

другій половині ХХ століття і на початку ХХІ століття дослідники називають «якістю» народонаселення.

### Література

1. Агаджанян Н. А. Человек и биосфера. – М.: Наука, 1987. – С. 92
2. Агаджанян Н.А. Экология человека и здоровье. // Слово лектора. – 1988. – №2. – С.31.
3. Бреле-Рюефф Катрин. Здравоохранение за границей // Деловые люди. 1991. – № 10. – Специальное приложение «Медицина» – С. 15.
4. Здоровье. Режим доступа: <https://cow-leech.ru/docs/index-1802.html>
5. Как ВОЗ определяет здоровье? Режим доступа: <https://www.who.int/ru/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
6. Селезнев В. Д., Поляков И. В. Экономические основы воспроизводства населения в условиях переходной экономики – СПб.: Сударыня, 1996. – С.3.

## ВИВЧЕННЯ СКЛАДУ БІОТИ УРОГЕНІТАЛЬНОГО ТРАКТУ ЖІНОК ПРИ ДИСБІОТИЧНИХ ПОРУШЕННЯХ

Циб К.В., Голодок Л.П., Скляр Т.В.  
Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара

Запальні процеси жіночої статеві системи займають по частоті одне з перших місць в структурі гінекологічної захворюваності.

Порушення вагінального мікробіоценозу може супроводжуватися метаболічними, імунними порушеннями і в ряді випадків клінічними проявами, які можуть варіювати безсимптомно або мати виражену клінічну маніфестацію.

Розгляд понять нормофлори і патологічні зміни можуть бути частими проявами дисбалансу біоценозу в цілому.

Складність лікування поглиблюється через те, що на сьогоднішній день спостерігається домінування мікстіфекції над моноінфекцією, і, як наслідок, виникають часті рецидиви захворювання. А хронічні запальні процеси є одним з етіологічних факторів розвитку пухлин та передпухлинних захворювань цервікального епітелію.

Таким чином, усе вище сказане, дозволяє розглядати проблему вивчення інфекцій асоційованих з дисбіотичними порушеннями урогенітального тракту, як актуальну, в зв'язку з можливістю виникнення подальших ускладнень та задля попередження майбутніх наслідків. Виходячи з актуальності проблеми, метою роботи було дослідити особливості біоти урогенітального тракту жінок при дисбіотичних порушеннях.

Нами було обстежено 30 жінок віком від 18 до 55 років з інфекційно-запальними процесами урогенітального тракту. При цьому був застосований культуральний метод та метод ПЛР.

За результатами обстеження було встановлено, що серед 30 пацієнтів у 11 (37%) був нормоценоз. У 19 з них (63%) різні дисбіотичні порушення УГТ, викликані умовно-патогенними аеробними та анаеробними мікроорганізмами.

Слід відмітити, що найбільш характерними представниками вагінальної біоти при нормоценозі є *Lactobacillus spp.* ( $10^7$  КУО/мл.), *Streptococcus spp.*, *Enterobacteriaceae* –  $10^4$  КУО/мл. Гриби роду *Candida* присутні в складі фізіологічного мікробіоценоза піхви в кількостях до  $10^4$  КУО/мл.

На наступному етапі було проведено дослідження частоти виявлення різних дисбіотичних порушень УГТ у жінок. Серед цих порушень бактеріальний вагіноз має найбільше розповсюдження і складає 50% від загальної кількості дисбіотичних захворювань. В свою чергу аеробний вагініт 25%, кандидоз 17%.

Особливе місце серед дисбіотичних порушень займає класичний бактеріальний вагіноз, збудниками якого є *Gardnerella vaginalis* та *Atopobium vaginae*. Найчастіше він зустрічався серед пацієнток репродуктивного віку (55,6%).

Моноінфекція визивавана дріжджеподібними грибками роду *Candida spp* – 17%. У полімікробних асоціаціях вагінальний кандидоз та бактеріальний вагіноз складає 50%.

Таким чином, було встановлено, що серед 30 пацієнток (63%) були виявлені різні дисбіотичні порушення УГТ. Серед них розповсюдження має бактеріальний вагіноз (50%), при цьому частота виділення асоціації всіх вікових груп *G.vaginales* + *Atopobium vaginae* складають майже 82%, в той час як бактеріальний вагіноз викликаний лише *Gardnerella vaginalis* – 18% та аеробний вагініт (25%).

## ЩОДО ПИТАННЯ ЕФЕКТИВНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ЛІКАРЯ І ПАЦІЄНТА

Чечотіна С.Ю.<sup>1</sup>, Литовченко І.Ю.<sup>1</sup>, Коваль А.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Українська медична стоматологічна академія, м.Полтава

<sup>2</sup>Полтавський національний педагогічний університет імені В.Г. Короленка

Взаємодія між лікарем і пацієнтом – невід’ємна частина практичної медицини. Саме ефективна взаємодія є запорукою успішного лікування та профілактики хвороб, а значить, покращення здоров’я кожної окремої людини і здоров’я нації в цілому. За даними ВОЗ, невиконання лікарських рекомендацій пацієнтами, що страждають на хронічні захворювання, є глобальною медичною проблемою, яка істотно впливає на ефективність лікування, а також призводить до серйозних економічних наслідків [1, 2]. Проблема відмови хворого лікуватися або недотримання схеми терапії актуальна для лікарів різних спеціальностей. При опрацюванні літературних джерел щодо даного питання, в публікацій зустрічається велика кількість слів іншомовного походження. Такими термінами, що описують взаємодію в процесі лікування хворого є «комплаєнс», «адгеренс» та «конкорданс». Комплаєнс (від англійського compliance – дотримання) – термін, що визначає в якій мірі поведінка пацієнта відповідає рекомендаціям лікаря. Хоча це поняття широко використовується в медичній літературі, воно піддається критиці внаслідок відведення лікарю головної ролі в процесі прийому рішення відносно лікування хворого без участі пацієнта. Таким чином, негативний комплаєнс трактується як нездатність пацієнта виконувати призначення лікаря або як девіантна поведінка хворого відносно свого стану [3]. Адгеренс (від англійського adherence – прихильність) – термін, що використовується для визначення ступеня внутрішньої готовності (прихильності) пацієнта виконувати рекомендації лікаря. Поняття було визнано багатьма клініцистами як альтернатива терміну «комплаєнс» з метою підк-