

большинства патогенных бактерий кислой реакции содержимого влагалища.

Идентифицировано более 100 видов лактобацилл, из которых к представителям влагалищного биотопа относятся: *L. vaginalis*, *L. plantarum*, *L. helveticus*, *L. reuteri*, *L. salivarius*, *L. jensenii*, *L. johnsonii*, *L. gasseri*, *L. crispatus*, *L. iners*, *L. acidophilus*, *L. fermentum*, *L. rhamnosus* и другие. До недавнего времени считалось, что преобладающим видом среди них являются пероксидпродуцирующие лактобациллы (*L. acidophilus*). Однако на сегодняшний день благодаря многочисленным исследованиям отечественных (Анкирская А.С., 2012; Савичева А.М. 2013; Радзинский В.Е., 2013) и зарубежных учёных (Romero R. 2014; Petricevic L., 2014; DiGiulio, 2015), посвящённым влагалищному микроценозу, известно, что обычно доминирует один из четырёх видов – *L. crispatus*, *L. jensenii*, *L. gasseri* или *L. iners*, каждый из которых ранее было принято относить к совокупному виду *L. acidophilus*. Количество других видов лактобактерий, как правило, незначительно.

Таким образом, на сегодня опровергнуто представление о ведущей роли вида *L. acidophilus* в пуле молочнокислых бактерий вагинальной микробиоты. Кроме того, эти четыре вида после их выделения из *L. acidophilus* и подробного изучения оказались далеко не однозначными с точки зрения своей основной «обязанности» – обеспечения неспецифической защиты. Наиболее важно, что *L. crispatus* и *L. iners* рассматриваются как два антипода. Если преобладание в биотопе *L. crispatus* создаёт серьёзные трудности для размножения условно-патогенной микрофлоры, то доминирование *L. iners*, напротив, совершенно не препятствует этому, и поэтому преобладание этого вида в биоценозе влагалища позволяет характеризовать последний как «переходный» или «относительный» нормоценоз.

АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Стяжкина С.Н., Черненко М.Л.,
Арсланова Р.И., Захватаева Ю.А.

ГБОУ ВПО «Ижевская
Государственная медицинская академия»,
Ижевск, e-mail: forte16@mail.ru

Гестационный пиелонефрит – это неспецифический воспалительный процесс, в который вовлекается интерстициальная ткань почек и чашечно-лоханочная система. Проблема гестационного пиелонефрита остается актуальной для современного акушерства и перинатологии, поскольку чаще всего это заболевание возникает или проявляется впервые во время беременности, тем самым осложняя течение гестационного процесса, и обуславливая высокую заболеваемость у новорожденных, при наличии

данной патологии у матери. Статья посвящена выявлению особенностей клинического течения пиелонефрита у беременных, определению основных аспектов диагностики заболевания и его лечения. Проведена медико-статистическая обработка данных, полученных в результате исследования пациенток с гестационным пиелонефритом. Актуальность данной статьи не вызывает сомнений, поскольку данное заболевание возникает у 3-4% беременных женщин и относится к разряду осложненных инфекций мочевыводящих путей.

В последние годы наблюдается увеличение частоты заболеваемости гестационным пиелонефритом. Это связано не столько с ранней беременностью, сколько с появлением возрастных первородящих, беременность которых приходится на возраст старше 40 лет.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено в урологическом отделении ГУЗ «1 РКБ» МЗ УР в 2015 году. С целью выявления клинических особенностей течения гестационного пиелонефрита было обследовано 24 женщины с гестационным пиелонефритом. По клиническому течению обследованные были разделены на 2 группы: 8 пациенток – с обострением хронического пиелонефрита, 16 пациенток – с острым гестационным пиелонефритом.

Проведенный анализ показал, что 58% общего количества пациенток составила возрастная группа от 21 до 30 лет; 20% – от 31 года и старше; 12,5% – до 20 лет. Острый пиелонефрит чаще отмечен до 23 лет, а обострение хронического – после 23 лет. Пик возникновения острого пиелонефрита приходится на 26-28 неделю. Основная часть больных – женщины в III триместре беременности (45%), вторая по численности группа – во II триместре беременности (37%), третья группа – в I триместре беременности (16%). Проведенный анализ показал, что заболеваемость гестационным пиелонефритом при 1 беременности выше и составляет 66,7%, а при 2 беременности – 33,3%. Соотношение стороны поражения гестационным пиелонефритом в исследуемой нами группе пациенток выглядит следующим образом: правосторонний пиелонефрит – 71,5%, левосторонний пиелонефрит – 19%, двухсторонний процесс – 9,5%.

Клиника заболевания у обследованных больных: повышение температуры тела, дизурические расстройства (частое мочеиспускание), болевые ощущения в области поясницы, преимущественно ноющего характера, изменение цвета мочи (33%), положительный симптом сотрясения у всех обследованных беременных женщин.

Показатели лабораторных данных: крови присутствовал умеренный лейкоцитоз – 33,3%. Наблюдались нормохромная анемия в 70% случаев. Показатели общего анализа мочи:

лейкоцитурия – у 58% обследованных, малая протеинурия – у 37,5%, микрогематурия – у 33%, бактериурия – 12,5%.

По данным УЗИ выявлены признаки пиелокаликоэктазии – у 61,9% обследованных, диффузное изменение паренхимы – у 33,3%, удвоение ЧЛС – у 14,2%.

Лечение: Антибактериальная терапия (цефотоксим, цефтриаксон, амоксиклав), инфузионная терапия (физиологический раствор NaCl 0,9%), для улучшения микроциркуляции в почках (пентоксифиллин), спазмолитики при болях (дротаверин, папаверин, эуфиллин), для лечения анемии (мальтофер)

Вывод. Пиелонефрит занимает важное место среди заболеваний женщин в период гестации. Проведенные наблюдения показали, что пик возникновения острого пиелонефрита приходится на 26-28 неделю. Основная часть пациенток находилась в III периоде беременности и в большинстве случаев (71,5%) процесс имел правостороннюю локализацию. По дан-

ным наблюдений своевременная диагностика и правильно подобранное комплексное лечение приводят к улучшению состояния женщин с гестационным пиелонефритом и способствует благоприятному течению беременности.

Список литературы

1. Антошина Н.Л., Михалевич С.И. Хронический пиелонефрит и беременность: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. – 2006.
2. Довлатян А.А. Острый пиелонефрит беременных. – М.: Медицина, 2004. – С. 5–15.
3. Семенова М.В. Методическое пособие «Беременность и пиелонефрит». – 2004.
4. Смирнова Т.А. «Гестационный пиелонефрит в современном акушерстве».
5. Стяжкина С.Н. Клинико-иммунологические параллели применения эфферентных методов при лечении гнойно-воспалительных заболеваний в хирургической и гинекологической практике / С.Н. Стяжкина, М.В. Варганов, А.В. Леднева, С.Б. Назаров, Е.М. Виноходова, М.Л. Черненко, Е.В. Третьяков, М.В. Султанова // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 2(46).
6. Черненко М.Л. Течение беременности у женщин с хроническим пиелонефритом / М.Л. Черненко, Т.Н. Стрелкова // Медицинский альманах. – 2011. – № 6. – С. 80–81.