

УДК 618.36:618.177-089.888.11

ПЕРЕБЕНДЮК Т.В.

Винницький національний медичний університет імені Н.І. Пирогова

ОЦЕНКА ЭХОГРАФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ СТРУКТУРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПЛАЦЕНТЫ ПРИ СГВ-КОЛОНИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ ПОСЛЕ ЭКО

РЕЗЮМЕ. Цель: изучить состояние структурной организации плаценты у беременных после ЭКО, составляющих группу высокого риска в отношении как внутриутробного, так и интранатального СГВ-инфицирования плода и новорожденного, а также оценить эффективность примененных лечебно-профилактических тактик.

Материал и методы. Обследованы 98 СГВ-колонизированных беременных после ЭКО, составившие группу коррекции и разделенных на 2 паритетные группы – основную и группу сравнения, а также 52 беременные с нормальной репродуктивной функцией, составившие контрольную группу. Бактериологические исследования проводили согласно рекомендаций CDC (Centers for Disease Control, 2002; Nabil A El Aila et al., 2010; Verani et al., 2010), плацентография и оценка количества околоплодных вод проведена с помощью УЗД систем «Ultramark 9», секторный датчик P3-2 и «Voluson 730 PRO», конвексный датчик 4-10 МГц. К беременным основной группы применили традиционно принятую лечебно-профилактическую схему, а к группе сравнения – разработанную нами.

Результаты. Установлено, что и в сроке 25-27 недель, и в сроке 32-34 недель у СГВ-положительных беременных после ЭКО группы коррекции достоверно чаще по сравнению с фертильными беременными отмечалось нарушение структурной организации плаценты (77,59 % против 19,23 %; $p < 0,001$ и 61,22 % против 5,770 %; $p < 0,001$ соответственно), а также – аномальное количество околоплодных вод (19,39 % против 5,770 %; $p < 0,05$ и 34,69 % против 5,770 %; $p < 0,001$ соответственно), с преобладанием умеренно выраженного маловодия (12,24 % против 1,920 %; $p < 0,05$ и 20,41 % против 1,920 %; $p < 0,01$). Предложенная схема лечения СГВ-положительных беременных является более эффективной, чем традиционная, о чем свидетельствует достоверно меньшая частота нарушений структурной организации плаценты по ряду эхографических признаков.

Выводы. При беременности после ЭКО высокого интраамниального и интранатального СГВ-инфекционного риска частота нарушений структурной организации плаценты значительно повышается и составляет 77,59 % против 19,23 % ($p < 0,001$) – в контроле в гестационном сроке 25-27 недель на начало лечения. Предложенная схема лечения СГВ-положительных беременных является более эффективной, чем традиционная, о чем свидетельствует достоверно меньшая частота нарушений структурной организации плаценты по ряду эхографических признаков: разнородности паренхимы плаценты (26,53 % против 46,94 %; $p < 0,001$), преждевременному созреванию плаценты (16,33 % против 34,69 %; $p < 0,05$), отсутствию незрелости плаценты (0 % против 8,16 %), расширению субхориального пространства (0 % против 6,12 %), наличию амниотических тяжей (0 % против 10,20 %) в сроке 32-34 недели беременности.

Ключевые слова. ЭКО, беременные, стрептококк группы В, плацентография.

Последнее 20-летие в мире ознаменовалось пристальным вниманием со стороны отдельных ученых акушеров-гинекологов, а также организаций (Centers for Disease Control..., 2000, 2002; Committee on infectious diseases..., 2011), к стрептококку группы В (СГВ) как к крайне опасному микроорганизму, возбудителю тяжелой, часто смертельной инфекции плода и новорожденного [5, 14, 16-18]. Чаще СГВ-колонизация происходит интранатально, однако не исключен и интраамниальный путь колонизации. Известно, что СГВ могут поражать плаценту, вызывая плацентит, или плодные оболочки, вызывая хориоамнионит, в результате проникновения в полость матки интраканаликулярно через интактные плодные оболочки, либо при преждевременном их разрыве.

