

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**КАЛАНЖОВА  
ОЛЬГА МИХАЙЛІВНА**

УДК: 618.3 – 06:618.145 – 007.415 – 085] – 003.96

**ГЕСТАЦІЙНА АДАПТАЦІЯ ОРГАНІЗМУ МАТЕРІ ТА  
ФУНКЦІОНУВАННЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ У  
ЖІНОК, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ПРЕГРАВІДАРНЕ ЛІКУВАННЯ  
ЗОВНІШНЬОГО ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРИОЗУ**

14.01.01 – акушерство та гінекологія

**АВТОРЕФЕРАТ**  
дисертації на здобуття наукового ступеня  
кандидата медичних наук

**Одеса 2011**

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Одеському національному медичному університеті  
МОЗ України

**Науковий керівник:**

академік АМН України,  
доктор медичних наук, професор  
**Запорожан Валерій Миколайович,**  
Одеський національний  
медичний університет МОЗ України,  
завідувач кафедри  
акушерства та гінекології №1

**Офіційні опоненти:**

доктор медичних наук, професор  
**Гайструк Анатолій Никифорович,**  
Вінницький національний  
медичний університет  
ім. М.І. Пирогова МОЗ України,  
професор кафедри  
акушерства та гінекології №2

доктор медичних наук, професор  
**Сенчук Анатолій Якович,**  
Київський медичний університет  
народної медицини,  
завідувач кафедри акушерства та гінекології

Захист відбудеться «9» лютого 2011 року о 13.00 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 41.600.02 при Одеському національному медичному університеті МОЗ України (65082, м.Одеса, пров. Валіховський, 2).

З дисертацією можна ознайомитися в бібліотеці Одеського національного медичного університету МОЗ України (65082, м.Одеса, пров. Валіховський, 3).

Автореферат розісланий «06» січня 2011 року.

Вчений секретар  
спеціалізованої вченої ради  
к.мед.н., доцент

Т.В. Стоєва

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність теми.** Зовнішній генітальний ендометріоз (ЗГЕ) займає одне з провідних місць у структурі гінекологічної захворюваності, зустрічається серед 50% жінок фертильного віку та характеризується тенденцією до щорічного поширення у популяції на 6-10 % (Запорожан В.М., 1997; Айламазян Э.К., 2002; Адамян Л.В., 2006). Серед різноманітних неспецифічних клінічних проявів захворювання найчастішим є безпліддя (65,6%), що свідчить про важливе соціально – медичне значення проблеми. Значні успіхи у лікуванні безпліддя, обумовленого ЗГЕ, досягнуті останніми роками за допомогою малоінвазивних лапароскопічних оперативних втручань (Запорожан В.М., Гладчук І.З., Волянська А.Г., 1997). Щорічне збільшення частоти вагітностей внаслідок ефективного прегравідарного лікування ЗГЕ, відношення фахівців до захворювання як до ендометріюїдної хвороби із притаманними їй ендокринними, психоемоційними, імунними порушеннями на тлі поєднаної екстрагенітальної патології та персистенції вірусно-бактеріальної інфекції диктують необхідність розглядати таких пацієнток з позицій високого перинатального ризику (Баскаков В.П., 2002; Камінський В.В., 2005; Бойчук А.В., 2006). Попередні відомості щодо перебігу вагітності у жінок із ЗГЕ свідчать про необхідність подальшого вивчення в них особливостей гестаційної адаптації/дизадаптації, формування фетоплацентарного комплексу (ФПК), встановлення та усунення чинників розвитку гестаційних порушень, зменшення частоти акушерських та перинатальних ускладнень (Галич С.Р., Шпак І.В., Четверикова І.О., 2003). Існує обґрунтована думка щодо доцільності застосування у них прегравідарної гормональної підготовки (Татарчук Т.Ф. та співавт., 2008). Потребує подальшого вивчення питання щодо визначення адекватної тактики ведення вагітності у пацієнток, які перенесли різні види прегравідарного лікування ЗГЕ.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційна робота є фрагментом планової науково-дослідної роботи кафедри

акушерства та гінекології №1 Одеського національного медичного університету «Сучасний стан діагностики і лікування захворювань репродуктивної системи і удосконалення діагностично – лікувальних заходів з використанням сучасних технологій» (№ державної реєстрації – 0107U011178)

**Мета і завдання дослідження.** Мета дослідження - зменшити частоту ускладнень вагітності та покращити перинатальні наслідки шляхом розробки, обґрунтування, впровадження методів раціонального ведення вагітності на підставі вивчення особливостей психоемоційної та ендокринної гестаційної адаптації жінок, які перенесли прегравідарне лікування ЗГЕ.

