

лабораторних та клінічних штамів мікроорганізмів дозволили розробити й лабораторно обґрунтувати покращену методику медикаментозної обробки на етапі ендодонтичної терапії зубів у хворих з хронічними формами верхівкового періодонтиту.

**Ключові слова:** хронічний періодонтит, медикаментозна обробка, пробіотик.

microorganisms have allowed to work out and substantiate an advanced method of medication processing of the root canals at the stage of endodontic therapy in patients with chronic forms of apical periodontitis.

**Key words:** chronic periodontitis, medication processing, probiotic.

Стаття надійшла 7.01.2014 р.

Рецензент Ткаченко П.І.

УДК 579.862:618.2:618.4

Т. В. Перебендюк

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця

## ВПЛИВ СТРЕПТОКОКУ ГРУПИ В НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ ТА ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ У СГВ-ПОЗИТИВНИХ ВАГІТНИХ ПІСЛЯ ЕКЗ

Вивчено перебіг вагітності та пологів у СГВ-позитивних вагітних після ЕКЗ на фоні застосування різних схем профілактики та лікування інтраамніального СГВ-інфікування плода. Встановлено, що загострення урогенітальної патології під час вагітності, безсумнівно асоціюється з СГВ-колонізацією вагітної. При використанні запропонованої схеми лікувально-профілактичних заходів інтраамніального інфікування плода спостерігається достовірне зменшення кількості вагітних з ускладненнями під час вагітності і пологів.

**Ключові слова:** ЕКЗ, інтраамніальне інфікування, стрептокок групи В, вагітність, пологи.

*Робота є фрагментом НДР: «Діагностика, лікування, профілактика порушень репродуктивного здоров'я жінок різних вікових груп з прогнозуванням перебігу вагітності, пологів та стану новонароджених» № держ. реєстрації №0110U005217.*

Вагітні пацієнтки після ЕКЗ складають групу високого ризику, в першу чергу, з невиношування вагітності, розвитку гестозу і плацентарної недостатності. В 1/3 спостережень у вагітних після ЕКЗ в пологах бувають: несвоєчасне вилиття навколоплідних вод та слабкість родової діяльності [2].

Рядом дослідників [4,11] зазначено, що колонізація урогенітального тракту вагітних стрептококом групи В також призводить до ускладнень перебігу вагітності, таких як її переривання вагітності, хронічна плацентарна недостатність, гіпотрофія плода, багатоводдя. У той же час, сьогодні в наукових колах не існує єдності щодо значення СГВ у перебігу вагітності. Так, за даними ряду дослідників колонізація вагітних СГВ суттєво не впливає на перебіг вагітності [8,7]. Berger R. [12] зазначає, що колонізація вагітних жінок СГВ суттєво не впливає не тільки на перебіг вагітності, але й на пологи та післяпологовий період. Можливо, такі розбіжності у розумінні цієї проблеми зумовлені тим, як зазначає автор Садова Н.В. зі співавторами [8], що у жінок у період вагітності *S. agalactiae*-інфекція може бути як безсимптомною, так і клінічно значущою з розвитком бактеріємії, ендометриту, хоріоамніоніту, запалення сечових і пологових шляхів.

**Метою** роботи було вивчення перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду у СГВ-позитивних вагітних після ЕКЗ на фоні застосування різних схем профілактики та лікування інтраамніального СГВ-інфікування плода.

**Матеріал та методи дослідження.** Проаналізований стан 132 СГВ-позитивних вагітних після екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) віком від 35 до 39 років, котрі успішно отримали медичну допомогу з приводу лікування безпліддя методами ЕКЗ у Київському міському центрі репродуктивної та перинатальної медицини (КМЦРПМ) та 52 вагітних відповідного віку, що склали контрольну групу, вагітність у котрих наступила природним шляхом.

Серед 132 обстежених СГВ-позитивних вагітних виокремлені 98 вагітних, у котрих перебіг вагітності був ускладненим за соматичним та акушерсько-гінекологічним анамнезом (група корекції). З метою порівняння загально вживаної та розробленої схеми профілактики та лікування інтраамніального СГВ-інфікування плода, групу корекції розділили на 2 паритетні підгрупи: основну та групу порівняння (по 49 вагітних у кожній групі).

