

Эффективность лечения значительно повысилась в случае комбинированного применения антибиотиков с протеолитическими ферментами (Вобэнзим) (таблица 1).

Таблица 1

Эффективность использования протеолитических энзимов в комплексной терапии урогенитальных хламидиозов, микоплазмозов и уреоплазмозов

Инфекция	Лечение	Количество больных	Клиническое излечение	
			Кол-во	%
Хламидиоз	Антибиотик	18	4	22,2
	Антибиотик+ Вобэнзим	20	19	95
Уреоплазмоз	Антибиотик	13	4	30,7
	Антибиотик+ Вобэнзим	14	13	92,8
Микоплазмоз	Антибиотик	9	5	55,5
	Антибиотик+ Вобэнзим	12	12	100

В ходе проведенного исследования определено, что эффективность комбинированного лечения с использованием антибиотика и Вобэнзима значительно выше, чем при использовании традиционной терапии. В группе пациентов, получающих комплексную терапию (антибиотик + Вобэнзим) ежедневно на протяжении всего курса в дозе 15 драже/сут в три приема, чаще происходит полное излечение хламидиоза и уреоплазмоза (95% и 92,8% соответственно). При микоплазменной инфекции выздоровление при назначении антибиотика с Вобэнзимом происходило в 100% случаях.

Таким образом, патогенетическим обоснованием применения полиферментного препарата Вобэнзим являются его противовоспалительное, фибринолитическое, иммуномодулирующее действия, что позволяет достоверно повысить эффективность антибактериальной терапии в лечении хламидийно-уреоплазменных инфекций.

1. Буданов П. В. Оптимизация лечения больных с воспалительными заболеваниями придатков матки // Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. 2007. № 5. С. 14-19
2. Кнорринг Г.Ю. Интенсификация антибактериальной терапии при воспалительных заболеваниях в гинекологии // Практическая медицина. 2009. – 2(34). С. 99-100
3. Мазуров В.И., Стернин Ю.И. Энзимотерапия в клинической практике // Заместитель главного врача. Сборник статей. Специальный выпуск. 2010. С.3-5

Киселевич М.Ф., Ломан В.А., Сергиенко К.С., Черняева Ю.А., Постолова Н.И. Характеристика акушерских кровотечений в родах

*Белгородский государственный научный исследовательский университет
(Россия, Белгород)*

doi:10.18411/spc-18-01-2018-03

idsp: 000001:spc-18-01-2018-03

Актуальность проблемы. Акушерские кровотечения являются грозным осложнением во время беременности и особенно в родах. По данным отечественных и зарубежных авторов массивные кровотечения в послеродовом и послеродовом периоде являются одной из основных причин материнской смертности [1,2,3,6,11,1]. От послеродовых кровотечений в мире ежегодно умирает более 132000 женщин [4,8,9].

Непосредственными причинами кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периоде являются: аномалии прикрепления плаценты (частичное плотное прикрепление или приращение плаценты, ущемление отделившегося последа в

матке), травмы мягких тканей родовых путей, наследственные и приобретённые дефекты гемостаза, дефект последа, нарушение сократительной способности матки (гипотония и атония матки), задержка частей последа в матке и др.

Частота возникновения акушерских кровотечений в России составляет от 2,7% до 8% от общего числа родов [5,7,10].

Цель исследования. Изучить частоту и причины кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периоде у женщин Белгородской области.

Материал и методы. За 2014 – 2016 гг. в перинатальном центре Белгородской областной клинической больницы святителя Иоасафа был проведен анализ родов у женщин с кровотечениями в послеродовом и раннем послеродовом периоде.

Результаты исследования. За три года в Перинатальном центре было проведено 16 858 родов, из них с патологическим кровотечением у 132 женщин, что составляет 0,8% случаев. Эти данные представлены в таблице 1.

Таблица 1

Частота патологических акушерских кровотечений по данным перинатального центра Белгородской областной клинической больницы за 2014-2016 гг.

Роды	2014 г.	2015 г.	2016 г.	Всего
Всего проведено родов	5718	5652	5488	16858
Из них с кровотечениями	42(0,7%)	51(0,9%)	39(0,7%)	132(0,8%)

Из табл. 1 видно, что по годам отмечалось снижение число родов с 5718 в 2014 году до 5488 в 2016 году, а также незначительное снижение числа случаев кровотечения в родах с 0,9% в 2015 г. до 0,7% в 2016 г.

При анализе родов мы учитывали только патологическую кровопотерю от 501 мл и до 1000 мл (соответствующей 15 – 25% ОЦК) и массивную кровопотерю более 1000 мл. (соответствующей больше 30% ОЦК). Эти данные представлены в таблице 2.