Для досягнення вказаної мети було визначено і вирішено ряд завдань:

1. Провести ретроспективний аналіз особливостей клінічного перебігу вагітності та пологів у жінок, які перенесли прегравідарне лікування ЗГЕ.
2. Оцінити динаміку зміни показників тривожності (особистісної - ОТ та реактивної - РТ) упродовж вагітності у жінок, які перенесли прегравідарне лікування ЗГЕ.
3. Дослідити особливості формування та функціонування ФПК у жінок, які перенесли прегравідарне лікування ЗГЕ.
4. Визначити провідні чинники виникнення гестаційних ускладнень у жінок, які перенесли прегравідарне лікування ЗГЕ.
5. Розробити оптимальний алгоритм ведення вагітності у жінок, які перенесли прегравідарне лікування ЗГЕ, впровадити у клінічну практику та оцінити його ефективність.

**Об'єкт дослідження:** перебіг вагітності у жінок, які перенесли прегравідарне лікування ЗГЕ.

**Предмет дослідження:** ОТ та РТ, показники стану ФПК, їх зміни в динаміці вагітності у жінок, які перенесли прегравідарне лікування ЗГЕ.

**Методи дослідження:** загальні клінічні, клініко-психологічні, імуноферментні, інструментальні, морфо метричні, статистичні.

**Наукова новизна отриманих результатів:** У жінок, які перенесли різні види прегравідарного лікування ЗГЕ визначена структура ускладнень вагітності

та пологів, вивчена динаміка показнику ОТ та РТ впродовж вагітності, встановлені особливості формування та функціонування ФПК, визначені провідні чинники розвитку гестаційних ускладнень. Наукова новизна підтверджена 2 патентами України.

**Практичне значення отриманих результатів:** Доведена доцільність диференційованого застосування пероральної та інтравагінальної форм прогестерону, з метою гормональної підтримки вагітності та профілактики первинної плацентарної дисфункції (ПД) у жінок, які перенесли прегравідарне лікування ЗГЕ. Доведена доцільність та показана ефективність використання анксиолітику у зменшенні РТ. Запропоновані диференційовані, патогенетично обґрунтовані методики попередження та корекції гестаційних ускладнень дозволили запобігти поліпрагмазії, зменшити частоту гестаційних ускладнень, покращити перинатальні наслідки у жінок із ЗГЕ в анамнезі.

**Особистий внесок здобувача.** Дисертантом самостійно проведений патентно-інформаційний пошук, планування та набір клінічного матеріалу. Особисто здійснено більшість клінічних та біофізичних досліджень. Автору належить розробка алгоритму ведення вагітності у жінок із ЗГЕ в анамнезі. Самостійно здійснений аналіз і статистична обробка отриманих даних. Розроблені та сформульовані основні положення і висновки дисертації.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення дисертації викладені на науково-практичній конференції «Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології» (Тернопіль, 2010р.); на міжнародній конференції «Актуальні питання акушерства, гінекології та перинатології» (Судак, 2010р.). Теоретичні положення і практичні рекомендації дисертаційної роботи використовуються у навчальному процесі Одеського національного медичного університету на кафедрі акушерства та гінекології №1: у лекціях для лікарів акушерів-гінекологів, лікарів-інтернів, студентів. Результати досліджень впроваджені у клінічну роботу родопомічних закладів міста Одеси та Одеської області: у пологових будинках №1 та №2 м.Одеси; гінекологічному відділенні комунальної установи №9 м.Одеси; жіночих консультаціях № 3, 4, 5, 14

м.Одеси; пологовому будинку та жіночій консультації м.Ізмаїл; пологовому будинку та жіночій консультації м.Іллічівськ.

**Публікації.** За матеріалами дисертаційної роботи надруковано 11 наукових праць у виданнях, акредитованих ВАК України, отримано 2 патенти України.