До терміну вагітності 18-19 тижнів усі без винятку СГВ-позитивні вагітні для збереження та пролонгації вагітності після проведеного ЕКЗ отримували: утрожестан, фолієву кислоту та йодид калію [2,3]. За показами до лікування додавали: вібуркол, актовегін, діпіридамол, еноксипарін натрія, вітамін Е (токоферол) та аскорбінову кислоту.

Починаючи з 24 тижня вагітності були застосовані дві різні схеми профілактики та лікування інтраамніального СГВ-інфікування плода у вагітних після ЕКЗ. До вагітних основної групи (49 жінок) застосували традиційно прийнятну схему, запропоновану та апробовану із позитивним

результатом у 2005 році Л.С. Шкобою, котра включала неспецифічну антибактеріальну профілактику та профілактику виникнення TORCH-інфекцій, а саме: дуфастон, кратал, аспірин, канефрон, пренатал та корегування мікробіоценозу статевих шляхів препаратом мікожинакс. Курс запропонованої методики складав 10-14 днів [9].

До групи порівняння (49 жінок) застосували розроблену нами схему: протягом усього терміну вагітні продовжували приймати за показами вище згадані препарати, що були рекомендовані для всіх вагітних до строку вагітності 18-19 тижнів, до котрих додавали препарати відповідно терміну вагітності: матерну, інтерферон 2 $\alpha$ , або віферон протягом 10 днів, гінофлор протягом 7 днів та антибіотики (пеніцилін, або кліндаміцин, або еритроміцин, або ванкоміцин) під час пологів за схемою після 35-37 тижня вагітності кожні 4 години протягом 5 днів або за 4 год. до пологів [13,14].

Для статистичної обробки отриманих даних використовували програмний математичний спеціалізований пакет STATISTICA-5, Excel Microsoft Office. Оцінку вірогідності результатів проводили за допомогою критерію Ст'юдента. Різницю між порівнювальними величинами вважали достовірною при  $p < 0,05$ .

**Результати дослідження та їх обговорення.** Встановлено, що перебіг вагітності у СГВ-позитивних вагітних після ЕКЗ у дослідній групі (132 вагітні) у 25-27 тижнів гестації ускладнювався порівняно з вагітними контрольної групи: абсолютною СГВ-ректовагінальною колонізацією (проти 15,4 % у контрольній групі,  $p < 0,001$ ), високою частотою плацентарної недостатності (65,91 % проти 1,92 % відповідно,  $p < 0,001$ ), значним рівнем гестаційної анемії (59,85 % проти 13,5 % відповідно,  $p < 0,001$ ), загрозою невиношування вагітності (52,27 % проти 11,54 % відповідно,  $p < 0,001$ ), загостренням урогенітальної патології (34,85 % проти 1,92 % відповідно,  $p < 0,001$ ), СГВ-бактеріурією і гіпотрофією плода (по 26,52 % проти 3,85 % відповідно,  $p < 0,001$ ), прееклампсією (22,73 % проти 1,92 % відповідно,  $p < 0,001$ ) та загостренням соматичної патології (21,21 % проти 3,85 % відповідно,  $p < 0,01$ ).

Перебіг вагітності у СГВ-позитивних вагітних після ЕКЗ в обох досліджуваних групах (основній групі та групі порівняння) у 25-27 тижнів гестації ускладнювався, порівняно з вагітними контрольної групи, та не відрізнявся між собою. Встановлена достовірно більша частота наступних ускладнень: у 6 разів – за наявністю материнської ректовагінальної СГВ-колонізації (по 100 % у кожній досліджуваній групі проти 15,4 % у контрольній групі;  $p < 0,001$ ), загрозою невиношування вагітності (73,47 % в основній групі і 67,35 % у групі порівняння проти 11,54 % у контрольній групі,  $p < 0,001$ ) та анемією (79,59 % і 81,63 % проти 13,50 %,  $p < 0,001$ ; відповідно); у 45 разів – за плацентарною недостатністю (91,84 % і 85,71 % проти 1,9 %;  $p < 0,001$ ; відповідно); більше як у 20 разів – за загостренням урогенітальної патології (48,98 % і 44,90 % проти 1,92 %,  $p < 0,001$ ; відповідно); більше як у 9 разів – за СГВ-бактеріурією і гіпотрофією плода (по 36,73 % і по 34,69 % проти 3,85 %,  $p < 0,001$ ; відповідно); більше як у 15 разів – за прееклампсією (32,65 % і 28,57 % проти 1,92 %,  $p < 0,001$ ; відповідно), більше, ніж у 7 разів – за загостренням соматичної патології (28,57 % і 28,57 % проти 3,85 %,  $p < 0,001$ ; відповідно). Такі ускладнення, як гіпоксія плода (24,49 % в основній групі та 26,53 % в групі порівняння проти 0 %,  $p < 0,001$ ) та хоріоамніоніт (по 8,16 % проти 0 %,  $p < 0,05$ , відповідно) взагалі не були виявлені в контрольній групі вагітних.

