

способность легких, выявлено в группе пациентов с мезангиопролиферативным вариантом ХГН. По результатам данного анализа можно предполагать, что среди первостепенных компонентов, оказывающих влияние на снижение диффузионной способности легких, у данной категории пациентов являются нарушение азотовыделительной функции почек, состояние сердечно-сосудистой системы, а так же факторы воспаления.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕЙЗАЖ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Бачева И.В.

*Карагандинский государственный
медицинский университет*

Проблема охраны репродуктивного здоровья женщин, воспроизводства населения, снижения перинатальной и детской заболеваемости, смертности, рождения полноценного потомства имеет важное медицинское и социальное значение. Так, ежегодно около 536 тыс. женщин во всем мире умирают от осложнений во время беременности или родов. Глобальный коэффициент материнской смертности, составивший 400 материнских смертей на 100 тыс. живорождений в 2005 году, остался почти неизменным с 1990 года [4]. Прогресс в снижении материнской заболеваемости и смертности зависит от доступности квалифицированной медицинской помощи и внедрения ранних и эффективных методов диагностики и лечения.

Занимая одно из ведущих мест в структуре экстрагенитальных заболеваний беременных – гестационный пиелонефрит увеличивает риск преждевременных родов, плацентарной недостаточности, преждевременного излития околоплодных вод и хориоамнионита [1, 2, 3, 5]. Что приводит к рождению недоношенных или функционально незрелых детей, а также новорожденных с задержкой внутриутробного развития и признаками внутриутробной инфекции [1, 3, 6]. Обсуждается роль ГП как одной из причин рождения детей с врожденными пороками развития, задержкой умственного развития и детским церебральным параличом [6].

Частота гестационного пиелонефрита колеблется в довольно широких пределах и по данным различных авторов составляет от 2 до 20 % [5]. Для верификации диагноза «пиелонефрит»

требуется комплекс клинических, лабораторных и инструментальных методов исследований. С одной стороны, вышеперечисленный набор методов не вызывает трудностей, в связи с своей доступностью. С другой стороны, отмечается увеличение латентных форм пиелонефрита у беременных, которые протекают без ярких клинических признаков и диагностируется уже при манифестации осложнений. В 18 % случаев ГП протекает стерто, когда только лабораторные методы исследований могут указать на наличие воспалительной реакции, а клинические признаки отсутствуют [1, 2, 5]. При этом риск развития неблагоприятных исходов беременности в сочетании с ГП не зависит от выраженности клинических признаков [5].

Целью нашей работы явилось определение микробного пейзажа мочи беременных женщин с гестационным пиелонефритом. Биоматериалы высевали на селективные среды: на среду Эндо и Плоскирева для выделения энтеробактерий, на желточно-солевой агар для выделения стафилококков, на глюкозо-щелочной агар с добавлением 2, 3, 5 трифенилтетразолия хлорида и сульфат полимиксина для выделения энтерококков, на среду Сабуро для выделения грибов. Посевы инкубировали при температуре 37 °С в микроаэрофильных условиях 24-48 часов в зависимости от вида микроорганизма. Количество бактерий на 1 мл исследуемого материала подсчитывали по таблице Гольда. Идентификацию выделенных чистых культур проводили по морфологическим, культуральным и биохимическим признакам.

Положительные результаты бактериологических посевов мочи у беременных с гестационным пиелонефритом были выявлены в 80 % случаев (82 из 103) случаев. В 15 случаях обнаружена смешанная флора. Видовой состав мочи был представлен следующим образом: *Staphylococcus* spp. 34,2 %, *Streptococcus* spp. 5,1 %, *Enterococcus* spp. 17,5 %, *E.coli* 18,5 %, *Candida albicans* 13,4 %, *Klebsiella* 4,1 %, прочие 7,2 %. У 21 из 103 беременных женщин с гестационным пиелонефритом микробная флора в моче не обнаружена.

Проведенные микробиологические анализы показали, что наиболее частыми возбудителями гестационного пиелонефрита явились: стафилококки, энтерококки и кишечная палочка высевались одинаково часто, несколько реже встречалась *Candida albicans*.