**Обсяг і структура дисертації.** Текст дисертації викладений на 157 сторінках друкованого тексту, ілюстрований 18 таблицями і 10 рисунками. Дисертація складається із вступу, огляду літератури, характеристики матеріалів і методів досліджень, трьох розділів власних досліджень, аналізу і узагальнення результатів, висновків та списку використаних джерел у кількості 236, із яких 154 роботи вітчизняних та 82 – закордонних авторів.

## **ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ**

**Матеріали та методи дослідження.** Проведено ретроспективне дослідження перебігу вагітності та пологів у 142 жінок, з яких 92 перенесли прегравідарне лікування ЗГЕ (основна ретроспективна група - ОРГ), а 50 були практично здоровими (контрольна ретроспективна група - КРГ). На другому етапі роботи здійснено проспективне контрольоване когортне дослідження 165 вагітних жінок, з яких 130 перенесли прегравідарне лікування ЗГЕ (основна група - ОГ). У межах ОГ пацієнток було розподілено на підгрупи за показниками ступеню тяжкості ЗГЕ (класифікація AFS, 1997). До 1-ОГ групи увійшли 67 жінок із легкими формами ЗГЕ (I та II ступеню). До 2-ОГ групи – 63 вагітні із важкими формами ЗГЕ (III та IV ступінь). Із 130 вагітних жінок ОГ, 55 пацієнткам була проведена гормонотерапія прогестероном. З них 27 пацієнток, в яких клінічні ознаки загрози переривання вагітності супроводжувались зниженим вмістом прогестерону отримували прогестерон перорально з 6-7 до 12 тижнів гестації у добовій дозі 200-400 мг (3-ОГ). Інші 28 вагітних, загроза переривання вагітності в яких не супроводжувалась недостатністю прогестерону, отримували прогестерон інтравагінально (4-ОГ) з 6-7 до 12 тижня гестації у добовій дозі 100-200 мг. У II триместрі вагітності пацієнтки цієї групи отримували анксиолітик у добовій дозі 40 мг впродовж 10-14 діб,

грунтуючись на наявності в них підвищених показників РТ. До групи порівняння (ГП) увійшли 25 пацієток із ЗГЕ в анамнезі, які не отримували спеціального лікування. Контрольну групу (КГ) склали 35 практично здорових вагітних жінок, які не хворіли на ЗГЕ.

Показники тривожності оцінювали за допомогою клініко-психологічного тестування за Ч.Д. Спілбергером - Ю.Л. Ханіним, 2004р. Ендокринний статус пацієток визначали методом імуноферментного аналізу вмісту гормонів у сироватці крові (хоріонічний гонадотропін (ХГ), прогестерон (Пг), плацентарний лактоген (ПЛ), естріол (Е3), кортизол (Кр)) (А.Г. Таранов, 2002р.). Функціональний стан ФПК оцінювали за даними УЗ-доплерометрії (А.Н. Стрижаков, 1989р.), УЗ-плацентометрії (Р. Grannum, 1979р.), УЗ-фетометрії, антенатальної кардіотокографії (КТГ) (W.M. Fisher, 1976р. та автоматизованої системи «Sonicaid» компанії Oxford medical (Великобританія)), біофізичного профілю плода (БПП) (А.М. Vintzileos, 1987р.). Кількісні та якісні показники, що були отримані під час дослідження, обробляли на персональному комп'ютері Pentium4, за допомогою пакету стандартних статистичних програм "Statistica 7.0".

**Результати дослідження та їх обговорення.** Середній вік пацієток ретроспективного та проспективного етапів дисертаційної роботи становив  $29,06 \pm 2,4$  років та  $28,53 \pm 1,51$  років ( $p > 0,05$ ). Встановлено, що вагітні із ЗГЕ в анамнезі здебільшого мали обтяжений соматичний анамнез. Так, за даними ретроспективного дослідження, частота екстрагенітальної патології у жінок ОРГ становила 85,9 % при 22,0 % у КРГ ( $p < 0,05$ ). За даними проспективного дослідження - 88,4 % в 1-ОГ та 86,3 % в 2-ОГ при 19,2 % у КГ ( $p < 0,05$ ). У жінок із ЗГЕ в анамнезі провідними соматичними захворюваннями були визначені нейроциркуляторна дистонія (73,9 % - ОРГ; 67,2 % - 1-ОГ; 79,3 % - 2-ОГ), патологія серцево-судинної системи (60,9 % - ОРГ; 57,6 % - 1-ОГ; 49,8 % - 2-ОГ), запальні захворювання сечовивідної системи (36,9 % - ОРГ; 35,8 % - 1-ОГ; 58,7 % - 2-ОГ), шлунково-кишкового тракту (31,3 % - ОРГ; 25,8 % - 1-ОГ; 33,4 % - 2-ОГ). Гінекологічний анамнез пацієток обтяжувався достовірно частіше в

основних групах (ОРГ - 92,6 %; 1-ОГ - 61,3 %; 2-ОГ - 82,4%) ніж у контрольних (КРГ -46,4 %,  $p<0,05$  та КГ -25,7 %,  $p<0,05$ ).

