

with schizophrenia met in isolated cases. Nicotinism was observed in the exacerbation of the illness with the progression anxiety. Sexual addiction in men manifested in the form of masturbation, women- "Don Juanism". Graphomania consisted in the fact that patients were constantly writing texts and evaluated it as a work of art. Addiction carries out a role, first of all, certain compensation of violations of intrapsychotic and social-environmental adaptation of patients by schizophrenia. At the expressed addictive behavior, at excessive concentration of attention and activity on a subject of an addiction there is a strengthening of automatism and discharge of patients from conditions of real life that leads to deepening of their social disadaptation.

**Key words:** schizophrenia, alcohol addiction, nicotinism, graphomania, sexual addiction.

Стаття надійшла до редакції 15.11.2012 р.

© Перебендюк Т.В.

УДК: 618.177:616.981.21

**Перебендюк Т.В.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

## СТРЕПТОКОКИ ГРУПИ В ЯК ОДНА ІЗ ПРИЧИН РОЗВИТКУ НЕПЛІДНОСТІ

**Резюме.** Виявлена сукупність клініко-анамнестичних факторів як складових особливостей репродуктивного, акушерсько-гінекологічного та соматичного анамнезу вагітних з відновленою фертильністю шляхом ЕКЗ на фоні забруднення уrogenітального та ректального шляхів стрептококами групи В. До прогностично-інформаційних критеріїв інфертильності жінок з СГВ-позитивним статусом віднесені відхилення у репродуктивній функції: пізній початок менархе, подовжена тривалість менструації, наявність альгодисменореї, гіперполіменореї і гіпоменореї, нерегулярних менструацій; наявність екстрагенітальних вогнищ інфекції: хронічні запальні захворювання сечовидільної системи (цистит, хронічний пієлонефрит, сечокам'яна хвороба), хронічний тонзиліт, а також хронічні захворювання органів шлунково-кишкового тракту та ендокринна патологія; наявність акушерських ускладнень в анамнезі: штучні аборти, ранні та пізні самовільні викидні, заворота вагітності й обтяженість гінекологічного анамнезу: запальні захворювання органів малого тазу (хронічний аднексит, кольпіт, ерозія шийки матки, ендометрит), операції на придатках або матці, позаматкова вагітність, фіброміома матки, полікістоз яєчників, мастопатія.

**Ключові слова:** вагітні, екстракорпоральне запліднення, стрептококи групи В, репродуктивна функція, акушерсько-гінекологічний анамнез, соматичний анамнез.

### Вступ

Частота пологів після застосування ДРТ залишається незмінно низькою - 12,0-16,8% на ПЕ в програмі ЕКЗ та 16,1% у програмі ІКСІ [Антонецька, 2008], що свідчить про високий рівень репродуктивних втрат у програмах ДРТ, серед яких - раннє переривання та невиношування вагітностей [Савельєва і др., 2007]. В Україні репродуктивні втрати в циклах ДРТ складають 17,9%, при цьому 12,1% випадків припадає на раннє переривання вагітності, 5,8% - після 12 тижнів [Бойчук та ін., 2005]. Високим залишається рівень перинатальних втрат і захворюваності новонароджених [Мукашева, 1995].

Вище наведені факти свідчать про багатогранність та надзвичайну актуальність проблеми підвищення ефективності ДРТ, що є вкрай необхідним і важливим як для здоров'я довгоочікуваної дитини, так і з огляду на певний ризик, які ДРТ складають для здоров'я пацієнтки.

Одним із шляхів підвищення ефективності ДРТ та профілактики можливих ускладнень є розробка та впровадження нових діагностично-лікувальних заходів, використання високо інформативних методик на етапі обстеження пацієнток перед реалізацією програми ДРТ з метою діагностики патології, яка може мати вплив на фертильність жінок, а також викликати різноманітні акушерсько-гінекологічні, інтра- та перинатальні ускладнення [Баженова і др., 2007; Langer et al., 2006; Koumans et al., 2007].

У пацієнток, вагітність яких наступила з використанням різноманітних методів лікування безпліддя (включаючи ЕКЗ), виявляють один або декілька факторів, які

впливають на прогноз результату вагітності [Schendel et al., 2006]. Існуючі захворювання та стани, які призвели до безпліддя, необхідно враховувати в процесі підготовки до вагітності. При хронічних запальних захворюваннях і рецидивуючих інфекціях статевих шляхів у процесі підготовки до вагітності необхідні контроль та проведення протизапального лікування [Мержвинский і др., 1997]. Подібна терапія створює умови для настання вагітності та нормального її перебігу, оскільки частою причиною переривання є загострення запального процесу.

**Мета дослідження** - вивчити сукупність клініко-анамнестичних факторів репродуктивного, акушерсько-гінекологічного та соматичного анамнезу вагітних з відновленою фертильністю шляхом ЕКЗ на фоні забруднення уrogenітального та ректального шляхів стрептококами групи В.

### Матеріали та методи

Обстежено 184 пацієнтки пізнього репродуктивного віку (35-39 років) на наявність соматичної та акушерсько-гінекологічної патології в анамнезі. З них 132 жінки, що склали дослідну групу, з непліддям в анамнезі, вагітність у котрих наступила завдяки застосуванню методів екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) у Київському міському центрі репродуктивної і перинатальної медицини (КМЦРПМ) та 52 жінки, що склали контрольну групу: фертильні, вагітність у котрих наступила природним шляхом. Обстежувані знаходились у I та II триместрах вагітності.

