

УДК 618.14-002-084:618.5-089.881.61:618.15:616.9-07-08

**К.В. Воронин,
А.М. Алале,
И.И. Алале,
С.И. Червоний**

АКТИВНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА У БЕРЕМЕННЫХ С АНАЭРОБНЫМ ДИСБИОЗОМ И ПЛАНИРУЕМЫМ КЕСАРЕВЫМ СЕЧЕНИЕМ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»
кафедра акушерства и гинекологии
(зав. – д. мед.н., проф. В.А. Потапов)
пр. Воронцова, 29, Днепропетровск, 49000, Украина
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
department of obstetrics and gynecology
Vorontsova pr., 29, Dnepropetrovsk, 49044, Ukraine
e-mail: islyam1@yahoo.com

Ключевые слова: вагинальный дисбиоз, диагностика, медикаментозная коррекция, профилактика послеродовой гнойно-септической инфекции, плановое кесарево сечение

Key words: vaginal dysbiosis, diagnosis, pharmacological therapy, prevention of postpartum purulent-septic infection, planned caesarean section

Реферат. Активна профілактика післяродового ендометриту у вагітних з анаеробним дисбіозом і плановим кесаревим розтинном. **К.В. Воронін, А.М. Алале, І.І. Алале, С.І. Червоний.** У структурі гнійно-запальних захворювань післяродовий ендометрит (ПЕ) зберігає своє лідируюче становище. Вірогідність розвитку післяпологового ендометриту після кесарева розтину зростає в 5-10 разів порівняно з мимовільними пологами і його частота не має тенденції до зниження. Актуальність проблеми ПЕ визначається не тільки значною поширеністю, економічними втратами, але і його можливими ускладненнями (неспроможність швів на матці і генералізація інфекції). Клінічна картина ПЕ на цей час характеризується пізньою маніфестацією, наявністю атипичних і безсимптомних форм, яким властива невідповідність загальної реакції організму і ступеня тяжкості місцевого патологічного процесу. Провідна роль в етіології ПЕ належить умовно-патогенній мікрофлорі, в більшості випадків (90%) наявністю строгих анаеробних неспороутворюючих мікроорганізмів, що складають нормальну мікрофлору статевих шляхів у жінок. Метою дослідження стала розробка принципів активної профілактики післяпологового ендометриту у вагітних з вираженим анаеробним вагінальним дисбіозом при плануванні кесарева розтину.

Abstract. Active prevention of postpartum endometritis in pregnant women with anaerobic dysbiosis and planned cesarian section. **Voronin K.V., Alale A.M., Alale I.I., Chervonyi S.I.** In the structure of inflammatory diseases postpartum endometritis (PE) retains its leading position. The likelihood of postpartum endometritis development after cesarean section increases by 5-10 times compared with spontaneous labor and its frequency has no tendency to decrease. The urgency of PE problem is determined not only by its high prevalence, economic losses, but its possible complications (uterine suture failure and generalization of infection as well). Clinical picture of PE currently is characterized by late manifestation, presence of atypical and asymptomatic forms with mismatched general reaction of the organism and severity of the local pathological process. The leading role in the etiology of PE belongs to conditionally pathogenic microflora, in the most cases (90%) presence of strict anaerobic nonsporeforming microorganisms, composing part of the normal flora of the genital tract in women. The aim of the study was the development of the principles of active prevention of postpartum endometritis in women with severe vaginal anaerobic dysbiosis while planning cesarean section.

Одной из актуальнейших проблем современного акушерства были и остаются послеродовые инфекционно-воспалительные заболевания. Содержание строгих неспорирующих анаэробов (*Peptostreptococcus* spp., *Atorobium vaginae*, *Mobiluncus* spp., *Eubacterium* spp.) во влагалищном отделяемом Cape A., Ruth E.T. (2013г.), Hillier S.L., Cosentino L. (2013г.), Polatti F. (2012г.), Плахова К.И. (2007г.), Тирская Ю.И., Долгих Т.И.

(2013г.) [4-8] относят к факторам высокого риска их возникновения, особенно у беременных с абдоминальным родоразрешением.