За даними обох етапів дослідження, настанню вагітності у жінок із ЗГЕ в анамнезі передувало безпліддя, тривалістю від 1,5 до 15 років. У пацієток 1-ОГ вагітність настала після виключно прегравідарних лапароскопічних операцій (ексцизії ендометріюїдних гетеротопій; енуклеації ендометріом; оваріотомії із коагуляцією стінок ендометріом; резекції яєчника та адгезіолізісу). Жінки 2-ОГ отримували поєднане лікування – оперативне з гормонотерапію в безперервному режимі, протягом 3-6 місяців одним з препаратів (оргаметрил, депо – провера, золадекс, бусерелін) до операції (49,2 %) чи у післяопераційному періоді (50,8 %). У більшості з них (64,6 %) вагітність настала впродовж 6 місяців після прегравідарного лікування ЗГЕ, у інших – впродовж 12-18 місяців.

За даними ретроспективного аналізу було встановлено, що частота ускладнень вагітності в ОРГ (94,6 %) у 2,5 рази перевищувала таку у КРГ (38,0 %), ( $p<0,05$ ). Найпоширенішим ускладненням у пацієток ОРГ були: загроза переривання вагітності (92,4 %), прееклампсія (67,39 %), ПД (54,35 %), синдром затримки росту плода (СЗРП) (41,3 %) та маловоддя (16,3 %), ( $p<0,05$ ). ПД при ЗГЕ формувалась в умовах плацентації по передній стінці матки (42,4 %); в ділянці дна (4,3 %) та у нижніх відділах (11,9 %). Серед ускладнень пологів пацієток із ЗГЕ вагомою була питома вага передчасних пологів (7,6 % при 4,0 % у КРГ,  $p<0,05$ ). Передчасний розрив плодових оболонок ускладнив пологи у 34,78 % пацієток в ОРГ при 10,0 % у КГ, ( $p<0,05$ ); аномалії пологової діяльності – у 45,65 % при 24,0 % у КРГ, ( $p<0,05$ ); дистрес плода – у 7,6 % при 4,0 % у КРГ, ( $p<0,05$ ). Частота кесарева розтину в ОРГ (39,13 %) перевищувала таку у КРГ (14,0 %), ( $p<0,05$ ).

При вивченні показників тривожності у вагітних із ЗГЕ в анамнезі було встановлено, що пацієткам 1-ОГ були притаманні аналогічні жінкам КГ стабільні середні значення показнику ОТ (від 31 до 45 балів), що не мали достовірних відмінностей у різні терміни вагітності ( $p>0,05$ ) (рис. 1).



Пацієнткам 2-ОГ притаманні переважно високі показники ОТ як до настання, так і впродовж усієї вагітності (від 45 до 60 балів), що достовірно відрізнялися від показників двох попередніх груп ( $p < 0,001$ ). Зазначене за часом співпадало із терміном максимальної кількості клінічних проявів гестаційних ускладнень.