Таблица 2

Объем кровопотери в родах у обследуемых женщин перинатального центра Белгородской областной клинической больницы святителя Иоасафа за 2014-2016 гг.

Кровопотеря в мл	2014 г.	2015 г.	2016 г.	Всего
501-1000	18(31,0%)	22(37,9%)	18 (31,0%)	58(43,9%)
1001-1500	15(31,2%)	19 (39,6%)	14 (29,2%)	48(36,4%)
1501-2000	7(41,2%)	6 (35,3)	4 (23,5%)	17(12,9%)
Свыше 2000	2(22,2%)	4 (44,4%)	3 (33,3%)	9(6,8%)
ИТОГО	42(100%)	51(100%)	39(100%)	132(100%)

Из таблицы 2 видно, что наибольшее число женщин было с кровопотерей от 501 мл и до 1000 мл и составило 58 (43,9%) случаев. Массивные кровотечения с кровопотерей от 1001 мл до 1500 мл наблюдались у 48 (36,4%), от 1501 мл и до 2000 мл – у 17 (12,9%) и свыше 2000 мл – у 9(6,8%) женщин. Таким образом, массивные кровотечения в родах составили 74(5,6%) случаев.

Причины кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периоде представлены в табл. 3.

Таблица 3

Причины кровотечений у обследованных женщин по данным Перинатального центра Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа за 2014-2016 гг.

Причины кровотечений	2014 г.	2015 г.	2016 г.	Всего
Предлежание плаценты	2(11,8%)	5(29,4%)	10(58,8%)	17(12,9%)

ПОНРП	2(22,2%)	4(44,4%)	3(33,3%)	9(6,8%)
Гипотоническое кровотечение	30(39,0%)	24(31,2%)	23(30,0%)	77(58,3%)
Травмы родовых путей	3(20,0%)	10 (66,6%)	2 (13,3%)	15(11,4%)
Плотное прикрепление плаценты	1(11,1%)	7 (77,7%)	1(11,1%)	9(6,8%)
Коагулопатии	–	1 (1,0%)	–	1(0,7%)
Разрыв матки по рубцу	2(1,0%)	–	–	2(1,5%)
ДВС-синдром	1(1,0%)	–	–	1(0,7%)
Гематома паравезикальной клетчатки	1(1,0%)	–		1(0,7%)
ИТОГО	42(100%)	51(100%)	39(100%)	132(100%)

Из табл. 3 очевидно, что основными причинами патологических акушерских кровотечений у 17 (12,9%) было предлежание плаценты, у 77(58,3%) – гипотоническое кровотечение, у 9(6,8%) – преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП), у 15(11,4%) – травмы родовых путей, у 9(6,8%) – плотное прикрепление плаценты, у 1(0,7%) – коагулопатия, у 2(1,5%) – разрыв матки по рубцу, у 1(0,7%) – ДВС- синдром, у 1(0,7%) – гематома паравезикальной клетчатки. Таким образом, наиболее частыми причинами кровотечений были гипотоническое кровотечение (58,3%), предлежание плаценты (12,9%), и травмы родовых путей (11,4%), а другие реже.

Преобладающее большинство женщин были из городской местности 87 (65,9%), а из сельской – 45 (34,1%).

По социальному статусу рабочих было 72 (54,5%), домохозяек 28 (21,2%) служащих 19 (14,4%) и учащихся 13(9,8%) женщин.

Обследуемые женщины по возрасту распределились следующим образом: до 18 лет – 6(4,5%), от 19 до 27 лет – 40(30,3 %), от 28 до 35 лет – 48 (36,4%) и от 36 и старше – 38 (28,8%). Таким образом, преобладающее большинство женщин были в возрасте 26 – 35 лет (824 – 31,4%).

Первобеременных было 36(27,3%), а повторнбеременных – 96 (72,7%). Первородящие составили 46 (34,9%), а повторнородящие – 86 (65,1%) женщин.

В анамнезе имели аборт 7 (5,3%) женщины, самопроизвольные выкидыши – 5 (3,7%), миома матки – 9(6,8%), кольпиты – 15(11,4%), а так же ИППП (инфекции передаваемые половым путем) – 18 (13,6%) женщин. Таким образом, отягощенный акушерский анамнез имели 54(40,9%) женщин и это послужило фоном для возникновения кровотечений в родах.

Во время беременности у 82 (62,1%) женщин были различные экстрагенитальные заболевания. Так, у 21 (15,9%) – артериальная гипертензия, у 14 (10,6%) – НЦД, у 12 (9,0%) – заболевания желудочно-кишечного тракта, у 13 (9,8%) – хронический пиелонефрит, у 5(3,7%) – сахарный диабет, у 6 (4,5%) – варикозная болезнь, у 2 (1,5%) – гидронефроз, у 1 (0,7%) – заболевания крови.

