Антибактериальная терапия.

Препаратами I линии являются цефотакс, цефтриаксон, цефтибутен, цефиксим с курсом лечения на 14 дней. Альтернативные препараты – эртапенем, имипинем/циластатин, меропенем, пиперациллин/тазобактам, цефоперазон/сульбактам. Только при известной чувствительности возбудителя применяются амоксициллин/клавуланат или цефуоксим [4].

В целом длительность антибактериального лечения должна составлять не менее трех недель, поскольку при двухнедельной терапии частота рецидива достигает 60%. Критерием излеченности гестационного пиелонефрита служит отсутствие клинических проявлений, изменений в анализах мочи и отсутствие роста микрофлоры в посевах мочи через 5-7 дней после отмены антибактериальной терапии [6].

С целью усиления эффективности антибактериальной терапии показана инфузия антиоксидантов (аскорбиновая кислота, унитиол, витамин Е) [2].

Фитотерапия используется как в фазе активного воспаления (толокнянка, шалфей, шиповник, крапива, ромашка), так и в период ремиссии, когда целесообразно применение растений с регенерационными свойствами (одуванчик, березовые почки, ромашка, брусника). Применяются комплексные фитопрепараты - канефрон, хофитол, цистон [2].

Целесообразно назначение мочегонных средств - салуретиков, которые способствуют эвакуации из почечной ткани воспалительного детрита [2].

Для коррекции иммунологической реактивности и неспецифической резистентности, а также для профилактики и/или лечения фетоплацентарной недостаточности назначают Кокарбоксилазу, Курантил, Эссенциале Н, Актовегин [6].

Вывод. Для профилактики инфекции мочевых путей в период беременности необходим регулярный контроль анализов мочи на протяжении всей беременности (каждые 14 дней), а также раннее выявление нарушений уродинамики и их коррекция.

1. Основы внутренней медицины / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 888 с.
2. Акушерство: национальное руководство / под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского и др. М: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 435–452.
3. Акушерство. Клинические лекции [Электронный ресурс] : учебное пособие / Под ред. проф. О.В. Макарова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. –
4. Перепанова Т.С., Козлов Р.С., Руднов В.А. и др. Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов. Российские национальные рекомендации. М., 2013.
5. Мухин Н.А., Тареева И.Е., Шилов Е.М. и др. Диагностика и лечение болезней почек. М: ГЭОТАР-Медиа, 2011. С. 326–356.
6. Лекции для врачей. Инфекции мочевыводящих путей при беременности. И.Г. Никольская, О.Н. Ветчинников, Л.А. Синяков, Т.С. Будыкина. 2014 г.

Поселюгина О.Б., Куницина М.Е.

Изменения мочевыводящей системы при беременности

*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России
(Россия, Тверь)*

doi:10.18411/lj-11-2018-188

idsp: ljjournal-11-2018-188

Аннотация

Почки во время беременности функционируют с повышенной нагрузкой, выводя из организма матери не только продукты ее обмена, но и продукты метаболизма плода, что приводит к существенным изменениям мочевыделительной системы.

Ключевые слова: беременность, мочевыделительная система, почечный кровоток.

Основная часть. Основные изменения, происходящие с почками и мочевыделительной системой при беременности, связаны с развитием гиперпрогестеронемии, начиная с ранних сроков гестации [5, с. 244]. Одним из важных изменений является увеличение почечного кровотока на 30-50%. Так, почечный кровоток у небеременных составляет примерно 1100 мл/мин, в I триместре беременности он повышается до 1460 мл/мин, затем постепенно снижается во II триместре, и уже в III триместре эта цифра колеблется около 1050 мл/мин. К 37 недели беременности почечный кровоток уменьшается до 820 мл/мин [1, с. 126]. Такое изменение кровотока может рассматриваться, как своеобразная приспособительная реакция, которая дает возможность другим органам в конце беременности получать дополнительное количество крови.

Почти параллельно с почечным кровотоком изменяется скорость клубочковой фильтрации (СКФ) и клиренс креатинина, что приводит к снижению уровня мочевины и креатинина в сыворотке крови. В ответ на повышение СКФ увеличивается реабсорбция электролитов, глюкозы и аминокислот в почечных канальцах, в связи с чем у беременных незначительно повышается экскреция белка и глюкозы с мочой [1, с. 1424; 2, с. 216]. Наряду с глюкозурией и протеинурией может наблюдаться и лактозурия, обусловленная повышением концентрации лактозы в крови матери. Необходимо отметить, что лактоза, в отличие от глюкозы, не поглощается канальцами почек. Бикарбонатурию рассматривают как компенсаторную реакцию в ответ на развитие гипокапнии (дыхательный алкалоз развивается у беременных вследствие физиологической гипервентиляции). Стойкая щелочная реакция мочи, характерная для беременности, является фактором риска развития мочевого инфекции [5, с. 143].