Таким чином, отримані нами достовірні відмінності у перебігу вагітності на момент гестації 25-27 тижнів між групами СГВ-позитивних вагітних після ЕКЗ та вагітними контрольної групи дають підстави для проведення відповідних лікувальних заходів, а відсутність відмінностей між обома групами СГВ-позитивних вагітних після ЕКЗ дають можливість порівнювати ефективність різних лікувально-профілактичних схем інтраамніального інфікування плода, застосованих до кожної з них.

Аналіз клінічного перебігу вагітності у III триместрі порівняно з II триместром гестації у СГВ-позитивних вагітних після ЕКЗ, свідчить про зменшення частоти ускладнень при їх корекції за обома схемами. При застосуванні загально прийнятої схеми профілактики інтраамніального інфікування плода у III триместрі вагітності порівняно з II у СГВ-позитивних вагітних після ЕКЗ (основна група) у 5 разів зменшилась частота прееклампсії (32,65 % проти 6,12 %,  $p < 0,01$ ) та у 2 рази – проявів плацентарної недостатності (91,84 % проти 59,18 %;  $p < 0,001$ ; відповідно), загрози передчасних пологів (73,47 % проти 44,9 %,  $p < 0,01$ ; відповідно), анемії (79,59 % проти 34,70 %,  $p < 0,01$ ; відповідно) та загострення урогенітальної патології (48,98 % проти 20,41 %,  $p < 0,01$ ; відповідно).

При застосуванні розробленої нами схеми попередження інтраамніального інфікування плода у III триместрі вагітності порівняно з II у СГВ-позитивних вагітних після ЕКЗ (група порівняння), клінічний перебіг вагітності характеризується достовірним зниженням наступних ускладнень:

материнської ректовагінальної колонізації у 7 разів (100 % проти 14,29 %;  $p < 0,001$ ), хронічної плацентарної недостатності (85,71 % проти 32,65 %;  $p < 0,001$ ; відповідно) та загострення уrogenітальної патології (44,90 % проти 12,25 %,  $p < 0,001$ ; відповідно) – у 4 рази, гіпоксії плода (26,53 % проти 8,16 %,  $p < 0,05$ ; відповідно) та анемії (81,63 % проти 30,61 %,  $p < 0,001$ ; відповідно) – майже у 3 рази, загрози передчасних пологів (67,35 % проти 44,9 %,  $p < 0,01$ ; відповідно) – майже у 2 рази.

Аналіз отриманих результатів перебігу вагітності у СГВ-позитивних вагітних після лікування безпліддя методом ЕКЗ свідчить про більшу ефективність запропонованої нами схеми профілактики інтраамніального інфікування плода. Свідченням поліпшення перебігу вагітності в групі порівняння порівняно із основною групою вагітних є відсутність СГВ-бактеріурії (0 % у групі порівняння проти 14,29 % в основній групі,  $p < 0,01$ ), а також достовірне зменшення вияву материнської ректовагінальної колонізації (14,29 % проти 93,88 %,  $p < 0,001$ ; відповідно) – майже у 7 разів, плацентарної недостатності (32,65 % проти 59,18 %,  $p < 0,01$ ; відповідно) – майже у 2 рази та гіпоксії плода (8,16 % проти 26,53 %,  $p < 0,05$ ; відповідно) – майже у 3 рази.

