

здравоохранения следует использовать любую возможность для иммунизации больных детей.

Е. А. Лакоткина [3] считает, что детей ослабленных и с аллергически измененной реактивностью необходимо иммунизировать, поскольку именно такие дети больше подвержены заболеваниям, переносят их тяжело и поэтому в первую очередь нуждаются в защите от инфекций. Специально проведенным исследованием было доказано, что ослабленные дети способны к выработке гуморальных антител в защитных титрах.

Решению вопроса о возможности вакцинации ослабленных детей способствует ясное понимание особенностей каждого ребенка. Опираясь на тщательно собранный анамнез, на данные объективного осмотра, лабораторного исследования, врач вырабатывает тактику прививок, то есть решает, как, когда и в какой последовательности прививать ослабленных детей, максимально индивидуализируя схему вакцинации.

Для достижения эпидемиологического благополучия в отношении паротитной инфекции в настоящее время целесообразно, кроме строгого соблюдения декретированных сроков вакцинации, ввести в календарный план прививок дополнительную ревакцинацию в возрасте 6-9 лет.

В настоящее время проведение вакцинации против эпидемического паротита с последующей ревакцинацией возможно лишь в рамках календаря профилактических прививок. Введения ее в ассоциации с другими профилактическими препаратами требует дальнейшего и более тщательного исследования.

## SUMMARY

*The morbidity of the epidemic parotitis has immensely increased. Vaccination without following revaccination has led to transfer of maximum level of morbidity from 3-6 years old age to a group of children older than 7 years old. For receiving the epidemiological prosperity reference to the epidemic parotitis at present time is especially to introduce into calendar of inoculation additional revaccination at the age of 6-9 years old.*

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Казанцев А. П. Эпидемический паротит. - Л.: Медицина, 1988 - 176 с.
2. Huber H. Ch. Indikationen zur Therapie und Prophylaxe von Infektionskrankheiten durch passive Immunisierung. - Sozialpädiatrie, 1986, Bd. 8. - № 8. - S. 532 - 534.
3. Лакоткина Е. А. Индивидуальная тактика иммунопрофилактики // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии, 1992. - № 1. - С. 68 - 69.

*Поступила в редколлегию 16 октября 1998 г.*

УДК 618.7:618.346-008-002.3

## ДИНАМИКА МИКРОФЛОРЫ РОДОВЫХ ПУТЕЙ РОДИЛЬНИЦ С НОРМАЛЬНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

*А. Б. Сухарев, ассист.*

В последние годы появилось значительное число работ, посвященных "норме беременности", т.е. среднестатистическим показателям гомеостаза и функциональных тестов, характерных для неосложненного развития беременности у практически здоровых женщин. Значительно меньше исследований посвящено "норме пуэрперия". Учитывая большую роль микробного фактора в возникновении послеродовых гнойно-септических заболеваний, возникла необходимость изучения характера микрофлоры родовых путей у рожениц и родильниц с нормальным течением послеродового периода в современных условиях.



Нами проведено исследование качественного, количественного характера, антибиотикочувствительности микрофлоры цервикального канала шейки матки у 81 женщины с физиологическим течением послеродового периода. В зависимости от характера изменения бактериальной обсемененности родовых путей в дуэрперии все наблюдаемые разделены на 3 подгруппы: 1-я - с ростом обсемененности в послеродовом периоде, 2-я - с низкой обсемененностью в послеродовом периоде, 3-я - со снижением обсемененности в послеродовом периоде по сравнению с аналогичным показателем в родах.

Более чем у половины рожениц 1-й подгруппы в родах наблюдался стерильный посев (64,0%). Обсемененность от 1 до 100 КОЕ/мл отмечалась у 16,0%, а от 101 до 500 КОЕ/мл - у 12,0%. Значительно реже обнаруживались более высокие степени обсемененности.

При проведении качественного анализа микрофлоры установлено преобладание в ассоциациях эпидермального стафилококка (16,0%) и пиогенного стрептококка (8,0%).

Определение чувствительности микробных ассоциаций к антибиотикам установило их высокую чувствительность (36,5%) к пенициллину, метициллину, оксациллину, ампициллину, эритромицину, левомицетину. В половине и более случаев они были чувствительными к олеандомицину (62,5%), канамицину (62,5%), эритромицину (50,0%), ристомицину (50,0%), тетрациклину (50,0%), мономицину (50,0%), левомицетину (50,0%). В то время как в 100% случаев микробные ассоциации были устойчивыми к полимиксину, в 75,0% - к цефалолексину, в 62,5% - к неомицину, в 50,0% - к пенициллину, метициллину, оксациллину, ампициллину.