Умовами відбору для обстеження жінок з непліддям в анамнезі була СГВ-позитивність бактеріологічних проб. Наявність СГВ встановлювали шляхом відбору 4 проб у кожної вагітної, що збільшувало вірогідність його вияву: вагінальної, комбінованої проби I (відбір матеріалу з вагіни та сечі до однієї пробірки), комбінованої проби II (відбір матеріалу з прямої кишки та вагіни до однієї пробірки) та проби сечі. Забір матеріалу для бактеріологічного дослідження проводили згідно рекомендацій CDC [Centers for Disease Control ... , 2002; Nabil A El Aila et al., 2010; Verani et al., 2010]. З метою діагностики СГВ застосовували культуральний метод, рекомендований CDC [Nabil A El Aila et al., 2010] з посівом матеріалу на поживне селективне середовище Лім бульону з кров'ю овець, налідіксовою кислотою і гентаміцином.

Умовами відбору для обстеження жінок з нормальною фертильністю була наявність другої, або третьої вагітності в анамнезі.

За даними анамнезу вагітних обох досліджуваних груп вивчено стан репродуктивної функції, соматичного та акушерсько-гінекологічного здоров'я.

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. Обговорення

Результати порівняльного аналізу стану репродуктивної функції за показниками тривалості періоду непліддя, віком першої менструації, характером та частотою менструацій у пацієнток з непліддям та фертильних осіб представлені в таблицях 1 і 2.

Встановлено, що тривалість періоду непліддя у 132 СГВ-позитивних жінок до циклу ЕКЗ становив: у 35 вагітних (26,52 %) - від 5 до 9 років, у 55 (41,67 %) вагітних - від 10 до 12 років, у 42 (31,82 %) - від 13 до 15 років. Середня тривалість непліддя становила  $11,00 \pm 0,22$  років. Отже, серед СГВ-позитивних жінок, котрим у подальшому відновили репродуктивну функцію шляхом застосування методів ЕКЗ, термін неплідності понад 9 років зустрічався найчастіше, але мала місце і тривалість неплідності у 15 років.

За даними Гюльмамедової І.Д. [1999] у жінок, котрі потрапляють до програми ЕКЗ, найчастіше (45,9 %) тривалість непліддя складає від 6 до 10 років. Цю думку розділяють ряд авторів: Рябенко О.П. [2006] вказує на переважну тривалість непліддя у жінок, що звертаються до застосування методів ЕКЗ, понад 6 років (до 36,8 %); Банніков В.І. [2008] наводить дані щодо тривалості непліддя більше 10 років у 52,7 % вагітних після ЕКЗ-ДО.

За нашими даними у СГВ-позитивних жінок, вагітних після циклів ЕКЗ і непліддям в анамнезі переважало вторинне непліддя (84 жінки, 63,64 %;  $p < 0,001$ ). Первинне непліддя виявлено у 48 жінок (36,36 %,  $p < 0,001$ ).

**Таблиця 1.** Час настання менархе у СГВ-позитивних жінок, вагітних після ЕКЗ і непліддям в анамнезі та у фертильних вагітних.

Вік (роки)	Дослідна група (n=132)		Контрольна група (n=52)	
	абс. (n)	%	абс. (n)	%
11	3	2,27	2	3,85
12	29	21,97	12	23,08
13	49	37,12*	28	53,85
14	21	15,91	7	13,46
15	21	15,91*	2	3,85
16	7	5,30	1	1,92
17	1	0,76	-	-
18	1	0,76	-	-

**Примітка.** \* -  $p < 0,05$ .

За даними літературних джерел первинне і вторинне непліддя у вагітних, котрі звертаються до ЕКЗ, зустрічається приблизно з однаковою частотою. Так, за даними Ігнатенко Є.В. [2009] як первинна, так і вторинна неплідність серед жінок з багатоплідними гестаціями після застосування ДРТ зустрічалась з однаковою частотою (по 50%). За даними Рябенко О.П. [2006] в анамнезі у жінок після ЕКЗ і редукції ембріонів переважала первинна неплідність (60,5%). За даними Говорухи І.Т. [2009] серед вагітних із безплідністю в анамнезі незначно переважала вторинна безплідність (55,5%).

За структурою неплідності у СГВ-позитивних жінок, вагітних після циклів ЕКЗ, трубно-перитонеальний фактор мав місце в 68 (51,52%) випадках, ендокринний - у 53 (40,15%), неясного генезу - в 11 (8,33%) випадках. На переважання трубно-перитонеального та ендокринного безпліддя вказують Ігнатенко Є.В. [2009] (63,3 % і 23,3 %, відповідно) та Говоруха І.Т. [2009] (40,9 % і 45,7 %, відповідно).

Значущі відмінності були виявлені щодо віку першої менструації в порівнюваних групах вагітних (табл. 1).