На основі аналізу частоти та характеру ускладнень, котрі спостерігались у пологах в групі порівняння та основній групі, встановлено достовірне покращання перебігу пологів у СГВ-позитивних вагітних після ЕКЗ за умови застосування новозапропонованої схеми профілактики інтраамніального інфікування плода при: несвоєчасному вилитті навколоплодових вод (14,29 % – в групі порівняння проти 42,86 % в основній групі;  $p < 0,01$ ); підвищенні температури матері в пологах до  $38,0^{\circ}\text{C}$  і більше (2,04 % проти 14,29 % відповідно,  $p < 0,05$ ); тривалому інтервалі (18 годин і більше) між розривом оболонок і початком пологів (безводному періоді) (4,08 % проти 22,45 %;  $p < 0,01$  відповідно); настанні передчасних пологів, або передчасному розриві навколоплідних оболонок (до 37 тиж.) (8,16 % проти 24,49 % відповідно,  $p < 0,05$ ); виникненні аномалії пологових сил (4,08 % проти 16,33 % відповідно,  $p < 0,05$ ); та настанні необхідності проведення ургентного кесарського розтину (14,29 % проти 42,86 %;  $p < 0,01$ ). Зазначимо, що в обох порівнюваних нами групах, окрім перерахованих ускладнень, перебіг пологів однаково ( $p > 0,05$ ) був ускладненим: порушенням життєдіяльності плода; розривом м'яких тканин пологових шляхів; необхідністю епізіотомії та перінеотомії та проведенням планового кесарського розтину.

Таким чином, за умови застосування новозапропонованої лікувально-профілактичної схеми, прослідковано чітке покращання перебігу пологів у СГВ-позитивних вагітних після ЕКЗ за рахунок достовірного зменшення кількості вагітних із підвищеною температурою матері (до  $38^{\circ}\text{C}$  і більше) під час пологів (у 7 разів); із тривалим інтервалом (18 годин і більше) між розривом оболонок і початком пологів (у 5,5 разів); з аномалією пологових сил (у 4 рази); із несвоєчасним вилиттям навколоплодових вод, а також із настанням передчасних пологів, або передчасним розривом навколоплодових оболонок (до 37 тиж.) (у 3 рази) та відсутність ургентного кесарева розтину.

Слід відмітити достовірно меншу кількість виникнення ускладнень післяпологового періоду в групі порівняння СГВ-позитивних вагітних після ЕКЗ порівняно з основною групою за: ручною ревізією стінок порожнини матки (40,82 % в групі порівняння проти 65,31 % в основній групі,  $p < 0,05$ ) та кровотечею в послідовому та ранньому післяпологовому періодах (0 % проти 10,20 %,  $p < 0,05$  відповідно).

При інтерпретації даних щодо перебігу вагітності, пологів і післяпологового періоду у СГВ-позитивних вагітних після ЕКЗ ми виходили із того, що отримана інформація є відображенням впливу трьох факторів: безпліддя, процедури ЕКЗ та колонізації ректовагінальних шляхів стрептококом групи В. Тому було проведено спробу виявити асоційованість цих факторів з тим чи іншим ускладненням шляхом порівняння наших даних з даними Шкоби Л.С. [9], котра вивчала перебіг вагітності після ДРТ на фоні ризику інтраамніального інфікування плода, зумовленого порушенням мікробіоценозу піхви вагітних та наявністю TORCH-інфікування та з даними Оганян К.А. [5], котра вивчала перебіг вагітності у жінок із незміненою фертильністю з СГВ-колонізацією уrogenітальних шляхів.

Спільними факторами, які могли впливати на перебіг вагітності як у нашому дослідженні, так і у дослідженні Шкоби Л.В. [9] були безпліддя в анамнезі й застосування процедури ЕКЗ. Тому при наявності достовірних відмінностей між групами за ускладненнями, ми вважали їх обумовленими СГВ-колонізацією, а ускладнення, за якими достовірних відмінностей не було виявлено, вважали обумовленими спільними факторами: непліддя і процедурою ЕКЗ. У результаті такого аналізу дійшли висновку, що такі ускладнення, як: плацентарна недостатність (36,74 % – за нашими даними проти 78,0 % – за даними Шкоби Л.С., при  $p < 0,01$ ), анемія (34,7 % проти 62,0 % відповідно,  $p < 0,01$ ) та загострення уrogenітальної патології (20,41 % проти 38,0 %, при  $p < 0,05$ ) обумовлюються більшою мірою саме фактором наявності СГВ-колонізації вагітної, а не попереднім станом, що призвів до

безпліддя та необхідності використання ЕКЗ, оскільки була отримана достовірна відмінність у порівнюваних нами даних [9].