Течение беременности у 106 (80,3%) было неблагоприятным и характеризовалось различными осложнениями: хроническая фетоплацентарная недостаточность (ХФПН) у 21(15,9%), гестоз у 16(13,3%), хроническая внутриутробная гипоксия плода (ХВГП) у 8(6,0%), предлежание плаценты у 17 (12,9%), отеки беременных у 11(8,3%), ВУИ у 8(6,0%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) у 9(6,8%), анемия у 8(6,0%), многоводие у 6(4,5%) и маловодие у 2(1,5%). Таким образом, осложненное течение беременности гестозом, ВУИ, предлежанием плаценты, ПОНРП было способствующими причинами возникновения кровотечений в родах.

Срочные роды наблюдались у 113 (85,6%), а преждевременные – у 19(14,4%) женщин. У 100(75,8%), женщин роды проведены через естественные родовые пути, а у

32(24,2%) – путем операции кесарева сечения. Показаниями к операции кесарева сечения были: прогрессирующая гипоксия плода (7 – 5,3%), рубец на матке (5–3,8%), предлежание плаценты (5–3,8%), тяжелый гестоз 5(3,8%), клинически узкий таз (3–2,3%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (4 – 3,0%), тазовое предлежание (2 – 1,5%).

Течение родов у 113 (85,6%) женщин характеризовалось различными акушерскими и перинатальными осложнениями. Наиболее часто встречалась хроническая внутриутробная гипоксия плода (ХВГП) у 28 (21,2%), аномалии родовой сил у 20 (15,1%), гестоз у 15 (11,4%), травмы родовой путей у 13 (9,8%), несвоевременное отхождение вод у 10 (7,6%), ручная ревизия матки у 9(6,8%), эпизиотомия у 7 (5,3%), хориоамнионит у 6 (4,5%) и перинеотомия у 5(3,8%).

Однако самым грозным осложнением в родах было кровотечение, которое явилось причиной геморрагического шока. У 106(80,3%) женщин был констатирован геморрагический шок 1 степени. С целью остановки кровотечения производилась ручная ревизия матки у 88(83,0%), а инструментальная ревизия матки у 6(5,7%) женщин. В родах 100% всем женщинам была проведена инфузионно–трансфузионная терапия с восполнением кровопотери. Для восполнения ОЦК проводилась гемотрансфузия, инфузионная терапия в 98% плазмой, в 60% лейкоцитами в 10%. – солевые растворы. Для сокращения матки применялись утеротоники (окситоцин, метилэргометрин, ПАБАЛ).

Геморрагический шок 2 степени тяжести наблюдался в 19(14,4%) и 3 степени тяжести в 7(5,3%) случаях. Для остановки кровотечения во время операции кесарева сечения у 8 (6,0%) – применяли хирургические компрессионные швы на матку и у 5(3,8%) – легирование сосудистых пучков. В 13(9,8%) случаях была проведена экстирпация матки. Показаниями к операции было истинное вращение плаценты (4), гипотоническое кровотечение (4), коагулопатии (1), хориоамнионит (2) и разрыв матки по рубцу (2). Надвлагалищная ампутация матки производилась в 10(7,6%) случаях по поводу миомы матки больших размеров. В 4 случаях проводилась релапоротомия по поводу гипотонического кровотечения (3 случая) и гематома паравезикальной клетчатки (1 случай).

Всего родилось 132 детей. Живыми родилось 127 (96,2%) и мертворожденными 5 (3,8%) детей. Гибель детей наступила антенатально на фоне тяжело гестоза.

По полу родилось мальчиков – 77 (58,3%) и девочек – 55 (41,7%). Имели массу тела при рождении до 2000г – 8 (6,0%), от 2001–2500г – 14 (10,6%), от 2501–3000г – 35 (26,5%), от 3001–3500г – 46 (34,8%), от 3501 – 4000г – 15 (11,4%), от 4001–4500г – 8 (6,0%), от 4501–5000г – 6 (4,5%) и свыше 5001г – 3 (0,1%). Таким образом, преобладающее число детей имели массу при рождении от 3001 – 3500 г (46 – 34,8%).

Рост при рождении до 45 см имели 19 (14,4%), от 46–50 см – 29 (22,0%), от 51–55 см – 50(37,9%), от 56–60 см – 30 (22,7%) и свыше 61 см – 4 (3,0%).

Оценку по шкале Апгар имели: 0 баллов – 5 (3,8%), 1–3 баллов – 9 (6,8%), 3–4 баллов – 16 (12,1%), 5–6 баллов – 20 (15,1%), 6–7 баллов – 29 (19,7%), 7–8 баллов – 47 (35,6%) и свыше 8 баллов – 6(4,5%) детей.