В динамике послеродового периода на 3-4 сутки у родильниц исследуемой подгруппы в 2 раза реже наблюдались стерильные посевы ( $p < 0,05$ ).

На 5-6-е сутки среди обследуемых родильниц не встречались женщины со стерильными посевами и низкой (от 1 до 100 КОЕ/мл) обсемененностью цервикального канала шейки матки. Удельный вес родильниц с обсемененностью от 101 до 500 КОЕ/мл по сравнению с аналогичным показателем в родах увеличился в 4 раза ( $p < 0,01$ ), от 501 до 1000 КОЕ/мл - в 7 раз, более 1000 КОЕ/мл - в 6 раз.

Таким образом, почти у 2/3 исследуемых женщин в родах отмечался стерильный посев и у 1/6 - до 100 КОЕ/мл. В динамике послеродового периода удельный вес родильниц со стерильными посевами уменьшался, тогда как число женщин с высокой (более 500 КОЕ/мл) степенью обсемененности увеличивалось и было более 50%. Установлено, что преобладающей микрофлорой в микробных ассоциациях являлись эпидермальный стафилококк и пиогенный стрептококк. Наиболее часто микробные ассоциации были устойчивы к полимиксину, цефалолексину, неомицину, пенициллину, метициллину, оксациллину, ампициллину.

У рожениц 2-й подгруппы стерильный посев в родах был обнаружен у 62,2%, обсемененность от 1 до 100 КОЕ/мл - у 30,4%, а от 101 до 500 КОЕ/мл - у 4,3%. Случаев более высокой обсемененности цервикального канала не обнаружено.

В результате качественного анализа микрофлоры установлен одинаково низкий удельный вес всех идентифицированных микроорганизмов: у 8,7% встречался эпидермальный стафилококк и пиогенный стрептококк, у 4,3% - дрожжевидные грибки, фекальный стрептококк, молочнокислые бактерии, тетракокки.

Изучение чувствительности микробных ассоциаций к антибиотикам показало, что у 80,0% они были высокочувствительными к карбенициллину и оксациллину, у 60,0% - к пенициллину, у 40,0% - линкомицину и левомицетину. Чувствительные микробные ассоциации



обнаружены в отношении неомицина (100,0%), метициллина (80,0%), ампициллина (80,0%), канамицина (80,0%), цефалоксина (80,0%), тетрациклина (60,0%), стрептомицина (60,0%), левомицетина (60,0%). Наряду с этим в 100 % случаев отмечалась устойчивость микробных ассоциаций к полимиксину, у 60,0% - к ристомицину, у 40,0% - к эритромицину, олеандомицину, мономицину.

У рожениц 2-й подгруппы изменения в степени обсемененности родовых путей на 3-4 и 5-6-е сутки были незначительными и статистически значимо не отличались от аналогичных показателей в родах.

Таким образом, у обследованных женщин обсемененность цервикального канала в родах была низкой или отсутствовала вообще и только у небольшого количества рожениц она была более высокой, однако не превышала 500 КОЕ/мл. В динамике послеродового периода степень выраженности обсемененности не изменялась. Установлено, что преобладающей микрофлорой в микробных ассоциациях были эпидермальный стафилококк и пиогенный стрептококк. Чаще всего микробные ассоциации были устойчивыми к полимиксину, ристомицину, эритромицину, олеандомицину, мономицину.

У рожениц 3-й подгруппы стерильных посевов в родах обнаружено не было. Обсемененность от 1 до 100 КОЕ/мл наблюдалась только у 6,1% случаев, тогда как у 51,5% исследуемых она составила от 101 до 500 КОЕ/мл, у 21,1% - от 501 до 1000 КОЕ/мл.

Качественный анализ микрофлоры показал, что в ассоциациях чаще превалировал эпидермальный стафилококк (27,3%), кишечная палочка (12,1%), пиогенный стрептококк (9,1%), коринебактерии (9,1%). Высокочувствительные к антибиотикам микробные ассоциации составляли около 1/4 части от исследуемых. Наблюдалось это в отношении оксациллина (25,8%), левомицетина (25,8%), карбенициллина (22,6 %). Более половины микробных ассоциаций были чувствительными к канамицину (64,5 %), мономицину (51,6 %), левомицетину (51,6 %). В то время как более чем у 2/3 микробных ассоциаций отмечалась устойчивость в отношении полимиксина (83,9 %), пенициллина (74,2 %), более чем у 1/2 - к линкомицину (64,5 %), метициллину (64,5 %), оксациллину (64,3 %).

