На правах рукописи

ЧАНТИЕВА

Тамара Мухамедовна

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКОГО ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

3.1.4. Акушерство и гинекология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва — 2024 г.

Работа выполнена в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии имени академика В.И. Краснопольского» Министерства здравоохранения Московской области.

Научный руководитель:
доктор медицинских наук,
профессор **Попов Александр Анатольевич**

Официальные оппоненты:

Беженарь Виталий Федорович – доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра акушерства, гинекологии и неонатологии, заведующий кафедрой;

Козаченко Андрей Владимирович – доктор медицинских наук, профессор РАН, ведущий научный сотрудник гинекологического отделения отдела оперативной гинекологии и общей хирургии Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика И.В. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Ведущее учреждение: Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита диссертации состоится «____»_____2024 года в ____ часов на заседании диссертационного совета 72.1.010.01 при Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Московской области «Московском областном научно-исследовательском институте акушерства и гинекологии имени академика В.И. Краснопольского» Министерства здравоохранения Московской области (101000, г. Москва, ул. Покровка, д. 22а).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте (http://moniiag.ru) Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московском областном научно-исследовательском институте акушерства и гинекологии имени академика В.И. Краснопольского» Министерства здравоохранения Московской области (101000, г. Москва, ул. Покровка, д. 22а).

Автореферат разослан «____ » _____2024 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор Щукина Наталья Алексеевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

Актуальность изучения эндометриоза обусловлена возрастающей частотой заболевания, увеличением числа наблюдений бесплодия при эндометриозе, формированием стойкого болевого синдрома при инфильтративных формах эндометриоза, существенно снижающего качество жизни женщин. Бесплодие как характерный признак эндометриоза приводит к высокому уровню нарушений репродуктивной функции (Попов А.А., 2020; Ярмолинская М.И., 2021.; Беженарь В.Ф., 2022). Многочисленными исследованиями последних лет доказано, что эндометриоз встречается в любом возрасте независимо от этнической принадлежности и социально-экономического статуса (Адамян Л.В., 2022.; Уварова Е.В., 2022; Артымук Н.В., 2021.; Nora Frumkin, 2023). Особую значимость в изучении эндометриоза придают инфильтративным формам в связи с тяжестью течения заболевания и распространением процесса на соседние органы (Беженарь В.Ф., 2023; Попов А.А., 2022; Ярмолинская М.И., 2020).

Большинство авторов считает, что частота эндометриом и инфильтративных очагов эндометриоза различной локализации во время беременности составляет 0,5 - 4,9 % (Joanne Horton., 2019.; E Bean, 2022). При глубоком инфильтративном эндометриозе (ГИЭ) возрастает частота самопроизвольного выкидыша (Yangxue Huang, 2020.; Yoshimitsu Wada, 2023; Mathilde Bourdon, 2020) и преждевременных родов (Marie Brønd, 2023; Mette R Bruun, 2018). Многие исследователи указывают, что беременность на фоне неудаленного ГИЭ нередко заканчивается рождением маловесного плода к сроку гестации (Samantha S Mooney, 2021; Francesca Frincu, 2021; Mette R Bruun, 2018; Akiko Yamaguchi, 2019).

По современным данным, частота преэклампсии у беременных с глубоким инфильтративным эндометриозом достигает 56 % (Amanuel Gebremedhin, 2024). На высокую вероятность отслойки, предлежания и врастания плаценты указывают многие авторы (Kosuke Kato, 2024; Takayuki Iriyama, 2024; Shinya Matsuzaki, 2021; Eider Gómez-Pereira, 2023). Данные научной литературы о течении родов у женщин с глубоким инфильтративным эндометриозом крайне скудны. В отдельных работах, касающихся течения родов, подчеркивается значительная частота выполнения кесарева сечения в связи с большим количеством акушерских осложнений, а также наличием колоректального анастомоза или неудаленного колоректального эндометриоидного инфильтрата (Christina Allerstorfer, 2016; Thomin A., 2018; Silvia Baggio, 2015). Самопроизвольные роды у данной категории пациенток

также характеризуются высокой частотой осложнений (Tuominen A., 2021; Tuominen A., 2023; Bulletti C., 2020). Описаны также новые данные о положительном влиянии беременности и длительного грудного вскармливания на течение эндометриоза (Porta R.P., 2021; Alberico D., 2018).

К сожалению, в мировой литературе не нашли должного отражения данные об особенностях гестационных осложнений и течения родов у этой категории пациенток. Не разработан комплексный подход к прогнозированию акушерских и перинатальных осложнений. Известно, что эндометриоз часто рецидивирует в послеродовом периоде, однако до сих пор не существуют рекомендации дальнейшего ведения данной когорты. В связи с чем настоящее исследование посвящено изучению особенностей течения беременности и родов у женщин с глубоким инфильтративным эндометриозом и разработке тактики ведения гестационного периода и родоразрешения у этой категории пациенток.

Степень разработанности темы исследования

Ведение беременности и родоразрешение женщин, страдающих ГИЭ, является серьезной проблемой в современном акушерстве. Для благополучного завершения беременности необходимо решить три основные задачи: прегравидарную подготовку, акушерскую и перинатологическую. Основной целью прегравидарной подготовки является определение преимуществ и недостатков проведения хирургического лечения ГИЭ с учетом симптомов, целесообразность своевременного применения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Акушерская задача включает профилактику осложнений беременности по разработанной ранее программе и выбор метода родоразрешения. В плане перинатальной охраны плода решаются вопросы создания условий для рождения жизнеспособного ребенка.

Несомненно, решение всех перечисленных задач осуществляется одновременно, конечной целью которых является улучшение материнских и перинатальных исходов у беременных с ГИЭ.

Цель исследования - разработать алгоритм ведения беременности и родоразрешения пациенток с ГИЭ для улучшения материнских и перинатальных исходов.

Задачи исследования:

1. Оценить частоту и сроки наступления беременности в зависимости от объема хирургического лечения ГИЭ.
2. Изучить частоту и структуру осложнений беременности, родов и перинатальных исходов у женщин с ГИЭ.

3. Выявить факторы риска, влияющие на сроки наступления и течение беременности у пациенток с ГИЭ в зависимости от объема хирургического лечения.
4. Определить оптимальный метод родоразрешения у пациенток с ГИЭ.
5. Оценить влияние беременности, родов и лактации на течение ГИЭ: частота рецидивов или прогрессирования заболевания в зависимости от объема ранее выполненной операции.
6. Изучить течение ГИЭ в отдаленном послеродовом периоде в зависимости от проведенной адъювантной терапии.