Встановлено (див. табл. 1), що поява перших менструацій у віці 12 і 13 років спостерігається у переважної більшості жінок обох досліджуваних груп (21,97% і 37,12% - у дослідній групі та 23,08% і 53,85% - у контрольній групі, відповідно). Достовірні відмінності завіком появи перших менструацій між групою жінок з СГВ-позитивним статусом і непліддям в анамнезі та контрольною групою виявлені в 13 і 15 років. Так, у дослідній групі частота появи першої менструації в 13 років достовірно нижча (37,12 % і 53,85 %,  $p < 0,05$ , відповідно), а в 15 років - достовірно вища (15,91 % і 3,85 %,  $p < 0,05$ , відповідно) порівняно із контрольною групою. Слід відмітити, що пізній початок менструацій (17 - 18 років) відмічений лише в групі жінок з СГВ-позитивним статусом до циклу ЕКЗ у 2 % жінок (див. табл. 1).

Дані порівняння характеру менструальної функції представлені в таблиці 2.

Встановлена достовірна відмінність досліджуваних груп за тривалістю менструації. У більшості випадків се-

**Таблиця 2.** Характер, тривалість та частота менструацій у СГВ-позитивних жінок, вагітних після ЕКЗ і непліддям в анамнезі та у фертильних вагітних.

	Тривалість (дні)			Больовий синдром		Кількість виділень			Періодичність (дні)		
Дослідна група (n=132)											
	2-3	4-7	8-10	Б	Н/б	Пом.	Ск.	Р.	21-27	28-30	Н/р
n	63	12	57	61	71	74	30	28	18	84	30
%	47,72	9,09	43,18	46,21	53,79	56,06	22,73	21,21	13,64	63,64	22,73
Контрольна група (n=52)											
n	18	33	1	6	46	46	2	4	5	44	3
%	34,62	63,46	1,92	11,54	88,46	88,46	3,85	7,69	9,62	84,61	5,77
p	>0,05	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,01	<0,05	>0,05	<0,01	<0,01

**Примітки:** Б - є біль, Н/б - нема болю; Пом. - помірні кров'янисті виділення; СК - скудні; Р - рясні; Н/р - нерегулярні.

ред жінок дослідної групи тривалість менструації становила 8-10 днів (43,18 %, проти 1,92 %;  $p<0,001$ , відповідно), в той час як у вагітних контрольної групи тривалість менструації становила 5-6 днів у переважній більшості випадків (63,5 % проти 9,09 %;  $p<0,001$ ) (див. табл. 2).

Альгодисменорея з достовірно більшою частотою зустрічалася у групі СГВ-позитивних жінок, вагітних після ЕКЗ і непліддям в анамнезі, порівняно з вагітними контрольної групи (46,21 % і 11,54 %,  $p<0,001$ ) (див. табл. 2).

Виявлена достовірна відмінність досліджуваних груп і за кількістю кров'янистих виділень, що втрачаються під час менструації. Так, частота жінок з гіпоменореєю (22,7 %) і гіперполіменореєю (21,2 %) достовірно більша у дослідній групі порівняно із вагітними контрольної групи (3,85 %,  $p<0,01$  і 7,69 %  $p<0,05$ , відповідно) (див. табл. 2).

Нерегулярні менструації з більшою частотою зустрічались у групі жінок з СГВ-позитивним статусом, вагітних після ЕКЗ із непліддям в анамнезі, порівняно із фертильними вагітними (22,7 % проти 5,77 %;  $p<0,01$ , відповідно), при цьому періодичність циклу в 28 - 30 днів зустрічалась з меншою частотою (63,64 % проти 84,61 %;  $p<0,01$ , відповідно) (див. табл. 2).

За даними Мозгової О.М. [2005] порушення менструальної функції спостерігалось у 27,5 - 30% жінок після ЕКЗ із загрозою невиношування і у 12,5% - у жінок контрольної групи, що вказує на підстави для порушення репродуктивної функції у досліджуваних жінок. Порушення менструальної функції у жінок спостерігається і при синдромі полікістозних яєчників (77,41 - 82,93%) [Стрелко, 2003]. Олігоменорея відмічена у 9,76 - 16,13% таких жінок, у 21,95 - 32,26% жінок відмічалась вторинна аменорея, менорагії виявлено у 12,9 - 17,07 % жінок. Порушення репродуктивної сфери у 63,64 % жінок виникли як наслідок невдалого завершення першої вагітності і, як вказує у своїй роботі Буткова О.І. [2004], це може свідчити про ендокринні зміни в організмі цих жінок.

Таким чином, за часом настання менархе, характером менструальної функції: тривалістю, больовим синдромом, нерегулярністю циклу, кількістю виділень гру-

па СГВ-позитивних жінок, вагітних після ЕКЗ з непліддям в анамнезі, відрізняється від вагітних контрольної групи. Виявлені нами зміни в стані репродуктивної системи СГВ-позитивних жінок до циклу ЕКЗ є саме тим підґрунтям, на котрому в подальшому можуть формуватись особливості акушерсько-гінекологічної сфери таких жінок.

