

условий необходимой удаленности от жилой зоны новых так называемых «экономических зон (технопарков)».

ПРОБЛЕМА ДИСБИОЗОВ В ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЁНКА

Ильина Р.М., Баянова Л.А.
ЗАО «Вектор-БиАльгам», НРБ-1,
п. Кольцово Новосибирской области

Успешное развитие микробиологии, клинической иммунологии, синтез всё более мощных антибиотиков, казалось бы, должны были решить проблему урогенитальной и послеродовой инфекции. Однако частота и тяжесть гнойно-септических осложнений не уменьшилась. Ужесточение мероприятий асептики и антисептики также не приводит к ожидаемому результату. Представляется верным, что возникновение инфекционных осложнений в решающей мере зависит от дисбиоза влагалищного биотопа. Возникающий дисбиоз сопровождается чрезмерно высокой концентрацией облигатно и факультативно анаэробных условно-патогенных микроорганизмов в сочетании с резким снижением количества или отсутствия молочнокислых бактерий в отделяемом влагалища.

С современных позиций микрофлору влагалища принято рассматривать как совокупность микробиоценозов, занимающих на слизистой различные экологические ниши. Так, например, в непосредственной близости от преддверия влагалища в большом количестве обнаруживаются аэробные микроорганизмы, а анаэробы встречаются лишь в 30-40% случаев. В образцах отделяемого, полученного из сводов влагалища, анаэробные микроорганизмы обнаруживаются уже в 60%, а в дистальных отделах цервикального канала - в 84% случаях.

Установлено, что нормальный микробный пейзаж влагалища и шейки матки включает около 60 штаммов бактерий.

В норме в вагинальном микробиоценозе женщин репродуктивного возраста абсолютно доминируют аэробные и анаэробные лактобактерии, на долю которых приходится 95-98 % всей вагинальной микрофлоры. В настоящее время установлено, что род *Lactobacillus* включает 44 различных вида микроорганизмов (Mardh P.1983, Larson P. 1991), которые имеют общие свойства и биологическая роль которых сводится к :

- конкуренции с другими микроорганизмами за прилипание к эпителию стенок влагалища, что необходимо для колонизации бактерий;
- созданию во влагалище кислой среды благодаря высокой концентрации молочной кислоты;
- продуцированию перекиси водорода, что также является одним из действенных механизмов бактериального антагонизма;
- продуцированию широкого спектра ингибиторов, напоминающих бактериоцины;
- эффективно стимулируют иммунную систему макроорганизма.

В течение жизни женщины частота выделения лактобацилл неодинакова. Отчётливо прослеживается

тенденция к росту колоний лактобацилл у беременных женщин и относительно низкий уровень этих микроорганизмов до полового созревания и в период менопаузы. Громадное влияние оказывают и экзогенные факторы - продолжающееся ухудшение экологии окружающей среды, активное применение нерациональной антибактериальной терапии, длительное неполноценное или несбалансированное питание, воздействие ионизирующей радиации, физических и психических стрессов.

В таких условиях беременные женщины и новорожденные являются контингентом риска по формированию дисбиоценозов. Как известно, заселение организма новорожденного нормальной микрофлорой и формирование его собственного микробиоценоза тесным образом связано с состоянием микробиоценоза роженицы. Дисбиотические нарушения кишечника и родовых путей, как правило, сочетаются с высоким показателем пренатального риска у беременных и формированием хронических форм патологий у детей. С учётом высокого уровня дисбиотических нарушений становится понятной необходимость проведения оздоровительных мероприятий у женщин фертильного возраста ещё до наступления беременности, а также у беременных ранних сроков и новорожденных групп риска с первых дней жизни. Так стало актуальным использование микробных препаратов для коррекции биоценоза родовых путей и подготовки женщин репродуктивного возраста к зачатию, а также как средство реабилитации после перенесённых гнойно-септических процессов.

Предприятием ЗАО «Вектор - БиАльгам» для коррекции дисбиозов предложен «Бифидум» - жидкий концентрат бифидобактерий (ЖКБ), представляющий собой микробную массу видов *Bifidobacterium bifidum*, *B. longum*, содержащую в 1 мл не менее 10 млрд. живых биологически активных клеток. Ранее апробация «Бифидума» - ЖКБ была проведена в отделении венерологии Уральского научно-исследовательского института дерматовенерологии и иммунологии.

Бактерии в ЖКБ находятся в физиологически активном состоянии и способны к колонизации через 2 часа после введения.

В гинекологическом отделении НРБ N 1 проведено наблюдение по клинической оценке влияния «Бифидум» - ЖКБ на течение и исход беременности у 96 женщин в возрасте от 18 до 34 лет.