Несмотря на значительное количество научных публикаций, посвященных проблеме интраамниального инфицирования [1, 4, 8-10, 12], проблеме СГВ-инфицированию в странах СНГ до настоящего времени не уделяется должного

внимания, о чем свидетельствует отсутствие стандартизации подходов к ведению беременных с СГВ-инфекцией, потенциально опасной для плода и новорожденного, отсутствие разработок и внедрения в практику национального руководства по диагностике, профилактике и лечению внутриутробных и перинатальных СГВ-нозологий, до сих пор не налажена официальная регистрация стрептококковой инфекции группы В [2, 5, 7]. Кроме того, недостаточно изучены «маркеры стабильности фетоплацентарной системы» – структура плаценты и объем околоплодных вод [3, 10, 15].

Цель: изучить состояние структурной организации плаценты у беременных после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), составляющих группу высокого риска в отношении как внутриутробного, так и интранатального СГВ-инфицирования плода и новорожденного, а также оценить эффективность примененных лечебно-профилактических тактик.

Материалы и методы

Подбор беременных, составляющих группу риска в отношении внутриутробного СГВ-инфицирования плода, осуществляли на основании клинических, микробиологических и эхографических признаков. Клиническими признаками риска СГВ-инфицирования плода считали обострение хронических воспалительных заболеваний мочеполовой системы, гипертермию неясного генеза, репродуктивные потери инфекционного генеза в анамнезе; микробиологическими – СГВ-колонизацию урогенитального и ректального трактов беременных; эхографическими – аномальное количество околоплодных вод и задержку развития плода.

Из 132 СГВ-колонизированных женщин в возрасте от 35 до 39 лет, которые в 2010-2012 гг. находились под наблюдением в Киевском городском центре репродуктивной и перинатальной медицины (КМЦРПМ) и успешно получили медицинскую помощь по поводу лечения бесплодия путем экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), отобрано 98 беременных (группа коррекции), у которых течение беременности было осложнено.

С целью оценки эффективности традиционно используемой и разработанной схем профилактики и лечения интраамниального СГВ-инфицирования плода, группу коррекции разделили на 2 паритетных подгруппы: основную и группу сравнения (по 49 беременных в каждой группе). Контрольную группу составляли 52 беременные соответствующего возраста с нормальной репродуктивной функцией.

Бактериологические исследования проводили согласно рекомендациям CDC (Centers for Disease Control., 2002) [6, 13, 19].

С помощью ультразвуковых диагностических систем «Ultramark 9», секторный датчик P3-2 (пр-ва «ATL» США) и «Voluson 730 PRO», конвексный датчик 4-10 МГц (пр-ва «GE Medical Systems» Австрия) проведена плацентография и оценка количества околоплодных вод.

Для сохранения и пролонгации беременности после проведенного ЭКО все без исключения СГВ-колонизированные беременные получали: утрожестан, фолиевую кислоту и йодид калия [3, 4, 13] (индивидуально по показаниям к лечению добавляли: вибуркол, актовегин, дипиридамол, эноксипарин натрия, витамин Е (токоферол) и аскорбиновую кислоту). Далее к беременным основной группы применили схему Шкобы Л.С., приняв ее в качестве традиционной: дуфастон, кратал, аспирин, канефрон, пренатал и микожинакс [11], а к группе сравнения – разработанную нами: матерна, интерферон 2а (виферон) и гинофлор, а в родах – антибиотики.

Статистическая обработка данных проведена в пакете STATISTICA – 5.

Результаты и их обсуждение

Плацентарная недостаточность – одна из основных причин повреждения плода, важное место в этиологии которой принадлежит острым и хроническим инфекциям. Учитывая ранее полученные нами данные о высокой частоте выявления плацентарной недостаточности, в сроке 25-27 недель беременности в обследованных группах СГВ-колонизированных беременных (91,84 % и 85,71 %), и высоком риске возникновения интраамниального инфицирования плода, в результате значительной СГВ-колонизации урогенитального (36,73 % и 34,69 %) и ректального путей (по 100 % в каждой группе), необходимым было изучить состояние структурной организации плаценты в разные сроки гестации как в начале, так и на фоне применения разных схем профилактики и лечения возможного интраамниального СГВ-инфицирования плода.