При вихідній оцінці стану здоров'я вагітних дослідної групи встановлено, що значна кількість жінок мала в анамнезі акушерські (74,24 %) та гінекологічні захворювання (97,73 %), а також соматичну патологію (83,33 %). Ці дані збігаються з даними інших авторів [Стрижаків и др., 2001; Сидельникова, 2005; Долгиева, 2011], котрі вказують на часті порушення в соматичному та гінекологічному статусі пацієнтів, яким проводять цикли ЕКЗ, що проявляються перевищенням аналогічних показників у загальній популяції вагітних.

У ході дослідження проведений аналіз соматичного статусу жінок з СГВ-позитивним статусом до циклу ЕКЗ з непліддям в анамнезі порівняно з відповідними даними вагітних із незміненою репродуктивною функцією. Виявлені відмінності за досліджуваними ознаками представлені в таблиці 3.

**Таблиця 3.** Характер та частота екстрагенітальної патології у СГВ-позитивних жінок, вагітних після ЕКЗ і непліддям в анамнезі та у фертильних вагітних.

Патологія	Дослідна група (n=132)		Контрольна група (n=52)	
	абс.	%	абс.	%
Хронічні запальні захворювання сечовидільної системи	50	37,88***	1	1,92
Запальні захворювання органів дихання	13	9,85	2	3,85
Хронічний тонзиліт	31	23,48	-	-
Захворювання ССС	19	14,39	7	13,5
Хронічні захворювання органів ШКТ	22	16,67*	4	5,77
Ендокринна патологія	38	28,79	-	-

**Примітки:** \* -  $p<0,05$ ; \*\*\* -  $p<0,001$ .

**Таблиця 4.** Характер та частота акушерських ускладнень в анамнезі у СГВ-позитивних жінок до циклів ЕКЗ.

Ускладнення	Дослідна група (n=132)		Контрольна група (n=52)	
	n	%	n	%
Штучні аборти	58	43,94*	14	26,92
Завмерла вагітність	12	9,09	-	-
Ранній самовільний викидень	37	28,03	-	-
Пізній самовільний викидень	16	12,12	-	-
Передчасні пологи	15	11,36	2	3,85

Примітки: \* -  $p < 0,05$ .

Встановлено, що обтяженість соматичного анамнезу у дослідній групі становить 83,33% (110 осіб), а в контрольній групі - 44,23% (23 особи), ( $p < 0,001$ ). На 132 жінки дослідної групи було діагностовано 173 захворювання екстрагенітальної патології, тобто на одну СГВ-позитивну жінку, вагітну після ЕКЗ і непліддям в анамнезі, припало в середньому по 1,31 різних захворювань проти 0,37 в контролі. Дані щодо кількості супутніх екстрагенітальних патологій, котрі виявляються у однієї СГВ-позитивної вагітної дещо менші за такі, на котрі вказує Кобзарь Н.Н. зі співавторами [2011]: по місту Алмати у 2009-2011 р.р. кількість екстрагенітальної патології, що припадає на одну вагітну після ЕКЗ, становить 2,5. Можливо, такі розбіжності обумовлені особливостями досліджуваних вибірок.

Нами встановлена більш виражена обтяженість соматичного анамнезу СГВ-позитивних жінок, вагітних після ЕКЗ і непліддям в анамнезі із наявністю хронічних джерел інфекції, яка проявлялась превалюванням захворювань сечовидільної (у 19 разів частіше) та травної систем (у 3 рази частіше), серед захворювань ендокринної системи кожна третя страждала на захворювання щитоподібної залози, а у кожній четвертій був діагностований хронічний тонзиліт (див. табл. 3). За даними Говорухи І.Т. [2009] супутня екстрагенітальна патологія у вагітних із безплідністю в анамнезі представлена ендокринною патологією (28,9 %) і хворобами органів травлення (18,3 %).

Так, достовірні відмінності між досліджуваними групами за діагностованими нозологіями спостерігаються щодо хронічних запальних захворювань сечовидільної системи (37,88 % проти 1,92 %,  $p < 0,001$ ) і хронічних захворювань органів шлунково-кишкового тракту (16,67 % проти 5,77 %,  $p < 0,05$ ) (див. табл. 3).

Аналізуючи структуру хронічних запальних захворювань сечовидільної системи слід наголосити, що у групі СГВ-позитивних жінок, вагітних після ЕКЗ і непліддям в анамнезі, превалюють хронічний пієлонефрит та цистит, котрі реєстрували у 2 рази частіше порівняно із контрольною групою вагітних (див. табл. 3). Серед встановлених захворювань ШКТ найбільша питома вага припадала на хронічний холецистит - (27,5%) та хроніч-

ний гастрит (17,5%). Слід зазначити, що в групі СГВ-позитивних жінок, вагітних після ЕКЗ і непліддям в анамнезі, у 28,79% жінок спостерігали ендокринну патологію, а у 23,48% - хронічний тонзиліт, в той час як у контрольній групі в жодному випадку таких нозологій виявлено не було. Серед ендокринної патології в дослідній групі переважали зниження, або відсутність функції яєчників (55,1%), а також спостерігали захворювання щитоподібної залози (14,16%) (див. табл. 3).

Запальні захворювання органів дихання в дослідній групі зустрічались у 13 вагітних (9,85%), а в контролі - у 2 вагітних (3,85%) ( $p > 0,05$ ). У структурі запальних захворювань органів дихання в анамнезі у СГВ-позитивних жінок, вагітних після ЕКЗ і непліддям в анамнезі, відмічали хронічний бронхіт (69,23%) та бронхіальну астму (30,77%). У контрольній групі у 2 вагітних був діагностований тільки хронічний бронхіт (див. табл. 3).