Целью исследования стала разработка принципов активной профилактики послеродового эндометрита у беременных с выраженным анаэробным вагинальным дисбиозом при планировании кесарева сечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Нами проведено клинико-лабораторное обследование 116 беременных, из которых 86 составили исследуемую группу и были родоразрешены путем планового кесарева сечения. В качестве же контроля исследованы 30 беременных, перенесших кесарево сечение в ургентном порядке.

Подготовка беременных к плановому кесареву сечению, его технология и ведение послеродового периода проводилась согласно приказу № 977 от 27.12.2011 Про внесение изменений в приказ МОЗ Украины от 15.12.2003 года № 582 «Об утверждении клинических протоколов по акушерской и гинекологической помощи».

Осмотр, оценка и наблюдение за новорожденным проводились в соответствии с приказом МОЗ Украины № 152 от 04.04.2005 г. «Про затвердження протоколу медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною» и приказом МОЗ Украины № 584 от 29.08.2006 г. «Про затвердження протоколу медичного догляду за новонародженою дитиною з малою масою тіла при народженні».

Патологоанатомическое исследование последа и плодовых оболочек проводилось в соответствии с приказом МОЗ Украины № 417 от 19.08.2004 г. «Протокол патологоанатомічного дослідження плаценти».

С учетом поставленной цели программа подготовки беременных к плановому кесареву сечению была дополнена следующими исследованиями: бактериологическое исследование влагалищного содержимого; кольпоцитология (до и после лечения дисбиоза) во II–III триместре беременности; бактериологическое исследование околоплодных вод и плацентарной ткани, полученных интраоперационно; ДНК-диагностика микробного спектра влагалищного содержимого до и после проведенной местной коррекции дисбиоза влагалища (тест-системой «Фемо-флор-16») с классификацией микробного спектра по Болдыревой М.Н., 2010 г.[1]; цитологическое исследование аспирата из операционной матки на 4-5 сутки по классификации Куперт М.А., 2003 г.[2]; ультразвуковое исследование (УЗИ) матки и придатков, проведенное на 4-5 сутки послеоперационного периода с оценкой по Мозейко Л.Ф., 2011 г.[3].

Классификация состояния биоценоза:

I. Нормоценоз:

1.1. **Нормофлора** (*Lactobacillus* spp.) – абсолютный показатель 10^6 - 10^8 ($\lg 10^6$ КОЕ/мл), коэффициент соотношения - от 0 до -0,3.

1.2. **Факультативно-анаэробные и облигатно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы** – абсолютный показатель $\lg < 10^4$ КОЕ/мл, коэффициент соотношения – меньше -3, отдельные представители УПМ могут иметь коэффициент соотношения от -3 до -2 – слабо увеличенный уровень.

1.3. ***Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma (urealiticum + parvum)*** отсутствуют или их абсолютный показатель $\lg < 10^4$ КОЕ/мл.

1.4. **Грибы рода *Candida* spp.** – отсутствуют или их абсолютный показатель $\lg < 10^3$ КОЕ/мл.

II. Дисбаланс I степени (умеренный):

2.1. **Нормофлора** (*Lactobacillus* spp.) – абсолютный показатель 10^6 - 10^8 , коэффициент соотношения - от -0,3 до -1.

2.2. **Факультативно-анаэробные и облигатно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы** – абсолютный показатель $> 10^4$, коэффициент соотношения различных УПМ варьирует от -3 до -1.

2.3. ***Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma (urealiticum + parvum)*** – отсутствуют или их абсолютный показатель $\lg > 10^4$ КОЕ/мл.

2.4. **Грибы рода *Candida* spp.** – отсутствуют или их абсолютный показатель $\lg > 10^3$ КОЕ/мл.

III. Дисбаланс II степени (выраженный):

3.1. **Нормофлора** (*Lactobacillus* spp.) – абсолютный показатель может варьировать от полного отсутствия лактобацилл до значений $\lg 10^5$ - 10^6 КОЕ/мл; коэффициент соотношения – меньше -1.