Установлено, что в сроке 25-27 недель у СГВ-положительных беременных после ЭКО группы коррекции достоверно чаще по сравнению с фертильными беременными отмечалось нарушение структурной организации плаценты (90 случаев (77,59 %) против 10 (19,23 %); $p < 0,001$), а также – аномальное количество околоплодных вод (19 случаев (19,39 %) против 3 (5,77 %); $p < 0,05$), с преобладанием умеренно выраженного маловодия, как показателя хронического стресса плода (12 (12,24 %) против 1 случая (1,92 %); $p < 0,05$).

Достоверные отличия показателей группы сравнения и основной группы относительно контроля в сроке 25-27 недель установлены для следующих эхографических признаков: утолщения плаценты (51,02 % и 48,98 % против 0 % соответственно, $p < 0,001$), разнородной эхогенности паренхимы плаценты (44,90 % и 42,86 % против 0 % соответственно, $p < 0,001$), преждевременного созревания плаценты (16,33 % и 28,57 % против 3,85 %, $p < 0,05$ и $p < 0,001$ соответственно) и расширения межворсинчатых пространств (36,73 % и 34,69 % против 3,85 % соответственно; $p < 0,001$). В то же время, учитывая выше перечисленные параметры, сравниваемые группы СГВ-положительных беременных после ЭКО в этом сроке беременности между собой достоверно не отличались. Не установлено также отличий по частоте выявления аномального количества околоплодных вод.

Полученные данные свидетельствуют о наличии отклонений в структурной организации плаценты СГВ-колонизированных беременных от нормы и о паритетности групп СГВ-колонизированных беременных по качественному и количественному характеру этих отклонений на момент расхождения в подходах к проведению лечебных мероприятий.

Данные ультразвукового исследования структурной организации плаценты СГВ-положительных беременных после ЭКО группы коррекции в сроке 32-34 недель гестации выявили достоверно более частые нарушения ее структуры по сравнению с контрольной группой (60 случаев, 61,22 % против 3 случаев 5,77 %; $p < 0,001$), а также – аномальное количество околоплодных вод (34,69 % против 5,77 %; $p < 0,001$), с преобладанием умеренно выраженного маловодия (20,41 % против 1,920 %; $p < 0,01$).

Достоверные отличия показателей группы сравнения и основной группы относительно контроля в сроке 32-34 недель установлены для следующих эхографических признаков: разнородной эхогенности паренхимы плаценты (26,53 % и 46,94 % против 0 % соответственно, $p < 0,001$) и преждевременного созревания плаценты (16,33 % и 33,69 % против 3,850 %, $p < 0,05$ и $p < 0,001$ соответственно). В группе сравнения, принимавших разработанную нами схему, по остальным эхографическим признакам достоверных отличий от таковых группы контроля не установлено. В то же время в основной группе по сравнению с контролем наблюдаются достоверные отличия по частоте утолщения плаценты (24,49 % против 0 %, $p < 0,001$), гиперэхогенных включений в околоплодных водах (30,61 % против 5,77 %, $p < 0,01$), маловодия (30,61 % против 1,92 %, $p < 0,001$), а также незрелости плаценты (8,16 % против 0 %, $p < 0,05$), расширения межворсинчатых пространств (34,69 % против 3,850 %; $p < 0,001$) и выявления амниотических тяжей (10,20 % против 0 %; $p < 0,05$).