Научная новизна исследования

Впервые в отечественной практике определены особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с ГИЭ в зависимости от объема хирургического вмешательства.

Предложен оптимальный метод родоразрешения у женщин с ГИЭ при наличии колоректального анастомоза и эндометриоидного инфильтрата ректосигмоидного отдела кишечника, не подвергшегося удалению.

На основании изучения ближайших и отдаленных результатов течения ГИЭ выявлена корреляционная зависимость между длительностью лактации и частотой рецидивов эндометриоза, уменьшение размеров эндометриоидных инфильтратов и улучшением качества жизни.

Теоретическая и практическая значимость работы

Определены частота и характер осложнений беременности у женщин с ГИЭ. Данные о частоте и структуре осложнений беременности, родов и перинатальных осложнений были использованы для разработки тактики ведения гестационного периода и родоразрешения у женщин с ГИЭ. Практическому здравоохранению предложен эффективный обоснованный алгоритм выявления и коррекции гестационных осложнений у беременных с ГИЭ, применение которого позволит улучшить перинатальные исходы, уменьшить в изучаемой когорте акушерские осложнения.

Методология и методы исследования

Диссертационная работа выполнена на базе отделения оперативной гинекологии с онкогинекологией и дневным стационаром и обсервационного акушерского отделения ГБУЗ МО МОНИИАГ. Настоящая работа является проспективным нерандомизированным исследованием с ретроспективным клинико-анамнестическим анализом 121 беременной пациентки с ГИЭ и 65 беременных пациенток без ГИЭ за период с января 2014 года по июнь 2022 год.

Всем пациенткам выполнено оперативное пособие лапароскопическим и роботическим доступами. В диссертационной работе использована общенаучная методология, основанная на системном подходе с применением формально-логических, общенаучных и специфических методов: клинических, инструментальных, морфологических, и статистических.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Течение беременности при наличии ГИЭ сопровождается высокой частотой осложнений, основное место среди которых занимают угроза прерывания беременности в первом и во втором триместрах, преждевременные роды, преэклампсия и фетоплацентарная недостаточность (ФПН), которые характеризуются ранним началом и тяжелым течением.
2. Женщин, перенесших удаление эндометриоидного инфильтрата крестцово-маточных связок, ректосигмоидного отдела толстой кишки со вскрытием и без вскрытия свода влагалища, следует отнести в группу риска по развитию истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН), угрозы прерывания беременности в первом и во втором триместрах; женщин с неудаленным ГИЭ - в группу риска по развитию угрозы прерывания беременности в первом и во втором триместрах, преждевременных родов и преэклампсии.
3. Наличие колоректального анастомоза и неудалённого эндометриоидного инфильтрата не влияет на выбор метода родоразрешения. Предпочтение следует отдавать ведению родов через естественные родовые пути при отсутствии акушерских показаний со стороны матери и плода.
4. Продолжительность лактации более 9 месяцев способствует уменьшению количества рецидивов эндометриоза, улучшению качества жизни. Лактация продолжительностью не менее двух лет способствует достижению значительного регресса инфильтративных очагов эндометриоза**.** После завершения грудного вскармливания целесообразно назначение гормонотерапии в пролонгированном режиме с целью удлинения периода ремиссии и улучшения качества жизни женщин с ГИЭ.

Личный вклад автора в проведенное исследование

Личный вклад автора заключается в непосредственном участии на всех этапах диссертационного исследования. Совместно с научным руководителем д.м.н. профессором А.А. Поповым определялась основная концепция научной работы, планирование ее выполнения, разработка методологии и дизайна диссертационного исследования, формулировка цели, задач, положений, выносимых на защиту. Обзор и систематизация современных литературных

баз данных по изучаемой тематике выполнялись соискателем лично. Автором лично разработаны практические рекомендации, содержащие алгоритм планирования и ведения беременности, определены контингент и база исследования, проанализированы статистические характеристики и результаты исследований течения беременности и родов, и перинатальные исходы. Родоразрешение 44 % пациенток, включенных в исследование (проспективный анализ), оценка перинатальных исходов, динамическое наблюдение в процессе беременности и в послеродовом периоде осуществлялись также лично автором. Автором лично проведены формализация и создание баз медицинских данных для последующей статистической обработки, которая также осуществлялась при непосредственном его участии.

Степень достоверности и апробация результатов исследования

Анализ данных проводился с помощью программного обеспечения: «Microsoft Office, Excel 2016», STATISTICA 13, SPSS 23.0.0 (IBM, USA). Критический уровень статистической значимости был принят равным 0,05. Для показателей, характеризующих качественные признаки, указывали абсолютное значение и относительную величину в процентах (%), проверку статистических гипотез осуществляли с использованием критерия $\chi 2$ (Хи-квадрат) и точного критерия Фишера (в случае значений ожидаемых частот меньше 5). Для величин, имеющих нормальное распределение, сравнение в двух независимых группах проводилось с помощью Т-критерия Стьюдента. Межгрупповые различия между тремя группами оценивались с помощью однофакторного дисперсионного анализа (one-way ANOVA). При обнаружении статистически значимых межгрупповых различий осуществлялось попарное апостериорное сравнение групп с помощью Т-критерия Стьюдента с поправкой на коэффициент Бонферрони. Силу и направление связи измеряли с помощью коэффициента корреляции Спирмена (r). При распределении, отличном от нормального, данные описывались при помощи медианы и интерквартильного интервала Me (Q1; Q3), при оценке различий между группами использовался непараметрический U-критерий Манна–Уитни, для оценки динамических изменений применялся критерий Вилкоксона. Межгрупповые различия между тремя группами оценивались с помощью критерия Краскела-Уоллиса (Kruskal-Wallis H-test). Для оценки диагностической ценности параметров и нахождения разделяющих значений (порогов отсечения) параметров, обладающих диагностической ценностью, использовался ROC-анализ.

