

отношении, усугубляя течение основного заболевания, вовлекая в процесс мочевыводящие пути, поджелудочную железу, печень и даже влияя на торпидность артериальной гипертензии к лечению, что, естественно, ухудшает астенизацию и психофизиологический статус пациентов. Эндотоксин является производным наружной мембраны грамотрицательных бактерий кишечника и потенциальным стимулятором моноцитов и макрофагов, продуцирующих ФНО-альфа, ИЛ-1, ИЛ-4. В результате активируются иммунновоспалительные процессы в организме. Общее токсическое воздействие усиливается или развивается также за счет активации перекисного окисления липидов и белков. [3] При деструктивном панкреатите нарушается устойчивое равновесие микрофлоры кишечника из-за применения антибиотиков, отсутствия поступления питательных веществ, перевариваемой и неперевариваемой клетчатки. Происходит нарушение популяционного уровня анаэробов, в том числе бифидо- и лактобактерий, расположенных непосредственно на поверхности слизистой оболочки кишечника. Отсутствие межмикробного антагонизма приводит к избыточному бактериальному росту с преобладанием в микробной популяции грамотрицательной микрофлоры. Катастрофически повышается риск микробной транслокации и возникновения гнойно-септических осложнений.

Микробная транслокация занимает важное место в патогенезе развития гнойно-септических осложнений панкреонекроза, однако, общепринятая терапия при данной патологии не предусматривает устранение факторов, способствующих нарушению барьерной функции кишечника. Исходя из выше сказанного, целесообразно включение в комплексную терапию раннего энтерального питания и иммуномодуляторов.

#### Список литературы

1. Бурмирова, А.Л. Иммунный гомеостаз и микробиоценоз. Метаморфозы и пути развития воспалительных заболеваний кишечника – Челябинский дом печати, 1997. 216 с.
2. Крамарев, С.А. Защитные функции микрофлоры кишечника / С.А. Крамарев, О.В. Выговская, Д.С. Янковский и др. // Новости медицины и фармации. Гастроэнтерология. – 2008. – № 251. – С. 62-67.
3. Куяров, А.В. Колонизационная резистентность как показатель функциональных возможностей организма и коррекция ее нарушений: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2000. – С. 46.
4. Рябиченко, Е.В. Роль кишечной бактериальной микрофлоры и ее эндотоксина в патологии человека / Е.В. Рябиченко, В.М. Бондаренко // Журн. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол. – 2007. – № 3. – С. 103-111.
5. Филимонов, М.И. Острый панкреатит / М.И. Филимонов, Б.Р. Гельфанд, С.З. Бурневич, Б.Б. Орлов, Е.Ц. Цыденжапов. – М.: Изд-во НИЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2000.
6. Христин, Т.Н. Кишечная микрофлора: роль в клиническом течении ряда заболеваний внутренних органов / Т.Н. Христин // Новости медицины и фармации. Гастроэнтерология. – 2009. – № 220 – С.50-55.

#### ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ В УРОЛОГИИ

Яппарова С.В., Мухаметзянова В.И.,  
Вологжанина И.В.

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск, e-mail: Hvorenkoff@yandex.ru

Болезни почек занимают, по некоторым данным, второе место после сердечно-сосудистой патологии и представляют серьезную опасность для нормального развития плода и гестационного процесса, поскольку патология этих органов ведет к нарушению многих жизненно важных функций организма, а бе-

ременность существенно увеличивает нагрузку на почки. Возросшие требования к почкам и нейрогуморальные сдвиги, свойственные периоду беременности, способствуют выявлению врожденных или приобретенных дефектов, а также скрыто протекавших болезней мочевыделительной системы. Сдавление мочеточника беременной маткой, варикозное расширение вен правого яичникового сплетения, которое пересекает и сдавливает мочеточник, приводят к нарушению оттока мочи. В свою очередь, гормональные перестройки в организме беременной, усиленный выброс кортикостероидов, инфекции при беременности и в анамнезе, снижение иммунитета, хронические очаги инфекции вносят свой вклад в развитие патологии почек и мочевыводящих путей. Нарушение кровообращения в почках является одним из ведущих патогенетических звеньев гестоза, и, таким образом, профилактика заболеваний почек во время беременности имеет особое значение в профилактике гестоза.

Цель исследования: изучение характера, особенностей клиники заболеваний почек у беременных.

Задачи: выявить структуру по нозологическим единицам, возбудителю и выявить осложнения.

Материалы и методы: был проведен ретроспективный анализ историй болезней урологического отделения 1 Республиканской клинической больницы (1 РКБ) за 2011 год и произведен процентный расчет по следующим критериям: диагноз, срок беременности, возраст пациенток, своевременность госпитализации, возбудитель, применение антибактериальной терапии, осложнения.

Изучено 20 историй болезней урологического отделения 1 РКБ за 2011 год. Из них 16 (80%) – гестационный пиелонефрит; 3 (15%) – мочекаменная болезнь; и 1 (5%) – обострение хронического пиелонефрита. В I триместре беременности поступило 3 (15%) пациентки; во II триместре – 12 (60%) и в III триместре 5 (25%) пациенток. Соотношение по возрасту: до 20 лет – 5%; 21 год – 25 лет – 50%; 25-30 лет – 20%; 30-35 лет – 5%; 35 лет – 42 года – 15%. В первые 24 часа после начала заболевания поступило 35% (7), после 24 часов 60% (12); 5% (1) переведены из гинекологического отделения. Посевы мочи взяты 18 пациенткам. Из них наибольшая доля принадлежит *E. coli* – 11,1% и *St. epidermalis* – 11,1%; также выявлена *Klebsiella pneumoniae* в 5,6% случаев. В 72,2% роста микрофлоры не выявлено. Антибактериальную терапию получали 15 (75%) пациенток, продолжительностью 5-7 дней. Выявлено 2 случая осложнений течения заболевания – вторичный пиелонефрит и гидронефроз. Преждевременными родами закончился 1 случай в сроке 31-32 недели с диагнозом: «Гестационный пиелонефрит. Правосторонний гидронефроз», когда пациентка была переведена в роддом с началом родовой деятельности.

Вывод. Таким образом, 1-е место по распространенности среди экстрагенитальной урологической патологии занимает гестационный пиелонефрит; 2-е место мочекаменная болезнь и 3-е место обострение хронического пиелонефрита. Рассматриваемая патология чаще всего встречается у пациенток 21-25 лет, во II триместре беременности, что позволяет провести адекватное лечение антибактериальными препаратами, так как воздействие на плод минимальное. Однако в настоящее время инфекционные заболевания мочеполовой системы у женщин отличаются полиэтиологичностью и стертой клинической картиной, что, по-видимому, объясняет позднюю госпитализацию пациенток (60% поступило позже 24 часов).