Серед серцево-судинних захворювань у дослідній групі (19 вагітних) у порядку зменшення частоти захворювання, певні нозології розташувались наступним чином: нейроциркуляторна дистонія (10), варикозне розширення вен нижніх кінцівок (4) та пролапс мітрального клапану (3), гіпертонічна хвороба І ст. та стеноз легеневої артерії (по 1). У вагітних контрольної групи серед захворювань ССС були відмічені лише нейроциркуляторна дистонія у трьох вагітних та варикозне розширення вен нижніх кінцівок у чотирьох жінок.

Таким чином, більш виражена обтяженість соматичного анамнезу СГВ-позитивних жінок, вагітних після ЕКЗ і непліддям в анамнезі, проявлялась превалюванням хронічних захворювань сечовидільної та травної систем, а також наявністю хронічного тонзиліту та ендокринної патології в анамнезі.

У ході дослідження проведено аналіз акушерського анамнезу СГВ-позитивних жінок, які в подальшому успішно отримали медичну допомогу з приводу лікування безпліддя методами ЕКЗ, з відповідними даними вагітних із незміненою репродуктивною функцією. Виявлені відмінності за досліджуваними ознаками представлені в таблиці 4.

Встановлено, що обтяженість акушерського анамнезу у дослідній групі становить 74,24% (98 осіб), а в контрольній групі - 30,77% (16 осіб), ( $p < 0,001$ ). На 132 обстежених нами вагітних виявлено в анамнезі 138 випадків акушерської патології: на одну СГВ-позитивну жінку до циклу ЕКЗ припало в середньому по 1,05 різних захворювань проти 0,31 у контролі.

За результатами аналізу характеру попередніх акушерських ускладнень в анамнезі встановлено, що у дослідній групі зустрічались штучні аборти, завмерла вагітність, ранній самовільний викидень, пізній самовільний викидень та передчасні пологи. На відміну від неї, в анамнезі вагітних контрольної групи зустрічались лише штучні аборти та передчасні пологи.

За результатами аналізу частоти попередніх акушерських ускладнень в анамнезі встановлено, що у групі

**Таблиця 5.** Характер та частота гінекологічних ускладнень в анамнезі у СГВ-позитивних жінок до циклів ЕКЗ.

Характер ускладнень	Дослідна група (n=132)		Контрольна група (n=52)	
	n	M (%)	n	M (%)
Хронічні запальні захворювання органів малого таза:	72	54,55***	6	11,54
Хронічний аднексит	42	58,33**	2	33,33
Юльпіт	23	31,94*	1	16,67
Ендометрит	7	9,72	1	16,67
Ерозія шийки матки	32	44,4	2	33,33
Операції на придатках	27	20,45*	4	7,69
Операції на матці	63	47,73***	3	5,77
Фіброміома матки	13	9,85	-	-
Позаматкова вагітність	33	25,0	-	-
Мастопатія	5	3,79	-	-
Полікістоз яєчників	6	4,55	-	-

Примітки: \* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$ ; \*\*\* -  $p < 0,001$ .

СГВ-позитивних жінок до циклів ЕКЗ, достовірно частіше зустрічалися штучні аборти порівняно з контрольною групою (43,94% проти 26,92% при  $p < 0,05$ ). З високою частотою зустрічались ранні самовільні викидні (28,03%), з однаковою частотою фіксували пізні самовільні викидні і передчасні пологи (12,12% і 11,36%, відповідно), траплялась замерла вагітність (9,09%) при відсутності названих акушерських патологій в анамнезі у вагітних контрольної групи.

Відомо, що жінки з непліддям в анамнезі складають групу високого ризику щодо розвитку різних гінекологічних ускладнень. Дані порівняння гінекологічних ускладнень, виявлених у групі СГВ-позитивних жінок до циклів ЕКЗ, з відповідними даними контрольної групи представлені в таблиці 5.

Встановлено, що обтяженість гінекологічного анамнезу в дослідній групі становить 97,73% (129 осіб), а в контрольній групі - 25,0% (13 осіб), ( $p < 0,001$ ) (див. табл. 5). На 132 СГВ-позитивні жінки до циклів ЕКЗ було діагностовано 228 гінекологічних захворювань: на одну вагітну дослідної групи припало в середньому по 1,73 різних захворювань проти 0,25 у контролі.

На високу гінекологічну захворюваність в анамнезі у вагітних жінок з внутрішньоутробною загибеллю плода (ВЗП) в анамнезі (97,3%) вказує Буткова О.І. [2004] і Говоруха І.Т. [2009], котра зазначає, що в усіх вагітних з безпліддям в анамнезі гінекологічний анамнез був обтяжений, а за даними Мамедалієвої Н.М. зі співавторами [2012] частота гінекологічних захворювань у жінок з невиношуванням вагітності та безпліддям становила 95,2%.