Спільним фактором, який міг впливати на перебіг вагітності як у нашому дослідженні, так і у дослідженні Оганян К.А. [5] була СГВ-колонізація. Відмінність між групами полягала у тому, що у вагітних, яких обстежували ми, були безпліддя в анамнезі й застосування процедури ЕКЗ, а вагітні, котрих обстежувала названий автор, були з незміненою фертильністю. Тому ми звертали увагу на ті дані, де не було виявлено достовірних відмінностей ( $p > 0,05$ ), тим самим підтверджуючи роль СГВ-колонізації. В результаті такого аналізу дійшли висновку, що такі ускладнення, котрі виникали під час вагітності, як: загроза передчасних пологів (44,9 % – за нашими даними проти 46,8 % – за даними Оганян К.А., при  $p > 0,05$ ), гіпотрофія плода (22,45 % проти 12,8 % відповідно, при  $p > 0,05$ ) та загострення урогенітальної патології (20,41 % проти 10,1 % відповідно,  $p > 0,05$ ) обумовлюються більшою мірою саме фактором наявності СГВ-колонізації вагітної, а не попереднім станом, що призводить до безпліддя та необхідності використання ЕКЗ, оскільки не було отримано достовірних відмінностей між названими даними [5].

Таким чином, наші дані, а також дані авторів Оганян К. А. [5] та Шкоби Л. С. [9] вказують на те, що із всіх перерахованих ускладнень лише загострення урогенітальної патології безсумнівно асоціюється з СГВ-колонізацією вагітної. Слід зауважити, що за даними Струк В.Ф. [6] ризик інтранатального інфікування плода значно підвищується при недиагностованих гострих і хронічних урогенітальних інфекціях. Ускладнення, що можуть виникнути під час вагітності, такі як анемія вагітної та гіпотрофія плода, теж асоціюються з наявністю СГВ-колонізації, але безапеляційно стверджувати це неможливо, оскільки у Шкоби Л. С. відсутні дані щодо наявності гіпотрофії плода під час вагітності, а в Оганян К. А. відсутні дані щодо наявності анемії у обстежених вагітних. Такі ускладнення, що можуть виникати під час вагітності як загроза передчасних пологів, хронічна плацентарна недостатність, маловоддя та багатоводдя обумовлені впливом всіх трьох факторів, що аналізували, а саме: безпліддя, ЕКЗ та наявністю СГВ-колонізації. Отже, ми схилиємось до думки, що СГВ-колонізація вагітних впливає на перебіг їх вагітності, а застосування запропонованої нами схеми профілактики інтраамніального інфікування плода суттєво покращує перебіг вагітності.

Грунтуючись на отриманих нами даних щодо перебігу пологів та післяпологового періоду СГВ-позитивних вагітних після ЕКЗ, ми поділяємо думку ряду авторів про негативний вплив стрептококу групи В. Так, Оганян К.А. зі співавторами [4], Айламазян Е.К. зі співавторами [1] зазначають, що у СГВ-позитивних вагітних у пологах відмічається порушення життєдіяльності плода, раннє та передчасне вилиття навколоплідних вод, підвищення температури матері під час пологів, передчасні та стрімкі пологи, а післяпологовий період при стрептококовій В-інфекції перебігає з таким ускладненням як субінволюція матки. У той же час, при використанні новозапропонованої схеми можна досягти суттєвого зменшення кількості вагітних із підвищеною температурою матері (до 38 °C і більше) під час пологів, із тривалим інтервалом (18 годин і більше) між розривом оболонок і початком пологів, з аномалією пологових сил, із несвоєчасним вилиттям навколоплодових вод, а також із настанням передчасних пологів, або передчасним розривом навколоплодових оболонок (до 37 тиж.) та відсутності вагітних із ургентним кесаревим розтином. Зменшення кількості вагітних із зазначеними ускладненнями в пологах забезпечує зниження ризику інтранатального СГВ-інфікування.