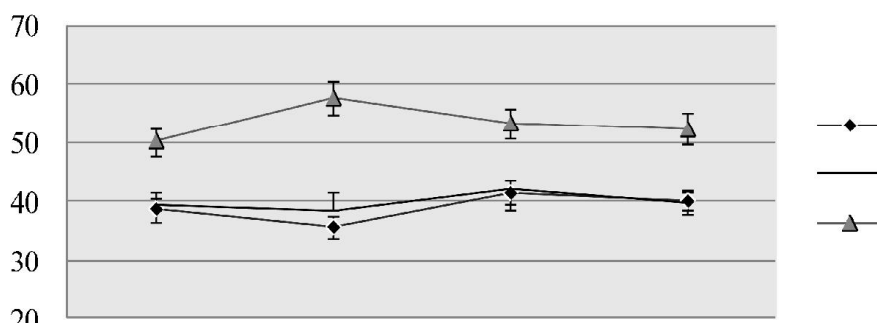


Рис.1 Динаміка показнику ОТ упродовж вагітності у жінок із ЗГЕ

У пацієток 1-ОГ прегравідарні показники РТ перебували у діапазоні середніх значень, але посідали верхню межу норми та достовірно відрізнялися від показників інших груп ( $p < 0,05$ ) (рис. 2). Тоді як для жінок 2-ОГ вже до настання вагітності характерними були виключно високі значення РТ ( $p < 0,001$ ). Фізіологічна вагітність характеризувалась стрімким підвищенням РТ до високих показників у I триместрі з її подальшою стабілізацією у II та III триместрах до вихідних значень.

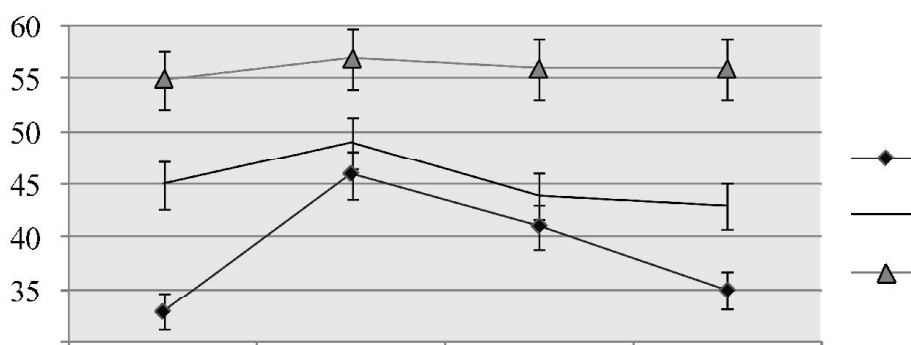


Рис. 2 Динаміка показнику РТ у вагітних із ЗГЕ

У жінок 1-ОГ прегравідарні «середні тривожні» значення РТ в I триместрі також зростали до «високо тривожних» показників і, дещо знижуючись у II триместрі, досягали вихідних значень перед пологами ( $p < 0,05$ ). На відміну від попередніх груп, у пацієток 2-ОГ вихідні максимально високі значення РТ зберігалися упродовж всієї вагітності ( $p < 0,001$ ).

Достовірно низькі показники вмісту ХГ у 1-ОГ ( $49,26 \pm 0,52$ ) мМЕ/л; у 2-ОГ ( $47,59 \pm 0,37$ ) мМЕ/л та Пг у 1-ОГ ( $81,26 \pm 3,41$ ) нмоль/л; у 2-ОГ ( $76,22 \pm 3,73$ ) нмоль/л у I триместрі вагітності відповідали ступеню тяжкості ЗГЕ та відрізнялись від відповідних показників ХГ ( $99,39 \pm 0,73$ ) мМЕ/л; Пг ( $119,09 \pm 3,53$ ) нмоль/л у КГ ( $p < 0,05$ ), що свідчило про первинну дисфункцію трофобласту у пацієток ОГ. Встановлений ендокринний дисбаланс клінічно проявлявся симптомами загрози переривання вагітності, які відмічались у (53,7 %) жінок 1-ОГ та у (80,9 %) пацієток 2-ОГ, що потребувало гормональної корекції. У КГ загроза переривання вагітності (11,4 %) не супроводжувалась зниженням гормонів та не потребувала екзогенного введення прогестерону. У II триместрі вагітності показники вмісту в сироватці крові ПЛ у 1-ОГ ( $88,28 \pm 0,63$ ) нмоль/л; у 2-ОГ ( $81,39 \pm 0,34$ ) нмоль/л та Е3 у 1-ОГ ( $23,74 \pm 0,53$ ) нмоль/л; у 2-ОГ ( $19,36 \pm 0,14$ ) нмоль/л були достовірно нижчими від зазначених ПЛ ( $99,29 \pm 0,37$ ) нмоль/л; Е3 ( $36,58 \pm 0,64$ ) нмоль/л у КГ ( $p < 0,05$ ), що також відповідало ступеню тяжкості ЗГЕ ( $p < 0,05$ ). Характерний для прогресування вагітності приріст ХГ і Пг впродовж II триместру у пацієток ОГ був достовірно меншим ніж у пацієток КГ ( $p < 0,05$ ). Очевидно, що нестача природних токолітиків у жінок ОГ сприяла посиленню гормональної дисфункції ФПК, яка в II триместрі вагітності клінічно маніфестувала симптомами загрози переривання вагітності (1-ОГ - 35,8 %, 2-ОГ - 52,4 %), лікування якої виявилось неефективним у (3,2 %) пацієток 2-ОГ (передчасні пологи в терміні 25-26 тижнів). У III триместрі