У групі СГВ-позитивних жінок до циклів ЕКЗ 54,55% жінок страждали на запальні захворювання органів малого таза, в той час як у контрольній групі цей показник склав лише 11,54% (при  $p < 0,001$ ). У них спостерігали:

хронічний аднексит, кольпіт, ерозію шийки матки, ендометрит. Серед запальних захворювань органів малого таза у дослідній групі достовірно відмінності від контрольної групи встановлені за частотою хронічного аднекситу (58,33 % і 33,3%, відповідно, при  $p < 0,01$ ), кольпіту (31,94% і 16,67%, відповідно, при  $p < 0,05$ ). Окрім того, у групі СГВ-позитивних жінок до циклів ЕКЗ реєстрували операції на придатках у 20,45% проти 7,69% в контролі ( $p < 0,05$ ), а також операції на матці у 47,73% проти 5,77% в контролі ( $p < 0,001$ ). Слід зазначити наявність у дослідній групі таких нозологій: фіброміома матки (9,85%), позаматкова вагітність (25,0%), мастопатія (3,79%), полікістоз яєчників (4,55%) при відсутності їх в контрольній групі (див. табл. 5). Виявлена нами висока частота запальних захворювань органів малого таза в анамнезі у СГВ-позитивних жінок до циклів ЕКЗ може бути причиною реалізації вторинного безпліддя, а висока частота оперативних втручань може бути обумовлена більш вираженою обтяженістю гінекологічного анамнезу у цій групі жінок.

За даними Говорухи І.Т. [2009] найчастішою гінекологічною патологією у вагітних з безпліддям в анамнезі були запальні захворювання жіночих статевих органів, які спостерігалися у 70,1% вагітних (в 3 рази частіше, ніж у здорових: хронічні запальні захворювання придатків матки (61%), ерозія шийки матки (40,0%) та перенесені в минулому гінекологічні операції (52%), а за даними Буткової О.І. [2004] у вагітних з ВЗП в анамнезі були виявлені хронічні аднексити (68%), кольпіт (16,6%), ерозія шийки матки (18%), ендометрит (5,5%), полікістоз яєчників (2,6%), мастопатія (2,6%) і фіброміома матки (5,5%). Частота гінекологічних захворювань у вагітних з невиношуванням вагітності та безпліддям становить 95,2% [Мамадалиєва и др., 2012], із котрих більш часто зустрічались запальні захворювання матки та придатків (42,9%), ерозія шийки матки (21,4%), полікістоз (4,8%) і кисти яєчників (4,8%).

Слід зазначити, що із 132 СГВ-позитивних жінок до циклів ЕКЗ у 98 жінок була виявлена обтяженість одночасно в соматичному, гінекологічному та акушерському анамнезі.

Таким чином, на підставі проведених досліджень нами визначені чинники виникнення непліддя як складових особливостей репродуктивного, акушерсько-гінекологічного та соматичного анамнезу жінок, що звернулися до застосування методів ЕКЗ. Так, у групі жінок до циклу ЕКЗ з СГВ-позитивним статусом за часом настання менархе визначено більш пізній його початок (15 років), за характером менструальної функції визначено превалюючу кількість випадків альгодисменореї, олігоменореї, дисменореї та метрорагій. Обтяженість соматичного анамнезу проявлялась превалюванням ряду нозологій: хронічних запальних захворювань сечовидільної системи, хронічних захворювань органів шлунково-кишкового тракту, ендокринної патології та хронічного тонзиліту, а обтяженість акушерсько-гіне-

кологічного анамнезу - превалюванням запальних захворювань органів малого таза, операцій на матці та додатках, а також кількості штучних абортів.

Отже, сукупний вплив виявлених клініко-анамнестичних факторів: значної забрудненості статевих шляхів у вагітних з відновленою фертильністю шляхом ЕКЗ, а також наявності у СГВ-позитивних жінок до циклів ЕКЗ ускладнень в соматичному та акушерсько-гінекологічному анамнезах призводять до їх інфертильності, що вимагає корекції шляхом ЕКЗ і може відбиватися на кількості циклів ЕКЗ.

## Висновки та перспективи подальших розробок

1. Встановлена сукупність 4 інформаційних блоків прогностично значущих критеріїв інфертильності жінок з підтвердженим СГВ-позитивним статусом, що підлягає корекції шляхом ЕКЗ: а) репродуктивний, б) соматичний, в) акушерський, г) гінекологічний:

а) репродуктивний блок: час настання менархе (15 років проти 13 років: 15,91% проти 3,85%, відповідно;  $p < 0,05$ ), характер менструальної функції: більша частота досліджуваних з тривалістю менструації у 8-10 днів (43,18% проти 1,92%, відповідно;  $p < 0,05$ ) проти 4-7 у контрольній групі (9,09% проти 63,46% у контролі,  $p < 0,001$ ), частота досліджуваних з альгодисменореєю

(46,21% проти 11,54%;  $p < 0,001$ ), нерегулярні менструації (22,7% і 5,77%,  $p < 0,01$ , відповідно) та гіперполіменорея (21,21% проти 7,69% у контролі;  $p < 0,05$ ) і гіпоменорея (22,73% проти 3,85% у контролі  $p < 0,01$ );

б) соматичний блок: превалювання хронічних запальних захворювань сечовидільної системи (37,88% проти 1,92%,  $p < 0,001$ ), хронічних захворювань органів шлунково-кишкового тракту (16,67% проти 5,7 %,  $p < 0,05$ ), ендокринної патології (28,79%) та хронічного тонзиліту (23,48%);