Післяпологовий період у СГВ-позитивних вагітних після ЕКЗ був ускладнений ручним відділенням плаценти і виділенням посліду, субінволюцією матки, ручною ревізією стінок порожнини матки та кровотечею в послідовому та ранньому післяпологовому періодах. У групі порівняння спостерігалось достовірне зниження частоти ручної ревізії стінок порожнини матки (майже у 2 рази), а кровотечі в послідовому та ранньому післяпологовому періодах не було. Проведене нами дослідження підтвердило дані Оганян К.А. [4] про те, що перебіг післяпологового періоду при стрептококовій В-інфекції нерідко ускладнюється субінволюцією матки: у післяпологовому періоді у 21,7 % породіль основної групи та 18,37 % породіль у групі порівняння ( $p > 0,05$ ) були виявлені такі зміни. Таким чином, отримані результати свідчать на користь зниження ризику інтранатального розвитку СГВ-асоційованих процесів при застосуванні новозапропонованої лікувально-профілактичної схеми.

Отримані нами дані вказують на те, що більшість ускладнень перебігу вагітності у СГВ-позитивних вагітних після ЕКЗ обумовлені не стільки фактором колонізації СГВ і процедурою ЕКЗ, як попереднім станом організму жінки, а саме станом її репродуктивної системи, соматичним та

акушерсько-гінекологічним анамнезом. В той же час, ускладнення пологів та післяпологового періоду обумовлені, більшою мірою, СГВ-колонізацією вагітних.

Отже, у СГВ-позитивних вагітних після ЕКЗ такі ускладнення перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду як: хоріоамніоніт вагітних, СГВ-бактеріурія, ректовагінальна колонізація, наявність температури матері у пологах від 38 °С і вище, тривалий інтервал (18 годин і більше) між розривом оболонок і початком пологів (безводний період), передчасні пологи, або передчасний розрив навколоплідних оболонок (до 37 тиж.) можна вважати факторами ризику інтраамніального та інтранатального СГВ-інфікування плода та новонародженого і знаходять своє підтвердження у ряді наукових публікацій [15; 10].

### Висновки

1. Клінічний перебіг вагітності у СГВ-позитивних вагітних після ЕКЗ із високим ризиком інтраамніального СГВ-інфікування до проведення лікувально-профілактичних заходів характеризується абсолютною наявністю СГВ-ректовагінальної колонізації, високою частотою плацентарної недостатності (65,91 %), значним рівнем гестаційної анемії (59,85 %), загрозою невиношування вагітності (52,27 %) та загостренням уrogenітальної уrogenітальної патології (34,85 %). Серед виявлених ускладнень лише загострення уrogenітальної патології під час вагітності однозначно асоціюється з СГВ-колонізацією ректовагінальних шляхів вагітних після ЕКЗ.
2. Застосування розробленого та запропонованого комплексу лікувально-профілактичних заходів ведення СГВ-позитивних вагітних після екстракорпорального запліднення дозволив достовірно знизити частоту вияву материнської ректовагінальної колонізації до 14,29% (проти 93,88% - при загальноприйнятій схемі ведення вагітних); СГВ-бактеріурію до 0 (проти 14,29%); плацентарної недостатності до 32,65 % (проти 59,18%); гіпоксії плода до 8,16 % (проти 26,53%).
3. Клінічний перебіг пологів на фоні застосування розробленого та запропонованого комплексу лікувально-профілактичних заходів ведення СГВ-позитивних вагітних після екстракорпорального запліднення із високим ризиком інтраамніального СГВ-інфікування характеризується зменшенням частоти ускладнень пологового періоду за: несвоєчасним вилиттям навколоплідних вод до 14,29 % (проти 42,86 % при загальноприйнятому веденні); передчасними пологами, або передчасним розривом навколоплідних оболонок у терміні вагітності до 37 тижнів – до 8,16 % (проти 24,49 %); тривалим інтервалом (18 і більше годин) між розривом оболонок і початком пологів – до 4,08 % (проти 22,45 %); виникненням аномалій пологових сил – до 4,08 % (проти 16,33 %); підвищенням температури матері в пологах до 38 градусів і більше - до 2,04 % (проти 14,29 %), внаслідок чого абдомінальне розродження досягало 14,29 % (проти 42,86 % при загальноприйнятому веденні).
4. Клінічний перебіг післяпологового періоду на фоні застосування розробленого та запропонованого комплексу лікувально-профілактичних заходів ведення СГВ-позитивних вагітних після екстракорпорального запліднення із високим ризиком СГВ-інфікування характеризується зменшенням частоти ускладнень післяпологового періоду за: частотою ручної ревізії стінок порожнини матки до 40,82 % (проти 65,31 % при загальноприйнятому веденні) та частотою виникнення акушерських кровотеч до 0 (проти 10,20 %).