Положения, освещенные в диссертации, доложены, обсуждены и одобрены на 3-й Всероссийском научно-практическом конгрессе с международным участием «Инновации в акушерстве, гинекологии и репродуктологии (20-22 октября 2021 года, г. Санкт-Петербург); 7th Congress Of The Society Of Endometriosis And Uterine Disorders (9-11 December 2021, Copenhagen); X Юбилейный Азиатский конгресс по эндометриозу (6—8 октября, 2022 года, г.Москва). Апробация диссертации состоялась на заседании Ученого совета государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии имени В.И.Краснопольского» 20 сентября 2022 года (протокол №6).

Внедрение в практику результатов исследования

Полученные результаты исследования внедрены в клиническую практику и активно используются как в акушерских, научно-консультативных отделениях, так и в гинекологической практике ГБУЗ МО МОНИИАГ.

Публикации по теме диссертации

По материалам диссертационного исследования опубликовано 6 научных работ, из них 3 статьи - в рецензируемых научных журналах, определенных перечнем ВАК РФ, 3 - в виде тезисов докладов на российских и международных конференциях.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 163 страницах машинописного текста и состоит из введения, 4 глав, выводов, практических рекомендаций и списка используемой литературы. Диссертация включает 32 таблицы, иллюстрирована 10 рисунками и 1 графическим рисунком. Список используемой литературы состоит из 209 источников, из которых 22 источника принадлежат российским авторам и 187 - зарубежным.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Исследуемые пациентки были разделены на 3 группы. В 1-ю (основная) группу вошли 86 пациенток, которым выполнялось удаление эндометриоидного инфильтрата методом иссечения (71 пациентка), или проведена циркулярная резекция кишки с наложением аппаратного анастомоза «конец в конец» (15 пациенток). 2-я группа (сравнение) включала 35 пациенток с (ГИЭ), которым проводилось хирургическое вмешательство по поводу

эндометриоза, но без удаления эндометриоидных инфильтративных узлов различной локализации. В качестве группы контроля (3-я группа) использовались данные течения беременности и родов у 65 пациенток без эндометриоза, которым проводилось хирургическое лечение в ГБУЗ МО МОНИИГ, по поводу заболеваний, являющихся причиной бесплодия, не связанного с эндометриозом (патология маточных труб, синдром поликистозных яичников (СПКЯ)).

Отбор пациенток для исследования производился в соответствии с разработанными критериями, при этом в качестве критериев включения рассматривали: пациенток, планирующих беременность, которым было выполнено хирургическое лечение ГИЭ (шейвинг, циркулярная резекция кишки); пациенток, планирующих беременность, перенесших хирургическое вмешательство без удаления инфильтративных форм эндометриоза; пациенток, планирующих беременность, после хирургического лечения по поводу первичного или вторичного бесплодия, не страдавших эндометриозом. Критерии исключения: тяжелые соматические заболевания (декомпенсированные формы), наличие хромосомных аномалий у плода, подтвержденное путем неинвазивного пренатального скрининга, пациентки с антифосфолипидным синдромом, резус-сенсибилизация, мужской фактор бесплодия, роды в анамнезе.

Беременные находились под наблюдением с момента обращения в поликлиническое отделение института до госпитализации и родоразрешения в его структурных подразделениях. Все исследуемые пациентки прошли анкетирование, целью которого было определение ранее перенесенного объема хирургического лечения, применения адъювантной гормональной терапии (для групп 1 и 2). Проводили анализ репродуктивных исходов, учитывая следующие характеристики: факт наступления беременности (самостоятельно или в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий), репродуктивные потери. Анализировали особенности течения беременности и родов (срок и выбор метода родоразрешения, показания к оперативному родоразрешению, величина кровопотери), сравнивали частоту осложнений беременности и родов, перинатального периода (состояние новорожденных, антропометрия, оценка по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни). В отдаленном послеродовом периоде для оценки течения эндометриоза УЗИ выполнялось через 3, 6, 12 и 24 месяца. Проводилась оценка длительности грудного вскармливания (ГВ) и причин его прекращения. Проведена оценка особенностей послеродового течения ГИЭ в зависимости от длительности лактации. Проведена оценка эффективности назначения гормональной терапии после завершения ГВ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Выявлено, что по возрасту группы были репрезентативны и не имели статистически значимых различий. Большинство обследованных пациенток принадлежали к возрастной категории от 31 до 35 лет.

При оценке соматического статуса обследованных пациенток, установлено, что наиболее встречаемым экстрагенитальным заболеванием у пациенток с ГИЭ являлось заболевание кроветворной системы, представленное анемией почти у каждой третьей пациентки 1-й группы – 30 (34,9 %), и у каждой второй пациентки 2-й группы – 19 (54,3 %), в сравнении с группой контроля - у 12 (18,5%) пациенток ($p<0,05$). Другие экстрагенитальные заболевания, такие как болезни сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, эндокринной системы и болезни органов зрения, были выявлены у меньшего количества обследованных пациенток.

Анализ сопутствующих гинекологических заболеваний показал, что патология маточных труб и СПЯ встречались только в группе контроля 43 (66,1%) и 22 (33,8%) соответственно. По одной пациентке 1-й группы имели диагноз - миома матки и рак шейки матки. Другие гинекологические заболевания, такие как полипы эндометрия и цервикального канала и эктопия шейки матки были выявлены у меньшего количества обследованных пациенток и не достигали статистически значимых отличий.

Оценка репродуктивных потерь показала, что частота самопроизвольных выкидышей была сопоставима во всех трех группах и не имела статистически значимых различий.

У всех обследованных женщин в анамнезе проводилось оперативное вмешательство. Показаниями к оперативному лечению в 1-й группе были проявления клинических симптомов, прогрессирование эндометриоидных очагов, отсутствие эффекта от ранее проведенной гормональной терапии, отсутствие наступления спонтанной беременности, неудачные попытки ВРТ в анамнезе, аномальное маточное кровотечение, приводящее к анемии. Показаниями к оперативному лечению во 2-й группе послужили отсутствие наступления спонтанной беременности, неудачные попытки ВРТ в анамнезе, наличие эндометриом более 5 см, сопровождавшихся дисменореей, аномальным маточным кровотечением, приводящим к анемии. В 3-й группе хирургическое вмешательство выполнено по поводу бесплодия, обусловленного патологией маточных труб и эндокринным фактором (синдром поликистозных яичников). На наш взгляд, бессимптомная форма ГИЭ не требует хирургического лечения, а лишь динамического наблюдения, на время которого может быть назначена длительная гормональная терапия. Показанием

для перехода от выжидательной тактики к оперативному вмешательству служит появление симптомов и прогрессирование эндометриоидных очагов.