При сопоставлении результатов, полученных при применении 2-х схем лечения СГВ-положительных беременных после ЭКО в сроке 32-34 недели беременности, установлено достоверно меньшее количество случаев нарушения структурной организации плаценты в группе беременных, которым применили предложенную схему лечения, сравнительно с группой, в которой использовали традиционную (23 случая (46,94 %) против 37 (75,51 %); $p < 0,01$). Так, увеличение толщины плаценты зарегистрировано в 3 (6,12 %) случаях против 12 (24,49 %) ($p < 0,05$), расширение межворсинчатых пространств – соответственно в 7 (14,29 %) и 17 (34,69 %) случаях ($p < 0,05$), преждевременное созревание плаценты – в 8 (16,33 %) и 17 (34,69 %) ($p < 0,05$), разнородная эхогенность паренхимы плаценты – в 13 (26,53 %) и 23 (46,94 %) ($p < 0,05$); сочетание нескольких признаков установили в 8 (13,33 %) случаях, умеренно выраженное маловодие установили в 5 (10,20 %) и 15 (30,61 %) случаях ($p < 0,01$). В данной группе ни в одном случае не было выявлено незрелости плаценты, расширения субхориального пространства и наличия амниотических тяжей, в то время как у беременных, леченных традиционно, незрелость пла-

центы выявили в 4 (8,16 %) случаях, расширение субхориального пространства – в 3 (6,12 %), а наличие амниотических тяжей – в 5 (10,20 %). Таким образом, в сроке 32-34 недели беременности преждевременное созревание плаценты, расширение межворсинчатого пространства, многоводие, маловодие и гиперэхогенные включения в околоплодных водах были обнаружены во всех исследуемых группах, включая контрольную; утолщение плаценты и разнородную эхогенность ее паренхимы – в обеих группах СГВ-положительных беременных, а незрелость плаценты, расширение субхориального пространства и наличие амниотических тяжей – только в группе СГВ-положительных беременных, леченных по традиционной схеме. Надо отметить, что самыми частыми сочетаниями признаков в обеих группах СГВ-положительных беременных были преждевременное созревание плаценты и расширение межворсинчатого пространства, многоводие сочеталось с многочисленными гиперэхогенными включениями, а в основной группе многоводие сочеталось с наличием амниотических тяжей.

При сравнении эхографических показателей структурной организации плаценты СГВ-положительных беременных после ЭКО между сроками гестации 25-27 и 32-34 недель на фоне применения традиционной схемы лечения установлено отсутствие прогрессирования нарушений по признакам: разнородной эхогенности паренхимы плаценты (42,86 % и 46,94 %; $p > 0,05$), преждевременного созревания (28,57 % и 34,69 %; $p > 0,05$) и незрелости плаценты (8,16 % и 8,16 %; $p > 0,05$), расширения межворсинчатых (34,69 % и 34,69 %; $p > 0,05$) и субхориального пространств (8,16 % и 6,12 %; $p > 0,05$), аномального количества околоплодных вод (8,16 % и 16,33 %; $p > 0,05$ и 16,33 % и 30,61 %; $p > 0,05$). Установлена достоверно меньшая частота СГВ-положительных беременных после ЭКО, у которых в сроке беременности 32-34 недель выявляется утолщение плаценты (48,98 % против 24,49 %, $p < 0,05$).

Однако по показателям наличия амниотических тяжей и гиперэхогенных включений, считающимися маркерами амнионита, установлена достоверно большая частота СГВ-положительных беременных после ЭКО в 32-34 недели по сравнению с 25-27 неделями беременности (10,20 % против 0 %; $p < 0,05$ и 30,61 % против 10,2 %; $p < 0,05$).

На фоне применения предложенной схемы лечения при сравнении показателей структурной организации плаценты СГВ-положительных беременных после ЭКО между сроками гестации 25-27 и 32-34 недель по данным ультразвуковой плацентографии установлено отсутствие прогрессирования нарушений по признакам: разнородной эхогенности паренхимы плаценты (44,90 % и

26,53 %; $p > 0,05$), преждевременного созревания плаценты (16,33 % и 16,33 %; $p > 0,05$), гиперэхогенных включений в околоплодных водах (8,16 % и 12,24 %; $p > 0,05$) и аномального количества околоплодных вод (5,00 % и 12,24 %; $p > 0,05$ и 6,67 % и 10,20 %; $p > 0,05$). Установлена достоверно меньшая частота СГВ-положительных беременных после ЭКО, у которых в сроке беременности 32-34 недели выявляется утолщение плаценты (6,12 % против 51,02 %, $p < 0,001$) и расширение межворсинчатых пространств (34,69 % и 34,69 %; $p > 0,05$). Следует отметить, что таких признаков как незрелость плаценты, расширение субхориального пространства и наличие амниотических тяжей в околоплодных водах не выявлено.