3.2. **Факультативно-анаэробные и облигатно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы** – в большинстве случаев абсолютный показатель $\lg > 10^5$ КОЕ/мл, коэффициент соотношения различных УПМ может варьировать от -3 до 0, однако коэффициент соотношения хотя бы части УПМ находится в пределах от -1 до 0.

3.3. ***Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma (urealiticum + parvum)*** – могут отсутствовать или их абсолютный показатель $\lg > 10^4$ КОЕ/мл.

3.4. **Грибы рода *Candida* spp.** – отсутствуют или их абсолютный показатель $\lg > 10^3$ КОЕ/мл.

Классификация дисбалансов в зависимости от этиологической структуры:

Анаэробный – дисбаланс, вызванный преимущественно облигатно-анаэробными микроорганизмами: *Gardnerella vaginalis* / *Prevotella bivia* / *Porphyromonas* spp.; *Atopobium vaginae*; *Eubacterium* spp.; *Sneathia* spp. / *Leptotrichia* spp. / *Fusobacterium* spp.; *Megasphaera* spp. / *Veillonella*

spp. / Dialister spp.; Lachnobacterium spp. / Clostridium spp.; Mobiluncus spp. / Corynebacterium spp.; Peptostreptococcus spp.

Аэробный – дисбаланс, вызванный преимущественно факультативно-анаэробными микроорганизмами: Enterobacteraceae, Streptococcus spp. и Staphylococcus spp.

Смешанный дисбаланс – вызванный сочетанием аэробной и анаэробной бактериальной флоры, возможно в сочетании с дрожжевыми грибами рода Candida.

При оперативном родоразрешении цитологическая картина аспирата из полости матки характеризует стадии процесса заживления раневой поверхности матки в физиологическом режиме или с патологическими отклонениями. Так, в первые 3-4 дня послеоперационного периода при физиологическом процессе заживления цитологическая картина аспирата характеризовалась воспалительным типом мазка с преобладанием нейтрофилов до 70-80%, лимфоцитов — 18%, макрофагов и моноцитов — 6-7%. С 5-8-х суток отмечался воспалительно-регенеративный тип мазка с уменьшением количества нейтрофилов до 60-70%, увеличением числа лимфоцитов до 25% и макрофагов с моноцитами и фибробластами до 10-15%.

Сонографические показатели матки на 5-е сутки после кесарева сечения оценивались согласно данным Можейко Л.Ф., где нормальные размеры матки соответствуют: продольный размер 128-146 мм, поперечный размер 95-116 мм, передне-задний размер 65-89 мм.

Статистическая обработка данных проведена с использованием компьютерных программ EXCEL, STATISTICA 6,0. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

У беременных исследуемой группы в сроках 36-38 недель проводилась этиотропная коррекция дисбиоза с помощью влагалищных свечей, содержащих **клиндамицин** (Далацин С, Милагин) 100 мг в течение 3-х дней, после чего назначался пробиотик (Вагисан), содержащий комбинацию Lactobacillus rhamnosus GR-1 и Lactobacillus reuteri RC-14 перорально в течении 7-10 дней. При обнаружении дрожжеподобных грибов рода Candida spp. $lg > 10^3$ КОЕ/мл назначался однократно перорально флуконазол 0,15 мг, а после операции влагалищные хлоргексидиновые свечи (Гексикон) ежедневно до выписки рожениц из стационара.

Группу контроля составили 30 беременных, родоразрешенных путем операции кесарева сечения, у которых этиотропная коррекция до операции не проводилась, с учетом urgentных показаний.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст беременных исследуемой группы составил $30,02 \pm 0,48$ (24–42) года и $29,3 \pm 0,57$ (19-37) года – в контрольной группе ($p > 0,05$).

Отягощенный гинекологический анамнез был выявлен у 58 (67,4%) беременных исследуемой группы: эрозия шейки матки у 27 (31,4%), хронический сальпингоофорит – у 11 (12,8%), искусственные аборты – у 29 (33,7%), неразвивающаяся беременность – у 3 (3,5%); у беременных контрольной группы – у 21 (70,0%) беременных: эрозия шейки матки – у 6 (20,0%), искусственные аборты – у 9 (30,0%), неразвивающаяся беременность – у 5 (16,7%), самопроизвольный аборт – у 4 (13,3%) женщин.