В динамике послеродового периода на 3-4-е сутки у 1/3 рожениц этой подгруппы обнаруживался стерильный посев, в то время как в родах его не было совсем ( $p < 0,001$ ). Обсемененность от 501 до 1000 КОЕ/мл у женщин этой подгруппы не наблюдалась ( $p < 0,01$ ), а удельный вес их с обсемененностью более 1000 КОЕ/мл уменьшился в 3 раза.

На 5-6-е сутки почти у 2/3 рожениц наблюдался стерильный посев ( $p < 0,001$ ), у 24,2% - обсемененность составила до 100 КОЕ/мл ( $p < 0,05$ ), в 4 раза уменьшилось число женщин с обсемененностью от 101 до 500 КОЕ/мл ( $p < 0,001$ ) и не встречались женщины с более высокой степенью обсемененности.

Таким образом, у более чем половины пациенток обсемененность цервикального канала в родах была от 0 до 500 КОЕ/мл и у 42,5% - более 500 КОЕ/мл. В динамике послеродового периода у них отмечалось постепенное снижение обсемененности, появление стерильных посевов на 5-6-е сутки (63,6%) и увеличение числа женщин (36,3%) с низкой (до 500 КОЕ/мл) степенью обсемененности. Превалирующей микрофлорой в выделенных микробных ассоциациях были эпидермальный стафилококк и кишечная палочка. При определении антибиотикоустойчивости микробных ассоциаций установлена их более частая резистентность к полимиксину, пенициллину, линкомицину, метициллину, эритромицину, олеандомицину, ристомицину, тетрациклину, стрептомицину, неомицину.



В результате сравнения качественного состава микрофлоры рожениц и родильниц трех рассматриваемых подгрупп достоверной разницы не обнаружено. Удельный вес высокочувствительных, чувствительных и резистентных к антибиотикам микробных ассоциаций в наблюдаемых подгруппах женщин не различался.

## SUMMARY

*The qualitative and quantitative characteristic of bacterial colonization of cervical channel of women recently confined with physiological course of atterbirth period is represented.*

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гвійно-запалювальні процеси в сучасній акушерсько-гінекологічній практиці //Тези пленуму правління акушерів-гінекологів України.- Запоріжжя, 1995. -157 с.
2. Berger E., Gillieson M.S., Walters H. Puerperal febrile complication and cervical flora following elective manual exploration of the uterus (Amer.J.Obstet.Gynecol.-1981.-Vol.139, N 2.-P. 320-323.

*Поступила в редколлегию 9 декабря 1998 г.*

УДК 618.145.477.52

## СТРУКТУРА ПАТОМОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН ЕНДОМЕТРІЮ У ЖІНОК СУМСЬКОГО РЕГІОНУ

*Л.І.Карпенко\**, лікар; *А.М.Романюк*, проф.  
(\*Сумське обласне патологоанатомічне бюро)

Гінекологічна патологія займає значне місце у структурі загальної захворюваності жінок працездатного віку. Своєчасна діагностика цієї групи захворювань можлива лише при кваліфікованому дослідженні морфологічного біопсійного матеріалу ендометрію. Слід відмітити, що у роботі лікаря-патологоанатома біопсійне дослідження гінекологічного матеріалу займає значне місце у прижиттєвій морфологічній діагностиці [1].

У зв'язку з відсутністю систематизованого вивчення стану згаданої проблеми у Сумському регіоні нами проведений скринінг біопсійних досліджень ендометрію жінок, що проживають у м. Сумах та районах області. З цієї метою проаналізований матеріал обласного патологоанатомічного бюро за період з 1980 до 1997 року. Цей проміжок часу дозволив висвітлити частоту і структуру змін в ендометрії до і після аварії на Чорнобильській АЕС. Проведено опрацювання 17647 прижиттєвих патоморфологічних досліджень ендометрію.

Якщо розглянути структуру морфологічних змін ендометрію, то можна відзначити, що перше місце серед них займають гіперпластичні процеси (71 %): залозиста (57,4 %) і залозисто-кістозна гіперплазія (13,6 %), на другому місці за чисельністю знаходяться дисфункціональні розлади менструального циклу (17 %), а передракові процеси і рак ендометрію знаходяться на третьому місці (8,5 %)-табл.1.

За вивчений період (1980-1997рр.) відмічається зростання кількості гіперпластичних процесів (залозистої та залозисто-кістозної гіперплазії). Серед біопсійних досліджень залозисто-кістозна гіперплазія зростає, починаючи з 1986 року.

Вивчивши вікову характеристику хворих жінок із гіперпластичними процесами, можна зауважити, що найбільший відсоток цієї патології припадає на жінок у віці 41-50 років, що збігається з літературними