Впоследствии проводилась оценка объема оперативного вмешательства. Пациенткам 1-й группы было выполнено удаление эндометриоидного инфильтрата крестцово-маточных связок в 24 (28%) наблюдениях, удаление эндометриоидного инфильтрата ректовагинальной перегородки без вскрытия свода влагалища в 22 (25,6%) наблюдениях, со вскрытием - у 15 (17,4%) пациенток. У 15 (17,4%) пациенток при вовлечении мочеточника и мочевого пузыря в эндометриоидный инфильтрат проводилось удаление эндометриоидного инфильтрата методом иссечения, уретеролизис. Удаление эндометриоидного инфильтрата сигмовидной кишки методом иссечения выполнялось в 8 (9,3%) наблюдениях. Почти у каждой шестой - 17 (19,8%) пациентки произведена резекция кишки с наложением анастомоза. Из них циркулярная резекция ректосигмоидного отдела толстой кишки с наложением аппаратного анастомоза «конец в конец» применялась у 15 (17,4%) пациенток, резекция терминального отдела подвздошной кишки с наложением аппаратного анастомоза «конец в бок» применялась у двух (2,3%) пациенток. Пациенткам 2-й группы хирургическое вмешательство проводилось по поводу эндометриоидных кист яичников более 5 см. Интраоперационно проводилась верификация инфильтративных очагов эндометриоза КМС (два наблюдения), ректовагинальной перегородки (у 15 больных), ректосигмоидного отдела толстой кишки (у 18 больных). Однако их удаление не проводилось ввиду отсутствия у пациенток выраженной клинической симптоматики и признаков прогрессирования инфильтративных очагов. В 3-й группе для лечения бесплодия применялась двусторонняя каутеризация яичников у 10 (15,4%) пациенток, у 12 (18,5%) - двусторонняя клиновидная резекция яичников. Односторонняя сальпингэктомия произведена 22 (33,8%) пациенткам, ранее перенесшим сальпингэктомию по поводу трубной беременности, и двусторонняя сальпингэктомия гидросальпинкса с обеих сторон – 21 (32,3%) пациентке.

Также была проанализирована частота проведенного комбинированного лечения эндометриоза, т.е. хирургическое вмешательство в сочетании с гормональной терапией в 1-й и во 2-й группах, в зависимости от объема операции и репродуктивных планов. Всего таких пациенток было 94, что составило 77,7% пациенток в 1-й и во 2-й группах. У 27 (22,3%) женщин 1-й и 2-й групп, которым было назначено гормональное лечение, курс гормонотерапии не был начат или завершен (побочные эффекты, плохая переносимость, немедицинские причины).

При сравнительном анализе репродуктивных исходов было установлено, что частота наступления спонтанной беременности и в результате ВРТ в 1-й и во 2- й группах различалась незначительно, тогда как статистически значимые различия были отмечены при сравнении с группой контроля (Таблица 1).

У пяти женщин 1-й группы наступила беременность двойней, закончившаяся без перинатальных осложнений.

Таблица 1 — Частота наступления беременности

	1 группа (N=86)		2 группа (N=35)		3 группа (N=65)				
	N =86	%	N=35	%	N =65	%	p_1	p_2	p_3
Беременность спонтанная	49	57	16	45,7	19	29,2	0,3276	0,0224	0,0118
Беременность после ВРТ	37	43	19	54,3	46	70,8	0,3983	0,0117	0,0247

Примечание:p1 - сравнение группы 1 с группой 2;
p2 - сравнение группы 1 с группой 3;
p3 – сравнение группы 2 с группой 3.

Основные жалобы пациенток (дисменорея, хронические тазовые боли, диспареуния) на дооперативном этапе представлены в Таблице 2.

Таблица 2 — Жалобы до операции

Жалобы	1-я группа (N=86) Me (Q1:Q3)	2-я группа (N=35) Me (Q1:Q3)	p Критерий Манна-Уитни
Дисменорея	7 (7; 8)	4 (4; 5)	<0,001
Диспареуния	7 (6; 7)	4 (4; 4)	<0,001
Хронические тазовые боли	7 (6; 7)	3 (3; 3)	<0,001

Примечание: * - различия статистически значимы (при p<0,05) по критерию Манна Уитни по сравнению с соответствующим значением в группе 1.

Степень выраженности основных жалоб клинической симптоматики по медиане достоверно превышала целевые показатели (дисменорея, диспареуния, хронические тазовые боли) основных жалоб (7 и более баллов) у пациенток 1-й группы в сравнении с пациентками 2-й группы, у которых показатель болевых проявлений находился на низком уровне и не превышал 4 баллов (p<0,05).

Таким образом, несмотря на инвазивный рост эндометриоидных очагов, затрагивающих различные анатомические структуры органов малого таза и соседние органы, заболевание может протекать как симптомно, так и без выраженной клинической симптоматики. Но при этом хирургическое удаление инфильтративных очагов эндометриоза не оказывает отрицательного влияния на частоту наступления спонтанных беременностей.

Течение данной беременности было осложненным практически у всех беременных, страдающих ГИЭ, причем во всех случаях осложнения были многопрофильными. У пациенток 1-й и 2-й групп значительно чаще, чем в популяции, беременность протекала на фоне угрозы прерывания в различные сроки беременности, предлежания плаценты, преждевременных родов, преэклампсии, ФПН, ИЦН, ГСД, анемии, холестаза беременных.

При анализе осложнений беременности в первом триместре в группах выявлено, что угроза прерывания беременности осложняла течение беременности чаще в 1-й (37 – 43%) и во 2-й (18 – 51,4%) группах в 1,5 раза и 2 раза соответственно (ОР= 1,5 95% ДИ 1,13 - 2,87, p<0,05) и (ОР= 1,8 95% ДИ 2,46 - 5,61, p<0,05), по сравнению с беременными без эндометриоза (19 – 29,2%).

Также отмечалась высокая частота раннего токсикоза в 1,5 раза (ОР= 1,56 95% ДИ 1,07 - 2,29, p<0,05) в 1-й (47 – 54,7%) группе и в 2 раза (ОР=2,02 95% ДИ 1,37 - 2,98, p<0,05) чаще во 2-й (24 – 68,6%) группе по сравнению с беременными без эндометриоза (23 – 35,4%).