У 23 из 27 беременных исследуемой группы (76,7%) в связи с эрозией шейки матки проведена криодеструкция, в контрольной группе – у 5 (16,7%).

В исследуемой группе у 58 (67,4%) беременных показаниями к предыдущему кесареву сечению явились: слабость родовой деятельности (СРД), неподдающаяся медикаментозной коррекции – у 13 (15,1%), тазовое предлежание плода – у 13 (15,1%), крупный плод – у 11 (12,8%), дистресс плода в родах – у 5 (5,8%), врожденные пороки развития плода – у 2 (2,3%); в группе контроля же – у 8 (26,7%) беременных: СРД – у 6 (20,0%), тазовое предлежание плода – у 2 (6,7%).

У 62 (72,1%) беременных исследуемой группы выявлена экстрагенитальная патология: сердечно-сосудистые заболевания у 16 (18,6%), заболевания щитовидной железы – у 5 (5,8%), гестационная анемия легкой и средней степени тяжести – у 32 (37,2%), нейроциркуляторная дистония (НЦД) по гипотоническому типу – у 9 (10,5%), миопия разной степени тяжести – у 10 (11,6%), хронический колит – у 1 (1,2%); у беременных контрольной группы: сердечно-сосудистые заболевания – у 4 (13,3%), заболевания щитовидной железы – у 4 (13,3%), гестационная анемия легкой и средней степени тяжести – у 8 (26,7%), НЦД по гипотоническому типу – у 2 (6,7%), миопия средней и высокой степени – у 3 (10,0%), хронический бронхит у 1 (3,3%) соответственно.

Показаниями для планового кесарева сечения у 86 беременных исследуемой группы явились: рубец на матке – у 58 (67,4%); тазовое предлежание плода – у 27 (31,4%); поперечное положение плода – у 4 (4,7%); у 30 беременных контрольной группы: дистресс плода – у 5 (16,7%); рубец на матке с признаками несостоятельности – у 11

(36,7%); тазовое предлежание плода – у 6 (20,0%); лобное предлежание плода – у 2 (6,7%); остеопороз позвоночника с болевым синдромом – у 1 (3,3%); преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – у 1 (3,3%); СРД – у 3 (10,0%); поперечное положение плода – у 1 (3,3).

У беременных исследуемой группы в течение настоящей беременности отмечались следующие осложнения: рвота беременных – у 17 (19,8%); угрожающий аборт – у 26 (30,2%); угроза преждевременных родов – у 9 (10,5%); бактериальный дисбиоз с частыми обострениями – у 24 (27,9%); гестационная анемия легкой степени – у 32 (37,2%); острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) – у 21 (24,4%); гестационный пиелонефрит – у 5 (5,8%); бессимптомная бактериурия – у 9 (10,5%); гестационная гипертензия – у 3 (3,5%); гестационные отеки без протеинурии – у 9 (10,5%); ВСД по гипотоническому типу – у 2 (2,3%); острый бронхит – у 4 (4,7%); острый отит – у 1 (1,2%); острый геморрой – у 3 (3,5%); маловодие – у 1 (1,2%); многоводие – у 4 (4,7%); у беременных группы контроля: рвота беременных – у 4 (13,3%); угрожающий аборт – у 9 (30,0%); бактериальный дисбиоз с повторяющимися обострениями – у 12 (40,0%); гестационная анемия легкой степени – у 13 (43,3%); ОРВИ – у 5 (16,7%); гестационная гипертензия – у 1 (3,3%); гестационные отеки без протеинурии – у 3 (10,0%); тромбоцитопения – у 1 (3,3%); остеопороз позвоночника с выраженным болевым синдромом – у 1 (3,3%); ВСД по гипотоническому типу – у 1 (3,3%); многоводие – у 3 (10,0%) соответственно.