в) акушерський блок: штучні аборти (43,94% проти 26,92% порівняно з контрольною групою при  $p < 0,05$ ), ранні самовільні викидні (28,03%), пізні самовільні викидні (12,12%), передчасні пологи (11,36%), замерла вагітність (9,09%) при відсутності названих акушерських патологій в анамнезі у вагітних контрольної групи;

г) гінекологічний блок: превалювання запальних захворювань органів малого таза (54,55% проти 11,54% у контролі, при  $p < 0,001$ ), операції на додатках (20,45 % проти 7,69% в контролі,  $p < 0,05$ ), операції на матці (47,73% проти 5,77% в контролі, при  $p < 0,001$ ).

У подальшому планується вивчити особливості перебігу вагітності та пологів саме в тих 98 жінок, у котрих був обтяженим як соматичний, так і акушерсько-гінекологічний анамнези на фоні колонізації урогенітального та ректального шляхів строптококами групи В.

## Список літератури

- Стрижак А.Н. Применение ультразвукового сканирования эндометрия в программах вспомогательной репродукции /А.Н.Стрижак //Проблемы репродукции. - 2001. - №2. - С. 27-29.
- Антоненко Н.Б. Особливості діагностики та лікування безпліддя при використанні лапароскопії та допоміжних репродуктивних технологій в жінок із мікоплазмозом: дис... канд. мед. наук : 14.01.01 /Н.Б.Антоненко. - К., 2008. - 202 с.
- Баженова О.В. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребенка /О.В.Баженова, Л.Л.Баз, О.А.Копыл //Синапс. - 2007. - №4. - С. 18-24.
- Банніков В.І. Клініко-імунологічні особливості перебігу вагітності у жінок після екстракорпорального запліднення методом донорії ооцитів /Банніков В.І. - автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.01 "Акушерство та гінекологія". - Київ, 2008. - 19 с.
- Буткова О.І. Внутрішньоутробна загибель плода (етіопатогенез, прогнозування, профілактика) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук : спец. "Акушерство та гінекологія" 14.01.01 /О.І.Буткова. - Київ, 2004. - 42 с.
- Ведення вагітності у жінок після корекції непліддя /А.В.Бойчук, Н.В.Петренко, В.І.Коптюх [та ін.] //Вісник наук. досл. - 2005. - №4. - С. 57-58.
- Говорука І.Т. Діагностична значимість визначення вмісту простагландинів у вагітних із безплідністю в анамнезі /І.Т.Говорука - 2009. - [Електронний ресурс].- Режим доступу до журн.: [http://www.nbuv.gov.ua/portal/chem\\_biol/prmed/2009\\_3/web\\_files/Govorukha.pdf](http://www.nbuv.gov.ua/portal/chem_biol/prmed/2009_3/web_files/Govorukha.pdf)
- Гольмamedова І.Д. Профілактика та лікування ускладнень вагітності та пологів після екстракорпорального запліднення: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.01 /І.Д.Гольмamedова. - Київ, 2006. - 19 с.
- Долгиева Л.У. Оптимизация родоразрешения беременных после экстракорпорального оплодотворения: дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук: спец. 14.01.01 "Акушерство и гинекология" /Л.У.Долгиева. - Москва, 2011. - 128 с.
- Ігнатенко Є.В. Тактика ведення багатоплідних гестацій /Є.В.Ігнатенко //Здоровье женщины. - 2009. - №10(46). - С. 109-113.
- Лимфогенные методы в тактике лечения острых воспалительных заболеваний в гинекологии /[Мержвинский И.А., Казачков А.Р., Павлов В.В., Козлова И.Н.] //Проблемы лимфологии и количественной патологии. - М., 1997. - С. 53-55.
- Мозгова О.М. Фактори ризику, діагностика і попередження загрози невиношування вагітності у жінок після екстракорпорального запліднення: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.01 "Акушерство та гінекологія" /О.М.-Мозгова. - Київ, 2005. - 18 с.
- Мукашева Г.К. Значение различных внутриутробных вирусных инфекций в развитии патологии плода и новорожденного ребёнка: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.00.01 "Акушерство и гинекология" /Г.К.Мукашева. - Москва, 1995.- 22с.
- Особенности течения беременности и родов после ЭКО по данным г. Алматы за период 2009-2011 гг. /Н.Н.Кобзарь, С.Т.Ербулатова, Л.Б.Дзущева [и др.] //Репродуктивная медицина. - 2011. - № 3. - С. 63-65.
- Рябенко О.П. Профілактика ускладнень вагітності та перинатальної патології у жінок після екстракорпорального запліднення і редукції ембріонів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.01 "Акушерство та гінекологія" /О.П.Рябенко. - Київ, 2006. - 16 с.
- Савельева Г.М. Альтернативные методы