Изучив особенности течения второго триместра у беременных в группах выявлено повышение частоты угрозы самопроизвольного прерывания беременности с 16 недель до 22 недель почти в 2 раза (21 – 24,4%) в 1-й группе (ОР 1,78 ДИ 95% (1,25 - 3,45) p>0,05) и в 2,5 раза (ОР 2,5 ДИ 95% (1,25 - 3,45**)** p<0,05) во 2-й группе (12 – 34,3%), относительно 3-й группы, у которых данные показатели составили 9 (13,8%).

Анемия легкой и средней степени тяжести встречалась у женщин во всех исследуемых группах, однако в 2 раза чаще (ОР=2,21, ДИ 95% 1,31 - 3,72, p<0,05) во 2-й группе (19 - 54,3%) в сравнении с пациентками 1-й (30 - 34,9%) и 3-й групп (16 - 24,6%) соответственно.

Предлежание плаценты наблюдалось с 16 недель гестации во всех группах, однако наибольший процент встречаемости зарегистрирован в 1-й и во 2-й группах: у 12 (14 %) и у четырех (11,4 %) беременных, более чем в 2 раза чаще (ОР=2,86 ДИ 95% 0,78 - 10,28, p<0,05), ОР= 2,06 ДИ 95% 0,49 - 6,98, p>0,05) чем в 3-й группе (3 - 4,6%). При этом в 25-27 недель беременности миграция плаценты произошла у четырех (4,7 %) беременных из 1-й группы и

у двух (5,7 %) - из 2-й группы. В группе контроля миграция плаценты наблюдалась в одном наблюдении.

Истмико-цервикальная недостаточность в сроках от 16 до 21 недели была диагностирована у 16 (18,6 %) беременных 1-й группы. Это в 4 раза чаще (ОР=4,08 Д.И. 95 % 1,24 - 13,41, p<0,05), чем в 3-й группе (3 - 4,6%). Во 2-й группе такое осложнение не зарегистрировано.

Манифестный гестационный сахарный диабет, корррегирующий диетотерапией, наблюдался в 1,2 раза (ОР=1,22 ДИ 95% 0,42 - 3,57, p>0,05) и 2,6 раза (ОР=2,6 ДИ 95% 0,89 - 7,59, p>0,05) чаще в 1-й (8 – 9,3%) и во 2-й (7 – 20%) группах в сравнении с 3-й группой (5 – 7,7%).

Риск гестационной артериальной гипертензии увеличивался более, чем в 2 раза в 1-й (ОР=2,49 ДИ 95% 0,85 - 7,27, p>0,05) и во 2-й (ОР=2,32 ДИ 95% 0,67 - 8,09, p>0,05) группах – в 13 (15,1%) и 6 (17,1%) наблюдениях, в сравнении с 3-й группой (4 – 6,2 %). Несмотря на проведенную терапию, направленную на снижение АД, присоединение умеренной преэклампсии было зафиксировано у 6 и пяти беременных 1-й (ОР=4,59 ДИ 95% 0,57 - 37,18, p>0,05) и 2-й (ОР=9,29 ДИ 95% 1,13 - 76,39, p>0,05) групп, которая выражалась в повышении АД до 160/100 мм.рт.ст., рефрактерной к проводимой антигипертензивной терапии, протеинурией (<0,5 г/л) и отеками. У беременных 3-й группы течение гестации не сопровождалось такими осложнениями. Досрочное родоразрешение, связанное с преэклампсией в сроке 32 недель беременности потребовалось одной беременной из 1-й группы. У остальных пациенток преждевременное родороразрешение проводилось в сроках от 34 до 36 недель беременности.

Плацентарная недостаточность встречалась практически в 2 раза чаще (ОР=1,68 ДИ 95% 0,82 - 3,44, p>0,05) у 20 (23,3%) и у 10 (28,6%) (ОР=2,06 ДИ 95% 0,93 - 4,6, p>0,05) беременных в 1-й и во 2-й группах по сравнению с таковой в 3-й группе - 9 (13,8%). Между тем, несмотря на имеющийся высокий риск данного осложнения в группах пациенток с ГИЭ, межгрупповых статистически значимых различий выявлено не было.

На фоне этиотропной терапии, направленной на предотвращение прогрессирования ФПН, у двух (2,3 %) беременных из 1-й группы при сроке 34 и 41 неделя и у двух (5,7%) беременных из 2-й группы при сроке гестации 28 и 34 недели беременности декомпенсация ФПН привела к антенатальной гибели плодов. В остальных наблюдениях на фоне проведенной терапии беременность удалось пролонгировать с исходом рождения маловесных детей к доношенному сроку гестации. В 3-й группе не было зарегистрировано ни одного случая антенатальной гибели плода.

Преждевременные роды были инициированы преждевременным разрывом плодных оболочек. Их частота в сроке гестации от 34 до 36 недель

беременности встречалась в 3 раза (ОР=3,13 ДИ 95% 1,27 - 3,06, p>0,05) чаще у 9 (10,5 %) беременных из 1-й группы, среди которых 3 беременности двойней, и более чем в 4 раза (ОР=4,6 ДИ 95% 1,51 - 4,71, p>0,05) чаще у пяти (14,3%) пациенток из 2-й группы в сравнении с 3-й группой - 2 (3,1%). У двух (2,3 %) беременных из 1-й группы преждевременные роды произошли в 32 недели беременности и были родоразрешены путем кесарева сечения.

В третьем триместре была отмечена тенденция к увеличению числа преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты при сроке гестации 34 недели, которая встретилась во 2-й группе беременных более чем в 3 раза (ОР=3,71 ДИ 95% 0,35 – 39,54, p>0,05) чаще. Данное осложнение в 1-й группе было выявлено только в одном наблюдении, в то время как в 3-й группе данное осложнение не было зарегистрировано. Досрочное родоразрешение у всех беременных с ПОНРП проводилось в экстренном порядке.