Все женщины были подвергнуты общеклиническому и специальному гинекологическому обследованию в целях определения возбудителей генитальной инфекции с применением методов ИФА и ПЦР, а также обязательным бактериоскопическим и бактериологическим исследованием отделяемого из влагалища и цервикального канала. Группы были подобраны однородными по нозологическому составу (см. таблицу 1).

За период лечения 1 группа беременных женщин получала специальное лечение с преимущественным использованием методов местной терапии и восстановлением микробиоценоза влагалища без применения эубиотиков (контроль).

Таблица 1. Группы подобранные однородными по нозологическому составу

Состояние	Абсолютное кол-во	% выражение
Бактериальный вагиноз	4	12,5
Неспецифический кольпит	7	21,8
Хламидиоз	4	12,5
Трихомониаз	2	6,25
Генитальный кандидоз	9	28,2
1 и 2 степень чистоты влагалища	6	18,75

У беременных 2 группы со сроком гестации менее 12 недель использовался только «Бифидум» - ЖКБ. Эубиотик применялся интравагинально на тампонах по 2 дозы 1 раз в сутки и перорально по 1 дозе 3 раза в сутки. Длительность курса составляла 10-14 дней (1 способ).

При 4-ой степени чистоты влагалища у этих пациенток (3 группа) в первые 5 дней проводилось осмотическое дренирование (в задний свод 5 гр. порошка углеродминерального сорбента СУМС-1), а

затем своды тампонируются рыхло полоской марли, смоченной ЖКБ (2 способ). Кроме того, применялся «Бифидум» - ЖКБ перорально по 1 дозе 3 раза в сутки.

В течение первой недели все больные отмечали исчезновение зуда, жжения и значительное снижение количества патологических выделений. Значительно улучшалось состояние пациенток – общее самочувствие, сон, аппетит. Лабораторные данные также показывали положительную динамику (см. таблицу 2).

Таблица 2. Результаты лечения больных

Лабораторные данные	1-й способ (%)	2-ой способ (%)	Контроль(%)
Излечение	67,0	79,0	51,2
Снижение кол-ва лейкоцитов до ед./в поле зрения	79,8	83,3	59,9
Снижение кол-ва эпителиальных клеток до 10/ в поле зрения	92,8	94,7	84,3
Снижение pH до 4,5 и ниже	73,2	74,9	61,7
Отрицательный аминовый тест	92,1	97,0	82,4
Увеличение кол-ва грамположительных палочек.	95,7	96,0	79,7

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о хорошей эффективности применения жидкого концентрата бифидобактерий для восстановления нормального биоценоза кишечника и половых путей. Наиболее оптимальной схемой лечения является комплексный приём препарата перорально и местно для нормализации кишечной и влагалищной микрофлоры, и как следствие, снижение перинатальных потерь и рождения маловесных и больных детей, улучшения течения адаптационно-приспособительных процессов в раннем неонатальном периоде.

ВЛИЯНИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ РАЗЛИЧНЫМИ ДОЗАМИ СТРЕПТОКИНАЗЫ НА УРОВЕНЬ ФИБРИНОГЕНА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Калинина С.Г., Габинский Я.Л.
Клинический центр «Кардиология»,
Екатеринбург

У больных с острым инфарктом миокарда к концу первой недели заболевания развивается состояние гиперкоагуляции и гиперфибриногенемии. Тромболитический препарат стрептокиназа является фибрино-неспецифичным препаратом и оказывает значительное влияние на коагуляционные процессы вообще и на уровень фибриногена в частности. При проведении тромболитической терапии стрептокиназой происходит

не только расщепление тромба, но и расщепление фибриногена плазмы крови. Целью нашей работы было изучение изменений содержания фибриногена при терапии различными дозами стрептокиназы.

В исследование включено 117 больных с острым инфарктом миокарда в возрасте от 27 до 87 лет (средний возраст больных $57,1 \pm 2,2$), из них - 91 мужчина, 26 женщин. Диагноз ОИМ устанавливался на основании критериев ВОЗ, из методов ферментной диагностики проводилось исследование КФК и МВ-КФК. Все пациенты имели клинические и ЭКГ показания для проведения тромболитической терапии, продолжительность ангинозного приступа составляла не более 12 часов.

Тромболитическая терапия проводилась препаратом «стрептокиназа» производства АО «Белмедпрепараты», республика Беларусь. При поступлении в клинику больные были рандомизированы в две группы. Исследование было открытым, контролируемым методом параллельного сравнения групп. 56 больных первой группы вводилась стрептокиназа по стандартной методике: 1 500 000 ЕД стрептокиназы вводилось на 100 мл физиологического раствора в течение 60 минут внутривенно капельно. 61 больному второй группы стрептокиназа вводилась «быстрым» методом: 750 000 ЕД стрептокиназы вводилось на 20 мл изотонического раствора внутривенно струйно в течение 10-15 минут.