*Перспективи подальших досліджень.* Отримані результати підтверджують ефективність застосування новозапропонованої схеми лікування, на основі котрої в подальшому будуть розроблені практичні рекомендації щодо попередження інтраамніального та інтранатального СГВ-інфікування плода та новонародженого, що дозволить зменшити частоту інвазивних форм *S. agalactiae*-захворювань у новонароджених дітей.

### Список літератури

1. Айламазян Э. К. Акушерство / Э. К. Айламазян, В. И. Кулаков, В. Е. Радзинский [и др.] // – М. : ГЭОТАР-Медия, - 2009. – С. 881 – 885.
2. Макаров И. О. Ведение беременности после ЭКО (клиническая лекция) / И. О. Макаров // Гинекология. – 2010. – Т. 12, № 2. – С. 16 – 20.
3. Макаров И. О. Пути снижения репродуктивных потерь / И. О. Макаров // Репродуктивная эндокринология. – 2013. – № 1 (9). – С. 95 – 97.
4. Оганян К. А. Влияние стрептококков группы В, колонизирующих уrogenитальный тракт беременных, на течение и исход беременности / К. А. Оганян, О. Н. Аржанова, С. Л. Заиорская [и др.] // – Петрозаводск, 2005. – С. 148 – 150.
5. Оганян К. А. Течение и исход беременности при колонизации мочепоолового тракта женщин стрептококками группы В и D: автореф. дис. на соискание уч. степени к. мед. наук: спец. 14.00.01 „Акушерство и гинекология” / К. А. Оганян // – СПб, - 2008. – 17 с.
6. Струк В. Ф. Вплив бактеріального вагінозу на інфікування плода і новонародженого при невиношуванні вагітності / В. Ф. Струк // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2001. – № 4 (386). – С. 110 - 113.
7. Суворов А. Н. Течение и исход беременности при колонизации уrogenитального тракта женщин стрептококками группы В, содержащими гены SSPB семейства / А. Н. Суворов, А. М. Савичева, О. Н. Аржанова [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. – 2006. – № 2. – С. 47 – 52.

8. Садова Н. В. Диагностика, профилактика и лечение перинатальной Streptococcus agalactiae инфекции / Н. В. Садова, А. Л. Заплатников, О. Ю. Шипулина [и др.] // *Мать и дитя. Педиатрия*. – 2011. – № 22. – С. 1334 – 1336.
9. Шкоба Л. С. Профилактика інтраамніального інфікування у вагітних після допоміжних репродуктивних технологій: автореф. дис. на здоб. наук. ст. к. мед. наук : спец. 14.00.01 «Акушерство та гінекологія» / Л.С. Шкоба // – К., 2005. – 19 с.
10. Apgar B. S. Prevention of Group B Streptococcal disease in the newborn / B. S. Apgar, G. Greenberg, G. Yen // *Am. Fam. Physician*. – 2005. – Mar.1, Vol. 71(5). – P. 903 – 910.
11. Baltimore R. S. Early-onset neonatal sepsis in the era of group B streptococcal prevention / R. S. Baltimore, S. M. Huie, J. I. Meek [et al.] // *Pediatrics*. – 2001. – Vol. 108. – P. 1094–1098.
12. Berner R. Group B-Streptococcus during pregnancy and infancy / R. Berner // *Curr. Opin. Infect.* – 2002. – Vol. 15. – P. 307 – 313.
13. Centers for Disease Control and Prevention: Prevention of perinatal group B streptococcal disease // *Morbidity and Mortality Weekly Report*. – 2002. – Vol. 51. – P. 1 – 22.
14. Committee on infectious diseases and committee on fetus and newborn. Recommendations for the prevention of perinatal Group B Streptococcal (GBS) disease // *Pediatrics*. – 2011. – № 1. – P. 128:000.
15. Schrag S. Prevention of perinatal group B streptococcal disease. Revised guidelines from the CDC / S. Schrag, R. Gorwitz, K. Fultz-Butts [et al.] // *MMWR Recomm. Rep.* – 2002. – Vol. 51 (RR-11). – P. 1 – 22.