- преодоления трубно-перитонеально-го бесплодия /Г.М.Савельева, К.В.Краснопольская, С.В.Штыров // Акушерство и гинекология. - 2007. - №2. - С. 10-13.
- Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности / Сидельникова В.М. - М.: ТриадаХ, 2005. - 304 с.
- Состояние эндометрия как фактор невынашивания беременности и бесплодия /Н.М.Мамедалиева, С.Ш.Исенова, А.М.Курманова [и др.] //Репродуктивная медицина. - 2012. - №3. - С. 38-41.
- Стрелко Г.В. Лікування безпліддя, що викликане синдромом полікістозних яєчників з застосуванням допоміжних репродуктивних технологій: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.01 / Стрелко Г.В. - Нац. мед. ун-т ім. О.О.Богомольця. - К., 2003. - 19 с.
- A public health approach to adverse outcomes of pregnancy associated with bacterial vaginosis /E.H.Koumans, L.E.Markowitz, S.M.Berman [et al.] //Int. J. Gynaecol. Obstet. - 2007. - Vol.67, Suppl.1. - P. 29-33.
- Centers for Disease Control and Prevention: Prevention of perinatal group B streptococcal disease //Morbidity and Mortality Weekly Rep. - 2002. - Vol.51. - P. 1-22.
- 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.
- Langer B. Cervico-vaginal fetal fibronectin: predictive value during false labor / B.Langer, E.Boudier, G.Schlaeder // Acta Obstet. Gynecol. Scand. - 2006. - Vol.76. - P. 218.
- Prenatal magnesium sulfate exposure and the risk for cerebral palsy or mental retardation among very low-birth-weight children aged 3 to 5 years / D.E.Schendel, C.J.Berg, M.Yeargin-Allsopp [et al.] //JAMA. - 2006. - Vol.276. - P. 1805.
- 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.

**Перебендюк Т.В.**

#### СТРЕПТОКОККИ ГРУППЫ В КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ БЕСПЛОДИЯ

**Резюме.** Выявлена совокупность клинико-анамнестических факторов как составляющих особенностей репродуктивной, акушерско-гинекологического и соматического анамнеза беременных с восстановленной фертильностью методами ЭКО на фоне загрязненности урогенитального и ректального путей стрептококками группы В. К прогностически-информационным критериям infertility женщин с СГВ-позитивным статусом отнесены отклонения в репродуктивной функции: позднее начало менархе, увеличенная длительность менструации, наличие альгодисменореи, гиперполименореи и гипоменореи, нерегулярных менструаций; наличие экстрагенитальных очагов инфекции: хронические воспалительные заболевания мочевыделительной системы (цистит, хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь), хронический тонзиллит, а также хронические заболевания органов желудочно-кишечного тракта и эндокринная патология; наличие акушерских осложнений в анамнезе: искусственные аборты, ранние и поздние самопроизвольные выкидыши, замершая беременность и отягощенность гинекологического анамнеза: воспалительные заболевания органов малого таза (хронический аднексит, кольпит, эрозия шейки матки, эндометрит), операции на придатках или матке, внематочная беременность, фибромиома матки, поликистоз яичников, мастопатия.

**Ключевые слова:** беременные, экстракорпоральное оплодотворение, стрептококки группы В, репродуктивная функция, акушерско-гинекологический анамнез, соматический анамнез.

**Perebendyuk T.V.**

#### STREPTOCOCCUS GROUP B AS ONE OF THE REASONS OF INFERTILITY DEVELOPMENT

**Summary.** The totality of clinic and anamnestic factors as a component of peculiarities of the reproductive, obstetric-gynecologic and somatic anamnesis of the pregnant women with the restored fertility is revealed by the methods of IVF on the background of the impurity of urogenital and rectal ways with Streptococcus group B. To the prognostic and informative criterions of the woman's infertility with SGB-positive status there are the deflections in the reproductive function: the late beginning of menarche, the increased length of menstruation, the presence of the algodismenorrhea, hyperpolymenorrhea and hypomenorrhea, the irregular menstruations, the presence of the extragenital focus of the infections: the chronic inflammatory diseases of the urinary excretion system (cystitis, chronic pyelonephritis, urolithiasis), chronic tonsillitis and also the chronic diseases of the organs of the gastrointestinal tract and endocrinous pathology; the presence of the obstetric complications in the anamnesis: artificial abortions, the early or late spontaneous miscarriage, the dyed pregnancy and the aggravation of the gynecologic anamnesis: inflammatory diseases of the organs of the small pelvis (chronic adnexitis, colpitis, erosion of neck of uterus, endometritis), the operations on the uterine adnexa or the uterus, the extrauterine pregnancy, the fibroid of uterus, the cystic disease of ovaries, the mastopathy.

**Key words:** pregnant women, extracorporal fertilization, streptococci of the group B, reproductive function, obstetric-gynecologic anamnesis, somatic anamnesis.

Стаття надійшла до редакції 14.11.2012 р.

© Бойко А.А.

УДК: 616.00

**Бойко А.А.**

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, курс наркології, психіатрії ФПО (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

## КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ОСІБ З ПАТОЛОГІЧНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД ГРИ

**Резюме.** Обстежено 110 чоловіків віком від 21 до 30 років, патологічно залежних від азартної гри (гемблінг). Виділено три типи клініко-психопатологічних синдромів (тривожно-депресивний, астено-депресивний, депресія з перевагою апатії),

"Вісник Вінницького національного медичного університету"

2013, №1, Т. 17