Таким образом, предложенная схема профилактики и лечения возможного интраамниального инфицирования плода способствует достоверному снижению риска развития плацентита у СГВ-положительных беременных после ЭКО.

Выводы

1. При беременности после ЭКО высокого интраамниального и интранатального СГВ-инфекционного риска, в целом, частота нарушений структурной организации плаценты, проявляющаяся утолщением плаценты (50 %), разнообразной эхогенностью паренхимы плаценты (43,88 %), преждевременным созреванием плаценты (22,45 %), расширением межворсинчатых пространств (35,71 %), аномальным количеством околоплодных вод (19,39 %), значительно повышается и в целом составляет 77,59 % против 19,23 % ($p < 0,001$) – в контроле в гестационном сроке 25-27 недель на начало лечения.

2. Предложенная схема лечения СГВ-положительных беременных является более эффективной, чем традиционная, о чем свидетельствует достоверно меньшая частота нарушений структурной организации плаценты по ряду эхографических признаков: разнообразной эхогенности паренхимы плаценты (26,53 % против 46,94 %; $p < 0,001$), преждевременному созреванию плаценты (16,33 % против 34,69 %; $p < 0,05$), отсутствию незрелости плаценты (0 % против 8,16 %), расширению субхориального пространства (0 % против 6,12 %), наличию амниотических тяжей (0 % против 10,20 %) в сроке 32-34 недели беременности.

3. Внедрение предложенной схемы лечения СГВ-положительных беременных после ЭКО с увеличением срока гестации от 25-27 до 32-34 недель приводило к отсутствию прогрессирования нарушений за большинством эхографических признаков структурной организации плаценты, а также, в отличие от традиционной схемы лечения, к нормализации состояния плаценты за маркерами плацентита – утолщению плаценты и расширению межворсинчатых пространств.

Список литературы

1. Акушерство: Национальное руководство: под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1200 с.
2. Зуева Л.П. Эпидемиология и профилактика заболеваний, вызываемых стрептококком группы В, у новорожденных: информационное письмо/ Л.П. Зуева, А.А. Тололян, В.А. Савина – СПб., 1999. – С. 2-12.
3. Макаров И.О. Ведение беременности после ЭКО (клиническая лекция)/ И.О. Макаров// Гинекология. – 2010. – Т. 12, № 2. – С. 16-20.
4. Макаров И.О. Пути снижения репродуктивных потерь/ И.О. Макаров// Мать и дитя: итоги XIII Всероссийского научного форума, (Москва, сентябрь, 2012)// Репродуктивная эндокринология. – 2013. – № 1 (9). – С. 95-97.
5. Николаева И.В. Стрептококковая инфекция группы В у новорожденных и грудных детей/ И.В. Николаева// Лечащий врач. – 2012. – № 1. – <http://www.lvach.ru/2012/01/15435327/>
6. Радзинский В.Е. TORCH-комплекс и его роль в перинатологии/ В.Е. Радзинский, М.Б. Чистякова// Акушерство и гинекология. – 1992. – № 1. – С. 4-7.
7. Сенчук А.Я. Перинатальные инфекции/ А.Я. Сенчук, З.М. Дубоссарская. – 2005. – 320 с.
8. Сидорова И.С. Клинико-диагностические аспекты фетоплацентарной недостаточности/ И.С. Сидорова, И.О. Макаров. – М.: МИА, 2005. – 296 с.
9. Шкоба Л.С. Профілактика інтраамніального інфікування у вагітних після допоміжних репродуктивних технологій: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня к. мед. наук: 14.00.01 «Акушерство та гінекологія»/ Л.С. Шкоба. – К., 2005. – 19 с.
10. Чернова А.В. Профилактика аномалий родовой деятельности у женщин с интраамниальным инфицированием: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук: спец. 14.01.01 «Акушерство и гинекология»/ А.В. Чернова. – 2007. – 20 с.
11. Centers for Disease Control and Prevention: Prevention of perinatal group B streptococcal disease// Morbid Mortal Weekly Rep. – 2002. – Vol. 51. – P. 1-22.
12. 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.
13. Comparison of different sampling techniques and of different culture methods for detection of group B streptococcus carriage in pregnant women/ Nabil A El Aila, Inge Tency, Geert Claeys [et al.]// BMC Infectious Diseases. – 2010. – Vol. 10. – P. 285.
14. Nandyal R.R. Update on group B streptococcal infections: perinatal and neonatal periods/ R.R. Nandyal// J. Perinat Neonatal Nurs. – 2008. – Vol. 22 (3). – P. 230-237.
15. Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease. Revised Guidelines from CDC, 2002/ [Schrug S., Gorwitz R., Fultz-Butts K., Schuchat A.]// MMWR Recomm. Rep. – 2002. – Vol. 51 (RR-11). – P. 1-22.
16. Risk factors for invasive, early-onset Escherichia coli infections in the era of widespread intrapartum antibiotic use/ Schrag S.J., Hadler J.L., Arnold K.E. [et al.]// Pediatrics. – 2006. – Vol. 118 (2). – P. 570-576.
17. Risk factors for recurrence of group B streptococcus colonization in a subsequent pregnancy/ Cheng P.-J., Chueh H.-Y., Liu C.-M. [et al.]// Obstetrics & Gynecology. – 2008. – Vol. 111 (3). – P. 704-709.