Внутрипеченочный холестаз беременных встречался в 11 раз чаще (ОР=11,4 ДИ 95% 1,4 - 88,91, p<0,05) во 2-й группе. В 1-й группе у четырех (4,7%) была отмечена тенденция к увеличению внутрипеченочного холестаза беременных (ОР=3,06 ДИ 95% 0,35 - 26,72, p>0,05), при этом в 3-й группе данное осложнение было зарегистрировано только в одном наблюдении**.**

Показатели частоты наступления беременности в зависимости от длительности применения гормональной терапии, представленные в таблице 3, демонстрируют высокую частоту наступления беременности в течение одного года у пациенток с долгосрочной гормональной терапией в послеоперационном периоде.

Таблица 3 — Частота наступления беременности в зависимости от длительности адъювантной гормональной терапии

1-я и 2-я группа - 121 пациентка	Гормональная терапия более 6 месяцев (n=43)	Отсутствие или непродолжительное применение гормональной терапии (n=78)	Отношение шансов	Относительный риск	P
Наступления беременности в течение 12 мес.	41 (95,3 %)	26 (33,3 %)	41 (9,19 - 182,9)	2,86 (2,08 - 3,94)	<0,001

*Примечание: различия достоверны при p <0,05

При анализе полученных результатов установлено, что оптимальная продолжительность гормонального лечения в послеоперационном периоде составляет не менее 6 месяцев, что достоверно чаще способствует сокращению периода времени до наступления беременности (в течение 12 месяцев) более, чем в 2 раза (OR 2,86, ДИ 95% CI 2,08 - 3,94, p<0,05) по сравнению с

непродолжительным лечением, и также по сравнению с отсутствием гормональной терапии.

При анализе факторов, влияющих на акушерские осложнения, выявлено, что у женщин, перенесших удаление эндометриоидного инфильтрата крестцово-маточных связок, ректосигмоидного отдела толстой кишки со вскрытием и без вскрытия свода влагалища, риск ИЦН увеличивается более чем в 3 раза (ОР 3,67 95 % ДИ (1,63 - 9,02), p<0,05), (ОР 3,72 95% ДИ 1,42 - 6,4), самопроизвольного выкидыша до 12 недель более чем в 2 раза (OR 2,27 95% ДИ (1,12 - 3,23), p<0,05), самопроизвольного выкидыша во втором триместре более чем в 4 раза (ОР 4,16 95 % ДИ (2,15 - 4,45), p<0,05).

При наличии у женщин неудаленного эндометриоидного инфильтрата увеличиваются риски самопроизвольного выкидыша в первом триместре более чем в 2 раза (ОР 2,67 95 % ДИ 1,01 - 5,73, p<0,05) и во втором триместре более чем в 4 раза (ОР 4,71 95% ДИ 3,72 - 29,23, p<0,05), преждевременных родов более чем в 3 раза (ОР 3,76 95% ДИ 1,42 - 7,82, p<0,05) и преэклампсии более чем в 3 раза (ОР 3,76 95% ДИ 1,42 - 7,82, p<0,05). Среди пациенток 3–й группы каких-либо рисков, обусловливающих акушерские осложнения, не наблюдалось.

Роды через естественные родовые пути проведены у 45 (52,3%) пациенток 1-й группы, у 17 (48,5%) пациенток 2-й группы и в большинстве наблюдений у 54 (83,1%) пациенток 3-й группы (p<0,05), причем во всех наблюдениях имело место спонтанное начало родов. В трех наблюдениях самопроизвольные преждевременные роды в сроке гестации 36 недель и 5 дней произошли в 1-й группе, причиной которых явилось их спонтанное начало.

При оценке частоты оперативного родоразрешения в группах отмечено, что частота кесарева сечения выше у пациенток 1-й и 2-й групп: 41 (48,2 %) и 18 (51,4 %) соответственно, чем в 3-й группе - 16,9% (11 наблюдений).

Особым этапом нашего исследования явились анализ метода родоразрешения у пациенток с колоректальным анастомозом и у пациенток при наличии колоректального эндометриоидного инфильтрата, не подвергшегося удалению, и оценка его влияния на исход родов.

Три (17,6%) из 17 (19,8 %) пациенток с кишечным анастомозом в начале нашей работы были родоразрешены путем кесарева сечения в плановом порядке, поскольку не было достаточного опыта в ведении родов из - за опасения нарушения целостности кишечного анастомоза в период активной фазы родов. В последующем у 14 (82,4 %) беременных с колоректальным анастомозом «конец в конец» роды велись через естественные родовые пути и завершились с благополучным исходом для матери и плода.

В свою очередь, у 17 (48,5 %) пациенток 2-й группы с эндометриоидным поражением ректосигмоидного отдела толстой кишки и ректовагинальной перегородки роды произошли через естественные родовые пути, при этом ни в одном случае послеродовых осложнений не наблюдалось.

Отсюда следует, что беременных с колоректальным анастомозом и при наличии неудаленного эндометриоидного инфильтрата различной локализации рекомендовано родоразрешать через естественные родовые пути.

При анализе осложнений в родах выявлено, что оперативные влагалищные роды с применением вакуум-экстрактора (ВЭ) значимо чаще были предприняты у четырех (23,5 %) беременных 2-й группы в сравнении с 1-й группой - у двух (4,4 %) ($p<0,05$). Основными показаниями для проведения ВЭ явились упорная слабость родовой деятельности, не поддающаяся медикаментозной коррекции, с развитием на ее фоне нарушений состояния плода, а также слабости потуг.

Анализируя перинатальные исходы выявлено, что у 186 обследованных беременных, учитывая антенатальную гибель плодов и беременность двойней, родилось 187 новорожденных. Доношенные новорожденные в 1-й группе составили 74 (88,1 %), из низ 1 дихориальная диамниотиотическая двойня достигла доношенного срока (38 недель), во 2-й группе - 22 (66,7 %) и в 3-й группе - 63 (96,9%).

Высокая частота ФПН не могла не отразиться на состоянии плода и новорожденного. Диагноз «малый размер плода для гестационного возраста» установлен в целом у 20 (29,4%) новорожденных из 1-й группы, у 10 (45,5 %) новорожденных из 2-й группы и у 9 (14,3%) новорождённых из 3-й группы.

Частота и структура процентильной оценки массы новорожденных представлена в Таблице 4. Согласно представленным в ней данным массы доношенных новорожденных, выявлено, что показатели 10 П достоверно чаще встречались во 2-й группе новорожденных - у трех (13,6 %), тогда как в 1-й и в 3-й группах эти показатели составили три (4,4 %) и два (3,2%) соответственно ($p<0,05$).