Во время операции у 7 (8,1%) беременных исследуемой группы произведены энуклеации лейоматозных узлов; висцеролиз – у 6 (7,0%); перевязка маточных труб по Мадленеру – у 3 (3,5%); иссечение старого послеоперационного рубца – у 16 (18,6%) пациенток; в группе же контроля у 2 (6,7%) произведена энуклеация лейоматозного узла; висцеролиз – у 8 (26,7%); иссечение старого послеоперационного рубца на коже передней брюшной стенки – у 7 (23,3%).

Средняя кровопотеря во время операции у женщин исследуемой группы составила $595,2 \pm 9,09$ мл, в группе контроля – $585,6 \pm 8,4$ мл ($p > 0,05$). Родилось 117 детей со средней массой тела $3246,6 \pm 0,18$ гр в исследуемой группе и $3456,5 \pm 0,19$ гр – в группе контроля. Оценка по шкале Апгар на первой и пятой минутах составила $7,8 \pm 0,02$ и $8,2 \pm 0,03$ балла в исследуемой группе и $7,05 \pm 0,07$ и $7,83 \pm 0,03$ – в группе конт-

роля. Шесть новорожденных (20,0%) в группе контроля родились со сниженной оценкой по шкале Апгар (6-8 баллов) с установленным дистрессом плода перед родоразрешением.

В соответствии с классификацией Болдыревой М.Н. (2010г.) [6], у беременных исследуемой группы микробный спектр влагалищного содержимого до лечения оценен следующим образом: выраженный смешанный дисбиоз – у 64 (74,47%), выраженный чистый – у 19 (22,09%), умеренный смешанный – у 3 (3,78%); в контрольной группе: выраженный смешанный дисбиоз – у 28 (93,30%), выраженный смешанный дисбиоз – у 2 (6,70%).

Как видно из данных, приведенных в таблице, активная этиотропная коррекция анаэробного дисбиоза снизила количество условно-патогенных облигатно-анаэробных микроорганизмов (*Gardnarella vagin.*, *Eubacterium spp.*, *Megasphera spp.*, *Atopobium vaginae*, *Ureaplasma spp.*) и улучшила процентное соотношение типа биоценозов - нормоценоз у 77 (89,5%), умеренный влагалищный дисбиоз – у 9 (10,5%) беременных, при этом выявлены меньшие значения характеристик микробного спектра влагалищного содержимого у беременных исследуемой группы.

При бактериологическом исследовании влагалищного содержимого беременных исследуемой группы у 11 (12,8%) получен рост дрожжеподобных грибов рода *Candida*, *E. faecalis* – у 3 (3,5%) беременных. В группе контроля же рост дрожжеподобных грибов рода *Candida* – у 5 (16,7%), *E. faecalis* – у 2 (6,7%) соответственно. При бактериологическом исследовании околоплодных вод не установлен рост микрофлоры у беременных исследуемой группы, а у беременных контрольной группы обнаружен *S.epidermidis* – в 1 (3,3%) наблюдении.