Степень бактериальной обсемененности носила следующий характер: низкая (ме-

нее и равное 10^3 КОЕ/мл) в 12,4%, умеренная (10^4 КОЕ/мл) 25,8 %, высокая (10^5 КОЕ/мл и более) 61,8 %.

Учитывая вышеперечисленное можно сделать следующие выводы:

1. Ведущая роль в развитии гестационного пиелонефрита по данным микробиологического пейзажа принадлежит стафилококкам, энтерококкам и кишечной палочке, а в 15 случаях обнаружены микробные ассоциации, что должно учитываться при проведении дезэскалационной терапии беременным женщинам до получения результатов микробиологического исследования.

2. У каждой пятой беременной женщины микробная флора в моче не высеяна при наличии комплекса клинических признаков гестационного пиелонефрита.

3. В 13,4 % случаев обнаружена *Candida albicans*, вероятно, появление которой связано с иммунодефицитным состоянием в виду подавления гуморального иммунитета прогестероном.

4. Микробиологическое исследование мочи у беременных женщин в критические сроки развития пиелонефрита может использоваться в качестве скринингового теста для повышения качества диагностики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гуртовой Б.Л., Емельянова А.И., Пустошина О.А. Инфекции мочевыводящих путей у беременных и родильниц // Трудный пациент. – 2005. – № 9. – С. 27–35.
2. Данкович Н.А. Беременность и пиелонефрит // Репрод. здоровье женщины. – 2005. – №3. – С. 10–13.
3. Кокая А.А., Добротина А.Ф., Егорова Н.А. Особенности фетоплацентарной системы и состояние плода у беременных с хроническим и гестационным пиелонефритом // Вестн ВолГМУ. – 2003. – № 1. – С. 51–55.
4. Мировая статистика здравоохранения 2009 год. Всемирная организация здравоохранения.
5. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. Третье издание. – М.: Триада, 2005. – 816 с.
6. O'Neill M.S., Hertz-Picciotto I., Pastore L.M., Weatherley B.D. Have studies of urinary tract infection and preterm delivery used the most appropriate methods? // Paediatr. & Perinatal. Epidemiol. – 2003. – Vol. 17. – P. 226–233.

ГОМЕОСТАЗИС НЕЗДОРОВЬЯ: ПЕРВИЧНЫЕ И ВТОРИЧНЫЕ СТРЕССОУСТОЙЧИВЫЕ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СИСТЕМЫ

Булгакова О.С.

*Научно-практический центр
«Психосоматической нормализации»,
Санкт-Петербург
e-mail: bulgak_os@mail.ru*

В здоровом организме действуют первичные и вторичные стрессоустойчивые психофизиологические функциональные системы. К первичным системам относятся системы жизненно важные, например: мозг, сердце, легкие, гормональная система. К системам второго порядка организм относит кожу, опорно-двигательную и мочеполовую системы, желудочно-кишечный тракт.

Психофизиологические функциональные системы являются интегрирующими и регулирующими структурами организма. А альтернативные (псевдопатологические) психофизиологические функциональные системы являются основой для формирования «гомеостаза нездоровья» – присущей любому организму, при любой тяжести его патологии, постоянной адаптационной среды, поддерживающей жизнь организма в оптимальном для него действующем режиме, зачастую за счет минимизации или прекращения работы отдельных, как ему кажется на данный момент времени, не жизненно важных функций, которые и являются вторичными стрессоустойчивыми психофизиологическими функциональными системами.

При возникновении и развитии различных психогенных или психосоматических дисфункций вначале формируется «первичный психологический гомеостаз нездоровья», при котором доминирует изменение личностных и поведенческих характеристик. При ухудшении состояния он трансформируется во «вторичный психофизиологический гомеостаз нездоровья», когда происходят изменения в работе уже и психологических и физиологических функций.

Во время лечения психосоматозов, которые представляют собой растянутый во времени, постоянно подкрепляющийся стрессами различного характера, следовой постстрессорный эффект, сопровождающийся формированием в центральной нервной системе альтернативной (травмирующей) адаптационной доминанты, свидетельствующей о состоянии неудовлетво-