Таблица 4 — Перцентильная оценка массы тела доношенных новорожденных

Перцентильный показатель	1-я группа		2-я группа		3-я группа		P_1	P_2	P_3
	N	%	N	%	N	%			
10-25 П	17	25	7	31,8	7	11,1	0,5454	0,0864	0,0887
25-75 ПП	32	43,2	5	22,7	34	53,9	0,0675	0,0642	0,0005*
75 – 90 ПП	20	27	3	13,6	18	28,6	0,2104	0,3168	0,0666
10 П	3	4,4	3	13,6	2	3,2	0,2359	0,8435	0,2042
90 П	2	2,9	4	18,2	2	3,2	0,0455*	0,8169	0,0471*
Всего	74		22		63				

Примечание: * - различия статистически значимы (при $p<0,05$) по критерию Хи-квадрат по сравнению с соответствующим значением во группе 2 (критерий Хи-квадрат, * Z-критери)

Общее количество недоношенных новорожденных составило 28 (15 %): в 1-й группе составило 15 (53,6 %), во 2-й группе - 11 (39,3 %) и в 3-й группе – двое (7,1 %) новорожденных.

В состоянии гипоксии родилось 13 (14,6 %) новорожденных из 1-й группы, 8 (24,2 %) новорожденных из 2-й группы и четыре (6,2 %) новорожденных из 3-й группы. Статистических различий при этом получено не было (p>0,05).

Симптомы церебральной ишемии были зарегистрированы только у двух недоношенных новорожденных из 1-й группы, родившихся в 32 недели гестации.

При анализе отдаленного послеродового периода и его влияния на течение эндометриоза, мы уделили внимание продолжительности лактации после родов (Таблица 5).

Таблица 5 — Продолжительность лактации после родов

Группы	0-4 мес.	5-8 мес.	9-12 мес.	12-24 мес.	> 24 мес.
1 группа (n=84)	42 (50 %)*	29 (34,5 %)*	8 (9,5 %)*	6 (7,1 %)	1 (1,2 %)
2 группа (n=33)	19 (57,6 %)*	10 (30,3 %)*	3 (9,1 %)*	3 (9,1 %)	-
3 группа (n=65)	12 (18,5%)	37 (56,9%)	14 (21,5%)	2 (3,1%)	-

Примечание: * - различия статистически значимы (при p<0,05) по критерию Х-квадрат по сравнению с соответствующим значением с 3-й группой

Продолжительность лактации по рекомендациям ВОЗ оптимально должна составлять 2 года. Наибольшее количество обследованных пациенток продолжали грудное вскармливание менее полугода, что, на наш взгляд, отрицательно сказалось на течение эндометриоза. Лактация от 9 до 12 месяцев отмечена у 8 (9,5%) женщин в 1-й группе и у 3 (9,1%) - во 2-й группе. Всего 6 (7,1%) и 3 (9,1%) продолжали грудное вскармливание в течение 24 месяцев, остальные менее 2 лет. Всего у одной (1,2%) пациентки из 1-й группы продолжительность лактации составила более 24 месяцев. Основная причина раннего прекращения грудного вскармливания оказалась гипогалактия у 41 (48,8 %) пациенток из 1-й группы, у 13 (39,4 %) пациенток из 2-й группы, достоверных межгрупповых различий по этому показателю выявлено не было (p>0,05).

При анализе частоты рецидивов эндометриоза после прекращения лактации в 1-й группе выявлено, что из 86 пациенток рецидив возник у 73 (84,9%), тогда как у 13 (15,1 %) с длительностью грудного вскармливания 9 и

более месяцев рецидив эндометриоза не был диагностирован на протяжении всего периода наблюдения. Наиболее часто рецидив эндометриоза выражался наличием эндометриом яичников - в 69 наблюдениях (94,5 %), рецидив инфильтративных очагов – в четырех (5,5 %) наблюдениях. Таким образом, риск возникновения рецидивов при лактации до 8 месяцев возрастает в 2,5 раз по сравнению с пациентками с продолжительностью грудного вскармливания 9 и более месяцев (ОР =2,5 (2,06 - 27,25), p<0,05).

Отдельно были рассмотрены изменения размеров эндометриоидных инфильтратов в зависимости от длительности лактации во 2-й группе. При анализе данных УЗ-исследования было обнаружено, что у пациенток после завершения лактации с длительностью 18 месяцев отмечалось уменьшение эндометриоидного инфильтрата до 15,2х7,9 мм (исходно 33,6х8,7 мм) в одном наблюдении, во втором наблюдении - инфильтрат не визуализировался. Кроме того, изменение эндометриоидных очагов в сторону значительного уменьшения прослеживалось у двух пациенток с наибольшей продолжительностью лактации 24 месяцев.

Анализ показателей качества жизни в зависимости от длительности ГВ позволил выявить, что у 15 (17,4%) и 6 (16,7%) пациенток 1-й и 2-й групп наступило статистически значимое улучшение симптомов диспареунии, дисменореи и хронической тазовой боли, вплоть до клинической ремиссии (до 1 балла) в 5 раз (ОР 5,0 95% ДИ 3,32 - 7,52, ОШ 25,0 95% ДИ (12,68 - 49,3), по сравнению с 71 (82,6 %) пациенткой 1-й группы и 29 (80%) пациентками 2-й группы с длительностью грудного вскармливания менее 8 месяцев (p<0,05).

Одним из основных вопросов, возникающих при лечении эндометриоза после родоразрешения и лактации, является вопрос о необходимости гормональной терапии. Мы провели анализ назначенной пациенткам гормональной терапии и оценили ее результативность по данным о частоте рецидивов и качестве жизни женщин 1-й группы. У 49 (67,1 %) пациенток во время гормональной терапии продолжительностью более 12 месяцев наблюдалась стойкая ремиссия как в отношении прогрессирования эндометриоза, так и клинических симптомов. Между тем, у 24 (32,9 %) пациенток получавших гормональное терапию до 12 месяцев (отказ от пролонгированной терапии в связи с плохой переносимостью препарата, немедицинские причины), возобновились симптомы эндометриоза спустя 6 месяцев после прекращения приема препарата.

Таким образом, следует заключить, что пролонгированное (более 12 месяцев) применение гормональной терапии после завершения ГВ является фактором, достоверно повышающим длительность ремиссии в 2,5 раза (ОР= 2,5

(ДИ 94 % 1,64-3,90), p<0,05) по сравнению с непродолжительным его применением у пациенток после хирургического лечения ГИЭ.