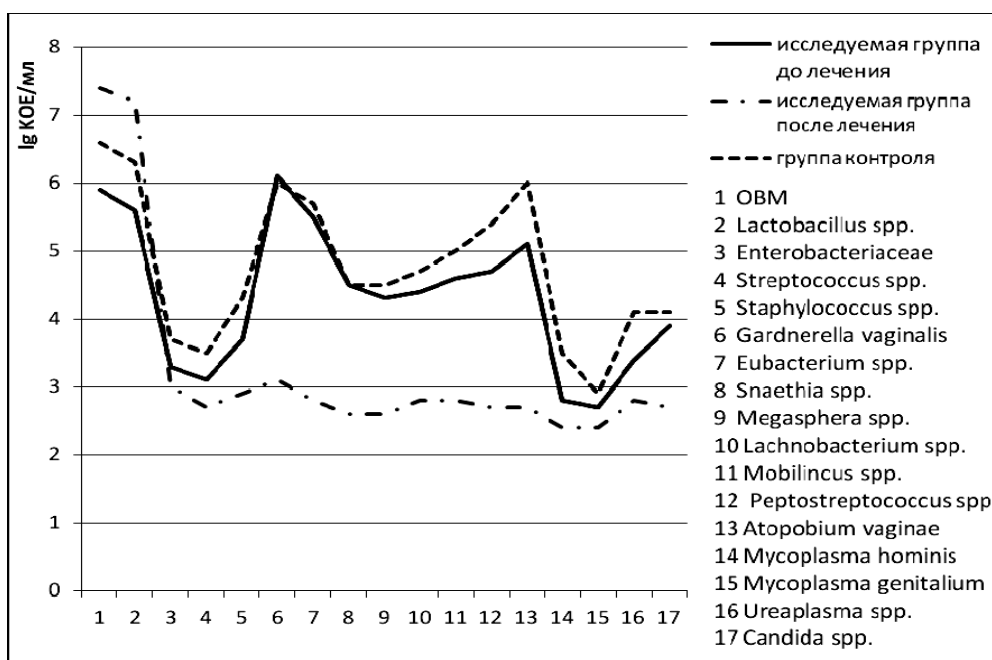
Бактериологическое исследование плацентарной ткани установило рост *E.Coli* 10^2 КОЕ/мл у 1 (1,7%) родильниц исследуемой группы и у 2 (6,7%) – в контрольной группе. *E.cloacae* $< 10^2$ КОЕ/мл – у 2 (6,7%), *S.Haemolyticus* $< 10^2$ КОЕ/мл – у 2 (6,7%), *K.pneumoniae* – у 1 (3,3%), *Ps. Aeruginosa* $< 10^2$ КОЕ/мл – у 1 (3,3%), *Ps. Sepsalica* 10^2 КОЕ/мл – у 1 (3,3%).

Цитологический аспират из оперированной матки характеризовался стадией процесса заживления раневой поверхности матки в физиологическом режиме у 82 родильниц (95,3%) исследуемой группы и у 14 родильниц (46,7%) контрольной группы, т.е. у каждой второй родильницы.

Результаты ДНК-диагностики микробного спектра влагалищного содержимого у беременных исследуемой и контрольной групп (M±m)

Микрофлора	Исследуемая группа до лечения	Исследуемая группа после лечения	p	Группа контроля	p
1. Общая бактериальная масса	5,9±0,16	7,4±0,08	<0,05	6,6±0,33	<0,05
Нормофлора					
Lactobacillus spp.	5,6±0,16	7,2±0,08	<0,05	6,3±0,33	>0,05
Факультативно-анаэробные микроорганизмы					
Enterobacteriaceae	3,3±0,10	3,0±0,09	>0,05	3,7±0,23	<0,05
Streptococcus spp.	3,2±0,09	2,7±0,06	<0,05	3,5±0,20	<0,05
Staphylococcus spp.	3,7±0,11	2,9±0,08	<0,05	4,3±0,29	>0,05
Облигатно-анаэробные микроорганизмы					
Gardnarellavagin./Prevotellabivia	6,1±0,15	3,1±0,06	<0,05	6,0±0,27	<0,05
Eubacterium spp.	5,5±0,14	2,8±0,06	<0,05	5,7±0,26	<0,05
Sneathia spp./ Fusobacterium spp.	4,5±0,18	2,6±0,07	<0,05	4,5±0,29	<0,05
Megasphaera spp./ Veilonella spp./ Dia	4,3±0,16	2,6±0,08	<0,05	4,5±0,33	<0,05
Lachnobacterium spp./ Clostridium spp.	4,4±0,16	2,8±0,08	<0,05	4,7±0,26	<0,05
Mobiluncus spp./ Corynebacterium spp.	4,6±0,16	2,8±0,08	<0,05	5,0±0,26	<0,05
Peptostreptococcus spp.	4,7±0,15	2,7±0,06	<0,05	5,4±0,27	<0,05
Atopobium vaginae	5,1±0,17	2,7±0,05	>0,05	6,0±0,26	<0,05
Микоплазмы					
Ureaplasma spp.	3,4±0,10	2,8±0,07	>0,05	4,1±0,24	>0,05
Дрожжеподобная флора					
Candida spp.	3,9±0,12	2,7±0,05	<0,05	4,1±0,22	>0,05

Данные из таблицы представлены в графическом изображении:



Микробный спектр влагалищного отделяемого у беременных сопоставимых групп

Воспалительный тип мазка установлен у 4 родильниц исследуемой группы (4,7%) и у 16 родильниц контрольной группы (53,3%) ($p < 0,05$).