18. Turrentine M.A. Recurrence of group B streptococci colonization in subsequent pregnancy/ M.A. Turrentine, M.M. Ramirez// *Obstetrics & Gynecology*. – 2008. – Vol. 112, №2, part 1. – P. 259-264.

19. Verani J.R. Prevention of perinatal group B streptococcal disease-revised guidelines from CDC 2010/ J.R.Verani, L. McGee, S.J. Schrag// *MMWR Recomm. Rep.* – 2010. – Vol. 59 (RR-10). – P. 1-36.

22.05.2014

ПЕРЕБЕНДЮК Т.В.

Вінницький національний медичний університет імені Н.І. Пирогова

ОЦІНКА ЕХОГРАФІЧНИХ ОЗНАК СТРУКТУРНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ПЛАЦЕНТИ ПРИ СГВ-КОЛОНІЗАЦІЇ ВАГІТНИХ ПІСЛЯ ЕКЗ

РЕЗЮМЕ. Мета: вивчити стан структурної організації плаценти у вагітних після ЕКЗ, які складають групу високого ризику щодо як інтраамніального, так і інтранатального СГВ-інфікування плода та новонародженого, а також оцінити ефективність застосованих лікувально-профілактичних тактик.

Матеріал і методи. Обстежено 98 СГВ-колонізованих вагітних після ЕКЗ, які склали групу корекції і розділених на 2 паритетні групи – основну та групу порівняння, а також 52 вагітні з нормальною репродуктивною функцією, які склали контрольну групу. Бактеріологічні дослідження проводили згідно рекомендацій CDC [Centers for Disease Control., 2002; Nabil A. El Aila et al., 2010; Verani et al., 2010], плацентографія і оцінка кількості навколоплодових вод проведена за допомогою УЗД систем «Ultramark 9», секторний датчик P3-2 і «Voluson 730 PRO», конвексний датчик 4-10 МГц. До вагітних основної групи застосували традиційно прийняту лікувально-профілактичну схему, а до групи порівняння – розроблену нами.