### Реферати

#### ВЛИЯНИЕ СТРЕПТОКОККА ГРУППЫ «В» НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У СГВ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ БЕРЕМЕННЫХ ПОСЛЕ ЭКО

Перебендюк Т.В.

Изучено течение беременности и родов у СГВ-положительных беременных после ЭКО на фоне применения различных схем профилактики и лечения интраамниального СГВ-инфицирования плода. Установлено, что обострение урогенитальной патологии во время беременности, несомненно ассоциируется с СГВ-колонизацией беременной. При использовании предложенной схемы лечебно-профилактических мероприятий интраамниального инфицирования плода наблюдается достоверное уменьшение количества беременных с осложнениями во время беременности и родов.

**Ключевые слова:** ЭКО, интраамниальное инфицирование, стрептококк группы В, беременность, роды.

Статья надійшла 15.01.2014 р.

#### IMPACT OF GROUP B STREPTOCOCCUS ON THE MOTION OF PREGNANCY, LABOR AND POSTPARTUM PERIOD OF GBS-POSITIVE PREGNANT AFTER IVF

Perebenduk T.V.

The motion of pregnancy and labor at GBS-positive pregnant women after IVF against application of various schemes of prevention and treatment of intra-uterine GBS-infection of a fetus is studied. It is established that the exacerbation of urogenital pathology during pregnancy, undoubtedly associates with GBS-colonization of the pregnant woman. When using the offered scheme of treatment-prophylactic actions of intra-uterine infection of a fetus reliable reduction of number of pregnant women with complications is observed during pregnancy and labor.

**Key words:** IVF, intra-uterine infection, group B streptococcus, pregnancy, labor.

Рецензент Ліхачов В.К.

УДК 616.716.8-002-053-2-085

П.І. Ткаченко, Л.Е. Весніна, В.О. Доброскок, М.В. Микитюк  
В ДІЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

#### РОЛЬ РЕГУЛЯЦІЇ РІВНЯ ІНТЕРЛЕЙКІНІВ У РЕАЛІЗАЦІЇ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ГНІЙНОГО ПІДНИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО ЛІМФАДЕНІТУ У ДІТЕЙ

В статті наведено клінічну характеристику перебігу гострого гнійного піднижньощелепного лімфаденіту у дітей та представлено динаміку зміни рівнів про- та протизапальних інтерлейкінів в ротовій рідині та сироватці крові при включенні до складу протокольних заходів препарату цитокінового ряду поліоксидонія. Отримані результати дають можливість стверджувати про його виражену імуномодельюючу дію, що дає змогу використовувати його і при інших нозологічних формах гнійного запалення.

**Ключові слова:** діти, лімфаденіт, поліоксидоній.

*Робота є фрагментом НДР «Комплексне дослідження генетично обумовлених особливостей NF-kB опосередкованої сигнальної трансдукції, що визначає розвиток хронічного системного запалення у хворих на метаболічний синдром та цукровий діабет 2-го типу», державний реєстраційний номер 0111U 001774.*

Цитокіни, в першу чергу, регулюють імунну відповідь на рівні тканинних структур за участю різних формених елементів крові, ендотелію, сполучної тканини і епітелію. Захист на місцевому рівні розвивається шляхом формування типової запальної реакції з її класичними проявами: виникненням набряку, почервонінням, появою больового синдрому та порушенням функції. В результаті у хворого підвищується температура тіла, як один із проявів механізму захисту, адже більшість мікроорганізмів повільніше розмножуються при цьому, а клітини, які виконують захисну функцію стають більш активні при такій температурі [11,13].

В останні роки все частіше увагу дослідників привертає питання вивчення вмісту цитокінів в різних біологічних субстратах, які являються діагностичними та прогностичними маркерами при ряді захворювань. Зокрема, представлені результати комплексного дослідження компонентів системи