ВЫВОДЫ

1. Частота наступления спонтанной беременности у пациенток с ГИЭ после удаления инфильтративных очагов и без хирургического лечения составляет 57,6% и 45,7% соответственно и не имеет статистически значимой разницы.
2. Гормональное лечение ГИЭ в послеоперационном периоде длительностью не менее 6 месяцев оказывает положительный эффект и достоверно влияет на наступление беременности в течение года.
3. Беременность на фоне неудаленного ГИЭ часто осложняется угрозой самопроизвольного выкидыша (51,4%), преэклампсией (14,3%), преждевременными родами (14,3%), ФПН (34,3%); после хирургического лечения ГИЭ – истмико - цервикальной недостаточностью (18,6%). Отмечается высокая частота оперативного родоразрешения с ГИЭ (47,7% у оперированных пациенток и 51,4% - у неоперированных). В группе беременных с неудаленным ГИЭ наблюдаются наименее благоприятные перинатальные исходы (рождение маловесных детей ниже 10-перцентиля (13,6%), детей в состоянии гипоксии (24,2%).
4. Ведение родов через естественные родовые пути у женщин с колоректальным анастомозом и при наличии неудаленного эндометроидного инфильтрата является допустимым и не представляет угрозы нарушения целостности кишечного анастомоза с развитием осложнений во время потуг.
5. Гипогалактия у женщин с ГИЭ встречается часто (48,8% и 39,4% в группах оперированных и неоперированных пациенток соответственно), длительность периода ГВ у пациенток с ГИЭ короче, чем в общей популяции, при этом ГВ оказывает благоприятное влияние не только в аспекте улучшения качества жизни, связанного с дисменореей, диспареунией, тазовой болью, но и способствует снижению риска рецидива эндометриоза (при лактации более 9 месяцев риск снижается в 2,5 раза); значительное уменьшение эндометриоидных инфильтративных очагов достигается при продолжительности ГВ не менее двух лет. После завершения ГВ применение пролонгированного гормонального лечения не менее одного года достоверно способствует удлинению периода ремиссии заболевания в 2,5 раза.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. После хирургического лечения ГИЭ вне зависимости от объема хирургического лечения с целью супрессии эндометриоидных гетеротопий целесообразно назначение гормонального лечения длительностью не менее 6 месяцев.
2. Для своевременного обследования, профилактики, адекватной коррекции акушерских и перинатальных осложнений беременные с ГИЭ должны наблюдаться в женской консультации с максимально ранних сроков (с момента констатации беременности).
3. Ведение беременности и родов у пациенток с ГИЭ является сложной задачей для акушера - гинеколога. Беременные после хирургического лечения ГИЭ должны иметь на руках выписку с подробным описанием объема хирургического лечения и наблюдаться в лечебных учреждениях 3 группы (предпочтительно в учреждениях, где выполнялись вмешательства по поводу ГИЭ) и наличием реанимационного отделения для новорожденных, требующих второго этапа выхаживания в связи с высоким риском преждевременных родов.
4. В связи с высоким риском развития преэклампсии у беременных с ГИЭ они должны быть обследованы на наличие прогностических биомаркеров преэклампсии: PIGF (плацентарный фактор роста человека), sFlt-1 (растворимая fms-подобная тирозинкиназа-1), соотношение sFlt-1/PIGF с проведением суточного мониторирования АД во втором триместре беременности.
5. Ввиду высокого риска развития ФПН у беременных с ГИЭ целесообразно ежемесячно, начиная с 12 недель беременности, исследовать гормоны ФПК, а также проводить допплерометрическое исследование кровотока в спиральных и плацентарных сосудах, артериях пуповины, аорте и среднемозговой артерии плода. Профилактика и лечение ФПН должны начинаться рано, проводиться перманентно с использованием курсов неспецифической терапии во втором и третьем триместрах беременности.
6. У беременных после хирургического лечения ГИЭ, относящихся к группе высокого риска формирования ИЦН, целесообразно регулярное (через 1-2 недели) проведение УЗ-цервикометрии начиная со второго триместра беременности.

7. Ввиду высокого риска угрозы самопроизвольного выкидыша и преждевременных родов у беременных с ГИЭ, на протяжении гестации

целесообразна плановая 4-х кратная госпитализация в стационар: в сроке до 12 недель, 16-22 недель, 28-34 недель и за 2 недели до родов.

8. У беременных с колоректальным анастамозом, а также при наличии эндометриоидных инфильтратов различной локализации при отсутствии абсолютных акушерских показаний возможно и рекомендовано ведение родов через естественные родовые пути с профилактикой кровотечения в последовом и послеродовом периодах (активное ведение 2-го и 3-го периодов родов).

9. Женщинам с ГИЭ необходимо рекомендовать как можно более длительное грудное вскармливание с целью продления периода лактационной аменореи и профилактики пролиферации очагов эндометриоза. После завершения лактации с целью пролонгирования периода ремиссии и профилактики прогрессирования эндометриоза целесообразно проведение гормональной терапии в течение продолжительного периода времени, что улучшает качество жизни пациенток.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Чантиева Т.М. Акушерские, неонатальные осложнения и исход родов в зависимости от фенотипа эндометриоза и объема хирургического лечения / Попов А.А., Овсянникова М.Р. // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2023. — Т. 23. — № 3. — С. 29-40 **(Перечень ВАК РФ, SCOPUS).**

2. Овсянникова М.Р. Фатальные осложнения в период беременности и родов у женщин с глубоким инфильтративным эндометриозом: что нового в общеклинической практике / Попов А.А., Чантиева Т.М., Шидловская Н.В. // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2023. — Т.23. — №4. — С. 9-19. **(Перечень ВАК РФ, SCOPUS).**

3. Бекова М.А. Клиническое наблюдение неполного разрыва матки после комбинированного лечения инфильтративного эндометриоза и миомы матки с использованием самофиксирующегося шовного материала V-Loc при миорафии / Попов А.А., Чантиева Т.М., Завьялова И.В., Идашкин А.Д. Федоров А.А., Сопова Ю.И., Коваль А.А. // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2023. — Т.23. — №3. — С.105-110. **(Перечень ВАК РФ, SCOPUS).**