вагітності спостерігалась достовірна різниця вмісту Е3 між 1-ОГ (89,34±0,81) нмоль/л і 2-ОГ (76,37±0,68) нмоль/л та його зниження в ОГ у порівнянні із відповідним показником вмісту Е3 (109,36±0,52) нмоль/л у КГ на (p<0,05). Встановлено достовірне зниження вмісту Кр у вагітних ОГ у порівнянні із показниками вмісту Кр (721±5,7) нмоль/л у КГ (p<0,05) та різниця між його показниками вмісту в 1-ОГ (560±4,3) нмоль/л і 2-ОГ(497±8,3) нмоль/л, (p<0,05)

гормони	термін гестації (тижнів)	КГ (n=35)	1-ОГ (n=67)	2-ОГ (n=63)
хоріонічний гонадотропін (мМЕ/л)	9-11	99,39±0,73	49,26±0,52*	47,59±0,37* **
	19-21	109,26±0,46	76,73±0,13*	57,25±0,28* **
плацентарний лактоген (нмоль/л)	9-11	29,18±0,03	25,93±0,47	26,89±0,33
	19-21	99,29±0,37	88,28±0,63*	81,39±0,34* **
	34-36	285,71±0,2	274,57±0,69	265,48±0,83
прогестерон (нмоль/л)	9-11	119,09±3,53	81,26±3,41*	76,22±3,73* **
	19-21	194,53±3,42	148,46±3,25*	115,27±3,24* **
	34-36	660±9,4	598±9,6	619±9,7
естріол (нмоль/л)	9-11	15,22±0,43	13,95±0,63	13,02±0,32
	19-21	36,58±0,64	23,74±0,53*	19,36±0,14* **
	34-36	109,36±0,52	89,34±0,81*	76,37±0,68* **
кортизол (нмоль/л)	19-21	510±6,3	493±7,5	499±9,2
	34-36	721±5,7	560±4,3*	497±8,3* **

(табл.1).

Таблиця 1

Вміст гормонів ФПК у динаміці вагітності в групах спостереження

*Примітка.* Різниця достовірна \*p<0,05 порівняно з КГ, \*\* p<0,05 у порівнянні між 1-ОГ і 2-ОГ

Клінічні прояви ПД, як наслідок ендокринних порушень ФПК, у III триместрі вагітності проявлялися: антенатальним дистресом плода у 11,9 % вагітних 1-ОГ та у 15,9 % вагітних 2-ОГ, СЗРП - у 28,4 % вагітних 1-ОГ та у 61,9 % жінок 2-ОГ і маловоддям у 27,0 % пацієнток 2-ОГ, що поєднувалось лише із СЗРП II ступеня.

Вивчення доплерометричних показників матково-плацентарно-плодового кровоплину (МППК) (А.П. Стрижаков, 1989р.) дозволило

встановити їх порушення вже з 16-18 тижнів вагітності у жінок із ЗГЕ в анамнезі. Встановлено, що для пацієток ОГ притаманний виключно ізольований характер зазначених порушень, IA (порушення кровоплину у маткових судинах) або IB (порушення кровоплину у судинах пуповини) ступінь, що достовірно частіше, на відміну від 1-ОГ, реєструвалися серед пацієток 2-ОГ: IA (33,3 %), IB (28,6 %) клінічних випадки при IA (19,4 %) та IB (8,9 %) відповідно, ( $p < 0,05$ ). Достовірно кращий стан МППК у жінок КГ підтверджувався відсутністю в цей термін вагітності жодного випадку гемодинамічних порушень у ФПК ( $p < 0,05$ ) (табл. 2).