Таким образом, экстрагенитальные заболевания, патологическое течение беременности и родов были причинами акушерских кровотечений, а факторами риска по возникновению кровотечений в наших исследованиях явились: ОАГА (40,9%), гестоз (12,1%), крупный плод (12,9%), рубец на матке (14,4%), миома матки (5,3%), центральное предлежание плаценты (6,8%), хориоамнионит (3,0%). Немаловажную роль так же играл и инфекционный фактор ВУИ(12,1%), кольпиты (15,9%) и хориоамнионит(3,8%) женщин.

Выводы:

1. Частота кровотечений в родах у женщин в Белгородской области составляет 0,8% случаев, а из них массивные кровотечения составили – 5,6% случаев.

2. Основными причинами акушерских кровотечений были предлежание плаценты(12,9%), гипотоническое кровотечение (58,3%), травмы родовых путей (11,4%) и ПОНРП (6,8%),а другие реже.

1. Айламазян, Э. К. Еще один взгляд на проблему акушерских кровотечений / Э. К. Айламазян, М. А. Репина, Т. У. Кузьминых // Журн. акушерства и жен.болезней. – 2008. – Т. 57, № 3. – С. 3-11.
2. Анализ причин материнской смертности : руководство для врачей / под ред. А. П. Милованова. – М., 2008. – 228 с.
3. Баев О. Р. Профилактика кровотечений в последовом и раннем послеродовом периоде. Активная или выжидательная тактика? / О. Р. Баев // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 6. – С. 27-30.
4. Ведение физиологических и осложненных родов / Г. М. Савельева, М. А. Курцер, Е. Я. Караганова и др. // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 3. – С. 4-11.
5. Гусева, Е. В. Региональные особенности материнской смертности в Российской Федерации / Е. В. Гусева, О. С. Филиппов // Мать и дитя : материалы III регион.форума. – М., 2009. – С. 82.
6. Радзинский, В. Е. Акушерская агрессия / В. Е. Радзинский. – М.: Статус презенс, 2011. – 688 с.
7. Репина, М. А. Материнская смертность при акушерских кровотечениях и проблемы маточного гемостаза / М. А. Репина // Журн. акушерства и жен.болезней. – 2011. – № 3. – С. 18-23.
8. Серов, В. Н. Пути снижения акушерской патологии / В. Н. Серов // Акушерство и гинекология. – 2007. – № 5. – С. 8-12.
9. Филиппов, О. С. Итоги мониторинга материнской смертности в Российской Федерации в 2006 году / О. С. Филиппов, Е. В. Гусева, О. Г. Фролова // Рос.вестн. акушера-гинеколога. – 2008. – № 2. – С. 22. 128
10. A fifteen year retrospective review of obstetric patients requiring critical care / H. L. Barrett, R. Devin, S. Clarke et al. // Obstet. Medicine. – 2012. –Vol. 5. – P. 166-170.
11. A pilot randomized controlled trial of controlled cord traction to reduce postpartum blood loss / F. Althabe, A. Aleman, G. Tomasso et al. // Int. J. Gynecol. Obstet. – 2009. – Vol. 107. – P.4-7. Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF, and UNFPA / World Health Organization. – Geneva: WHO, 2004. – 30 p.

Козлов С.Н., Марков Е.Ю., Урбанович Л.Я.

Фибринолитическая активность штаммов холерного вибриона

*ФКУЗ «Иркутский научно-исследовательский противочумный институт Сибири и Дальнего Востока» Роспотребнадзора
(Россия, Иркутск)*

doi:10.18411/spc-18-01-2018-04

idspr: 000001:spc-18-01-2018-04

Аннотация

Зимография – комплекс высокочувствительных электрофоретических методов для изучения, определения наличия и визуализации ферментов, относящихся к разным классам (подклассам). В работе использованы данные зимографического анализа фибринолитических ферментов в препаратах супернатантов культуральной жидкости из штаммов холерных вибрионов O1 и O139 серогрупп, выявленных прямой зимографией в полиакриламидном геле с использованием фибрина в качестве субстрата. В работе исследовано 10 штаммов холерных вибрионов O1 и O139 серогрупп разной эпидзначимости. В результате проведённых экспериментов обнаружены количественные и качественные различия в продукции фибринолитических ферментов.

Ключевые слова: зимография, полиакриламидный гель, фибринолитические ферменты, *V.cholerae*.

Микробные гидролазы принимают широкое участие в обменных процессах бактериальной клетки и играют определённую роль в патогенезе, адаптации и персистенции в окружающей среде [1]. Существование у некоторых микроорганизмов рода *Vibrio* (*Vibrio vulnificus*, *alginolyticus* и др.) ферментов, входящих в так называемый ферментный комплекс “вibriолизин”, облегчающий адгезию вибрионов к кишечному эпителию и способный вызывать геморрагическое поражение кишечника,