Результати. Встановлено, що і в терміні 25-27 тижнів, і в терміні 32-34 тижнів у СГВ-позитивних вагітних після ЕКЗ групи корекції достовірно частіше порівняно з фертильними вагітними відзначалися порушення структурної організації плаценти (77,59 % проти 19,23 %; $p < 0,001$ і 61,22 % проти 5,77 %; $p < 0,001$), а також – аномальна кількість навколоплодових вод (19,39 % проти 5,77 %; $p < 0,05$ і 34,69 % проти 5,77 %; $p < 0,001$), з переважанням помірно вираженого маловоддя (12,24 % проти 1,92 %; $p < 0,05$ і 20,41 % проти 1,92 %; $p < 0,01$). Запропонована схема лікування СГВ-позитивних вагітних є більш ефективною, ніж традиційна, про що свідчить достовірно менша частота порушень структурної організації плаценти за рядом ехографічних ознак.

Висновки. При вагітності після ЕКЗ високого інтраамніального й інтранатального СГВ-інфекційного ризику частота порушень структурної організації плаценти значно підвищується і складає 77,59 % проти 19,23 % ($p < 0,001$) – в контролі в гестаційному терміні 25-27 тижнів на початок лікування.

Впровадження запропонованої схеми лікування СГВ-позитивних вагітних після ЕКЗ із збільшенням терміну гестації від 25-27 до 32-34 тижнів приводило до відсутності прогресування порушень за більшістю ехографічних ознак структурної організації плаценти, а також, на відміну від традиційної схеми лікування, до нормалізації стану плаценти за маркерами плацентиту – потовщення плаценти і розширення міжворсинчастих просторів.

Ключові слова. ЕКЗ, вагітні, стрептокок групи В, плацентографія.

PEREBENDYUK T.V.

Vinnitsa National Medical University named after Pirogov

EVALUATION OF STRUCTURAL ORGANIZATION ECHOGRAPHIC SIGNS PLACENTA AT SGW-COLONIZATION PREGNANCY AFTER IVF

SUMMARY. Objective: to study the state of the structural organization of the placenta of pregnant after IVF constituting a high risk group for both prenatal and intrapartum GBS-infection of the fetus and newborn, and to assess the efficacy of the applied treatment and prevention tactics.

Material and methods. Surveyed 98 GBS-colonized pregnant after IVF, components of the group correction and divided into 2 parity groups - primary and the comparison group and 52 pregnant women with normal reproductive function the components of the control group. Bacteriological investigations were conducted according to the recommendations of the CDC [Centers for Disease Control., 2002; Nabil A El Aila et al., 2010; Verani et al., 2010], placentography and assessment of quantity of amniotic fluid conducted with the help of ultrasound systems «Ultramark 9» pie sensor P3-2 and «Voluson 730 PRO», convex probe 4-10 MHz. Pregnant core group has applied the traditionally accepted medical-preventive scheme, and to the comparison group - has been developed.

Results. It is established that in the period 25 - 27 weeks, and in the period of 32-34 weeks GBS-positive pregnant after IVF, in general, significantly more frequently compared to fertile pregnant had impaired the structural organization of the placenta (77,59 % against 19,23 %; $p < 0,001$ and 61,22 % against 5,770 %; $p < 0,001$), and – abnormal amounts of amniotic fluid (19,39 % against 5,770 %; $p < 0,05$, and 34,69 % against 5,770 %; $p < 0,001$, with prevalence of moderately expressed low (12,24 % compared with 1,920 %; $p < 0,05$ and 20,41 %, compared with 1,920 %; $p < 0,01$). The scheme of treatment GBS-positive pregnant women is more effective than traditional, evidenced by a significantly lower rate of violations of the structural organization of the placenta in a row echographic signs.

The conclusions. Pregnancy after IVF high of intra-uterine and intrapartum GBS-infection risk is considerably increased and in general is 77,59 % against 19,23 % ($p < 0,001$) – in the control group in the gestational period 25-27 weeks before treatment.

Implementation of the proposed scheme of treatment GBS-positive pregnant after IVF with increasing gestation from 25-27 and 32-34 weeks has led to a lack of progression of disorders in most echographic signs of structural organization of the placenta, as well as, unlike traditional treatment regimens, to the normalization of the state of the placenta in the markers placenta - thickening of the placenta and expansion majorsince spaces.

Keywords. IVF, pregnant women, group B streptococcus, placentography.