Существует предположение, что увеличение почечного кровотока и СКФ связано с усилением продукции гормона роста.

Кроме того, для беременности характерна физиологическая задержка натрия и воды, причем ретенция натрия составляет около 900 ммоль, а задержка воды – 6–8 литров. Примерно 2/3 задержанных воды и натрия распределяются в организме матери, что приводит к развитию незначительных отеков, особенно к концу беременности [2, с. 254].

Так же физиологические изменения затрагивают анатомию почек и мочевыводящих путей.

В первом триместре происходит расширение чашек, почечных лоханок и мочеточников. Это связано с повышением уровня прогестерона во время беременности, который блокирует сократительную активность гладкой мускулатуры, снижается ее тонус [4, с. 13]. Как правило, дилатация чашечнолоханочной системы больше выражена справа. [5, с. 340]. Объем лоханок увеличивается с 5-10 мл до 50 мл и больше, так же это связано с пережатием мочевыводящих органов увеличенной в размерах маткой. В последующем происходит удлинение мочеточников до 20-30 см [1, с. 112]. Такие изменения приводят к тому, что мочеточник не помещается в своем ложе и петлеобразно изгибается. Перегиб чаще всего наблюдается при переходе верхней трети мочеточника в среднюю треть. Так же изменяются и стенки мочеточников: они гипертрофируются, возникает гиперплазия мышечной и соединительнотканной оболочки, повышается васкуляризация стенки. Атония и расширение просвета мочеточников нарушают пассаж мочи и могут явиться фактором риска развития или обострения инфекции мочевыводящих путей [3, с. 21; 4, с. 16]. Дилатация мочевыводящих путей начинается с 5-6 недели беременности и достигает своего максимума к 32 недели.

Вывод. Во время беременности организм женщины полностью перестраивается, в связи, с чем происходят вышеуказанные компенсаторные изменения.

Знание физиологических изменений в организме при нормальной беременности необходимо врачу любой специальности, так как позволяет быстро распознать патологию, приводящую к осложнениям родов и послеродового периода. Игнорирование врачом этих изменений может привести как неадекватной оценки тяжести состояния, так и к ятрогенной избыточной коррекции при лечении осложнений или критических состояний.

1. Акушерство: учебник / Э. К. Айламазян [и др.]. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с.
2. Акушерство: учебник / Г. М. Савельева, Р. И. Шалина, Л. Г. Сичинава, О. Б. Панина, М. А. Курцер. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 656 с. : ил.
3. Акушерство. Клинические лекции [Электронный ресурс] : учебное пособие / Под ред. проф. О.В. Макарова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – [http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970405550.html]
4. Клинические лекции по акушерству [Электронный ресурс] / под ред. Ю. Э. Доброхотовой, О. В. Макарова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – [http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970442951.html]
5. Нефрология / Под ред. Е.М. Шилова. 2-е изд., испр. и доп. 2010. - 696 с.

Разина А.Ю., Салина Т.Ю.

Туберкулез органов дыхания, вызванный микобактериями разного генотипа

*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им.В.И. Разумовского Минздрава России
(Россия, Саратов)*

doi:10.18411/lj-11-2018-189

idsp: ljjournal-11-2018-189

Аннотация

Цель: выявить социальные, клинические, рентгенологические и микробиологические особенности туберкулеза легких у женщин, вызванного микобактериями с разным генотипом. Проанализированы данные 37 историй болезни, амбулаторных карт женщин с впервые выявленным туберкулезом легких, находившихся на лечении в Саратовском противотуберкулезном диспансере с 2014 по 2017гг., у которых проводилась идентификация генотипа микобактерий из образцов мокроты пациенток. Использовался метод сполиготипирования и гибридизации на биологическом микрочипе с использованием набора реагентов «Сполигобиочип» (ООО «БИОЧИП-ИМБ», Москва). Результаты учитывали с помощью аппаратно-программного комплекса «Чип детектор-01» и специальной программы «ImaGeWare®». Пациентки разделены на 2 группы: 1 - с генотипом «Beijing» - 19 человек, 2 группа – с генотипами других семейств (Haarlem, Ural, Lam, T, Microti) - 18 человек. Выявлено, что пациенткам с туберкулезом легких, вызванным микобактериями генотипа «Beijing», до начала интенсивной фазы противотуберкулезной терапии свойственно формирование специфического процесса с более выраженной температурной реакцией и снижением веса до степени кахексии, с массивным бактериовыделением, чаще с лекарственной устойчивостью более чем к 5-ти химиопрепаратам, туберкулез легких протекает с развитием анемии, ателектаза в легочной ткани.

Ключевые слова: сполиготипирование, генотипы микобактерий туберкулеза, женщины.

В Саратовской области в последние годы наблюдается снижение показателя заболеваемости туберкулезом (за период 2001-2016гг. с 86,6 до 40,0 на 100тыс.