть направлено на микробиологическое выздоровление (абактериурию).

3.4. Супрессивная терапия должна продолжаться до родов и в течение 2-х недель после родов в виду высокого риска септических осложнений.

3.5. Адекватная эффективная антибактериальная терапия с учетом выделенной этиоструктуры микробов и их чувствительности/резистентности к антимикробным препаратам позволит снизить риски осложненного течения беременности, родов и послеродового периода для матери, плода и новорожденного.

3.6. Бактериологическое исследование после первого эпизода острого пиелонефрита при беременности проводить через 2 недели после антимикробной терапии и ежемесячно до родов и в течение 2-х недель после родов ввиду высокого риска рецидивов пиелонефрита.

4. Для прогнозирования вероятности осложнений течения беременности, родов и их исходов рекомендуется использовать разработанный алгоритм, основанный на их ранговой значимости.

5. В целях повышения эффективности контроля за течением беременности и родов:

5.1. При анализе годовых отчетом необходимо использовать индикаторы оценки качества медицинских услуг.

5.2. Проводить внутренний аудит с оценкой качества медицинской помощи при остром пиелонефрите у беременных женщин.

5.3. Усилить преемственность между первичным и вторичным (третичным) уровнем медицинской помощи в терапии и диспансерном наблюдении за течением беременности на фоне пиелонефрита.

6. Обучающие программы для женщин и медицинского персонала.

6.1. Усилить просветительную работу среди девочек-подростков и женщин при планировании беременности и прегравидарной подготовке об особенностях течения беременности на фоне пиелонефритов и возможной угрозе для жизни матери и плода.

6.2. Повышать квалификацию врачей семейной медицины и акушеров-гинекологов по соблюдению поэтапности диспансерного наблюдения за течением беременности на фоне пиелонефрита и обеспечить непрерывный мониторинг исполнения национальных клинических протоколов для эффективной профилактики заболевания.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

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. 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 работы: 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 и аппаратура: клинические, лабораторные, инструментальные, экспертные и статистические.

Полученные результаты и их новизна. 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 the Candidate of Medical Science, specialty 14.01.01 – Obstetrics & Gynecology

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.