Анализ результатов УЗИ-сканирования оперированной матки на 4-5 сутки после кесарева сечения показал, что нормальные размеры матки наблюдались у 84 (97,7%) родильниц исследуемой группы и у 14 (46,7%) - контрольной группы, т.е. у каждой 2 родильницы выявлена субинволюция матки ($p < 0,05$).

При патогистологическом исследовании плаценты у 2 родильниц исследуемой группы (2,3%) и у 14 (46,7%) контрольной группы выявлены признаки восхождения инфекции (серозный децидуит, серозный хорионамионит и серозный гнойный мембранит) и субкомпенсированная хроническая плацентарная недостаточность), т.е. у каждой второй родильницы выявлены признаки восходящей инфекции последа.

Результаты комплексного обследования беременных и родильниц определили четкую взаимосвязь увеличения частоты послеродовых

гнойно-септических осложнений у беременных и родильниц с выраженным анаэробным влагалищным дисбиозом, что подтверждает необходимость проведения своевременной диагностики и этиотропной коррекции выраженного анаэробного дисбиоза особенно при планировании кесарева сечения.

ВЫВОДЫ

1. При планировании кесарева сечения необходимо изучить видовую и количественную характеристики микробного спектра влагалищных выделений и при выявлении выраженной облигатно-анаэробной инфекции обязательно провести этиотропную коррекцию влагалищного дисбиоза (клиндамицин, пробиотики).

2. Своевременная этиотропная коррекция выраженного анаэробного влагалищного дисбиоза значительно улучшает клинические результаты послеродового периода и снижает частоту его гнойно-септических осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Болдырева М.Н. "Фемофлор" исследование биоценоза урогенитального тракта у женщин репродуктивного возраста методом ПЦР с детекцией результатов в режиме реального времени: метод. пособие для врачей / М.Н. Болдырева. – М., 2010. – 12 с.
2. Куперт М.А. Эндометрит после родов (группы риска, особенности клиники и диагностики) / М.А. Куперт, П.В. Солодун, А.Ф. Куперт // Рос. вестник акушера-гинеколога. – 2003. – № 4. – С. 42-46.
3. Можейко Л.Ф. Сонографическое исследование матки и показателей маточного кровотока в диагностике послеродового эндометрита / Л.Ф. Можейко, М.С. Вербицкая // Мед. панорама. – 2011. – № 6. – С. 8-12.
4. Особенности патогенной микрофлоры у родильниц высокого инфекционного риска / Ю.И. Тирская, Т.И. Долгих, Л.И. Лазарева [и др.] // Медицина и образование в Сибири. – 2013. – № 1. – С. 16.

5. Плахова К.И. Особенности терапии бактериального вагиноза, ассоциированного с *Atopobium vaginae*, и характеристика выделений из влагалища с использованием ДНК-чипов: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук / К.И. Плахова. – М., 2007. – 20 с.
6. Peripartum bacteremia in the era of group B streptococcus prophylaxis / A. Cape, R.E. Tuomala, C. Taylor [et al.] // *Obstet. Gynecol.* – 2013. – Vol. 121, N 4. – P. 812-818.
7. Polatti F. Bacterial vaginosis, *atopobium vaginae* and nifuratel / F. Polatti // *Current Clinical Pharmacology.* – 2012. – Vol. 7, N 1. – P. 36-40.
8. Susceptibility of bacterial vaginosis (BV)-associated bacteria and lactobacilli to rifaximin, metronidazole and clindamycin / S.L. Hillier, L. Cosentino, M. Petrino [et al.] // *Sex. Transm. Infect.* – 2013. – Vol. 89. – P. 28-29.

REFERENCES

1. Boldyreva MN. ["Femoflor" study biocenosis urogenital tract of women in reproductive age using PCR with the detection result in real time]. *Toolkit for doctors.* 2010;12. Russian.
2. Kupert MA, Solodun PV, Kupert AF. [Endometritis after childbirth (line group, Features and clinical diagnosis)]. *Ross. Journal obstetrics-gynecology.* 2003;4:42-46. Russian.
3. Mozheyko LF, Verbitskaya MS. [Sonographic examination of the uterus and uterine blood flow pa-

- rameters in the diagnosis of postpartum endometritis. *Med. panorama.* 2011;6:8-12. Russian.
4. Tirskaia YI, Dolgikh TI, Lazareva LI. [Features of pathogenic organisms in parturients high infectious risk]. *Meditina i obrazovanie v Sibiri.* 2013;1:1-16. Russian.
5. Plakhova KI. [Features bacterial vaginosis therapy, associate with *Atopobium vaginae*, and is characterized by secretions with vagina s Using DNA] Chip: *Avtoreferat 14.01.01. «Obstetrics and hynekolohyya».* 2007;20. Russian.

6. Cape A, Tuomala RE, Taylor C. [Peripartum bacteremia in the era of group B streptococcus prophylaxis]. *Obstet Gynecol.* 2013; 121(4):812-8. Russian.

7. Polatti F. Bacterial vaginosis, atropobium vaginae and nifuratel. *Current Clinical Pharmacology.* 2012;7(1):36-40.

8. Hillier SL, Cosentino L, Petrina M. Susceptibility of bacterial vaginosis (BV)-associated bacteria and lactobacilli to rifaximin, metronidazole and clindamycin. *Sex. Transm. Infect.* 2013;89:28-29.

Стаття надійшла до редакції
28.04.2015



УДК 613.95:612.017-037

І.Л. Височина

**РІВЕНЬ АДАПТАЦІЇ ЯК БАЗИСНА
ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я:
МОЖЛИВОСТІ ОЦІНКИ
ТА ПРОГНОЗУВАННЯ
ДЕЗАДАПТИВНИХ ПОРУШЕНЬ**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра сімейної медицини ФПО
(зав. – д. мед. н. І.Л. Височина)
вул. Дзержинського, 9, Дніпропетровськ, 49044, Україна
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
Department of Family Medicine, Faculty of Advanced Education
Dzerzhinsky str., 9, Dnipropetrovsk, 49044, Ukraine
e-mail: vysochynail@gmail.com*

Ключові слова: діти, адаптація, дитячі будинки, математична модель, прогнозування
Key words: children, adaptation, orphan asylums, mathematical model, prognosis

Реферат. Уровень адаптации как базисная характеристика состояния здоровья: возможности его оценки и прогнозирование дезадаптивных нарушений. **Высочина И.Л.** У 236 детей из детских домов в возрасте от 4 до 18 лет определен уровень адаптации на основании комплексного обследования с интегративной оценкой состояния их здоровья (анамнестические данные, данные объективного осмотра, антропометрия, батарея психологических методик (опросник Айзенка; личностный опросник Шмишека (подростковый вариант), тэппинг - тест по Е.П. Ильину, детский опросник невротозов; тест оперативной оценки самочувствия, активности и настроения; диагностика тревожности по Спилбергу - Ханину; тест Люшера; тест цветных отношений). Проявления дезадаптации регистрировались как на психологическом (нейротизм, высокая тревожность, снижение работоспособности, активности и психологической выносливости, нарушение сна, наличие акцентуаций и невротических расстройств), так и на соматическом (рекуррентные острые респираторные заболевания, низкое физическое развитие, обострение хронических очагов инфекции и отягощенный биологический анамнез) уровнях, что обобщило вывод о наличии низкого уровня состояния здоровья воспитанников детских домов. Автором разработаны математические модели оценки адаптации и прогноза дезадаптации, что позволило выявить детей группы риска по развитию нарушений адаптации и детей с дезадаптацией, разработаны коррекционные программы в зависимости от уровня и тяжести дезадаптивных нарушений.

Abstract. Adaptation level as the basic health status characteristics: possibilities of its assessment and forecasting of desadaptation violations. **Vysochyna I.L.** On the basis of comprehensive survey with integrative assessment of health state (medical history data, physical examination, anthropometry, battery of psychological tests (Eysenck, Shmishkek's Personality Inventory (teen version), tapping - test by E.P. Ilyin, children's questionnaire of neuroses; test