Таблиця 2

Частота порушень МППК у вагітних із ЗГЕ

Порушення МППК	1-ОГ (n=67)		2-ОГ (n=63)		КГ (n=35)	
	абс	%	абс	%	абс	%
16-18 тижнів						
IA ступінь	13*	19,4	21* **	33,3	0	0
IB ступінь	6*	8,9	18* **	28,6	0	0
28-30 тижнів						
IA ступінь	11*	16,4	9*	14,3	1	2,8
IB ступінь	5*	7,5	6*	9,5	1	2,8
II ступінь	3	4,5	24* **	38,1	0	0
III ступінь	0	0	0	0	0	0
36-38 тижнів						
IA ступінь	6* **	8,9	2	3,2	2	5,7
IB ступінь	3	4,5	0	0	1	2,8
II ступінь	10*	14,9	35* **	55,6	0	0
III ступінь	0	0	2	3,2	0	0

*Примітка.* Різниця достовірна \* $p < 0,05$  порівняно з КГ, \*\*  $p < 0,05$  у порівнянні між 1-ОГ і 2-ОГ

У терміні 28-30 тижнів вагітності загальна кількість встановлених раніше порушень МППК у 1-ОГ і 2-ОГ залишалася незмінною, але про їх прогресування в зазначений термін гестації свідчили доплерометричні порушення II ступеня (поєднанні порушень кровоплину у маткових і пуповинних судинах без критичних змін), котрі становили (4,5 %) – в 1-ОГ та

(38,1 %) – у 2-ОГ ( $p < 0,05$ ). Серед пацієток КГ в цей термін гестації реєструвалися випадки виключно ізольованих гемодинамічних порушень у ФПК: ІА (2,8 %) та ІВ (2,8 %). Про достовірне погіршення доплерометричних показників МППК із прогресуванням вагітності у представниць ОГ свідчили: порушення ІІ ступеню, що становили в 1-ОГ напередодні пологів більше половини від загальної їх кількості (14,9 %) та порушення МППК в зазначений термін ІІ (55,6 %) і ІІІ (3,2 %) ступенів (відсутність або реверсний кровоплин діастоли) у 2-ОГ ( $p < 0,05$ ). Стан ФПК у пацієток КГ залишався задовільним та не зазнавав достовірних доплерометричних погіршень ( $p > 0,05$ ). Про зниження компенсаторних можливостей організму плода у пацієток ОГ свідчили показники КТГ та БПП. Так, оцінка КТГ у вагітних ОГ статистично достовірно відрізнялась від свого значення в КГ ( $8,57 \pm 0,48$ ) бала ( $p < 0,05$ ). Серед пацієток, пролікованих з приводу ЗГЕ у прегравідарний період, зазначений показник достовірно знижувався в залежності від ступеню тяжкості основного захворювання і становив  $7,31 \pm 0,23$  в 1-ОГ та  $6,75 \pm 0,21$  в 2-ОГ ( $p < 0,05$ ). Сумарна оцінка БПП за А. Vintzileos у пацієток ОГ також була достовірно нижчою від показника КГ -  $11,0 \pm 0,21$  ( $p < 0,05$ ) та визначалася ступенем тяжкості ЗГЕ в прегравідарний період  $8,76 \pm 0,33$  в 1-ОГ та  $7,0 \pm 0,28$  в 2-ОГ, ( $p < 0,05$ ).

За даними УЗД було виявлено, що у пацієток 1-ОГ та 2-ОГ достовірно частіше, ніж у пацієток КГ, при доношеній вагітності реєструвалася затримка розвитку плаценти (ІІ ступінь зрілості – (23,9 %) та (22,2 %) при (8,6 %) відповідно,  $p < 0,05$ ). Під час УЗ-дослідження локалізації плацент спостерігалось переважання їх розташування по передній стінці матки у жінок ОГ: (38,8 %) в 1-ОГ та (39,7 %) в 2-ОГ, ( $p > 0,05$ ). У КГ локалізацію плаценти по передній стінці матки було зареєстровано лише у 2,8 % пацієток ( $p < 0,05$ ), всі інші представниці демонстрували сприятливу плацентацию, по задній стінці матки.

Про порушення плацентации та неадекватність компенсаторно-присосовних реакцій у жінок із ЗГЕ в анамнезі свідчила певна невідповідність середніх органометричних показників плацент ОГ гестаційній нормі та таким показникам у КГ. Так, середні органометричні параметри плацент у жінок 1-ОГ

(маса –  $459,3 \pm 21,59$  г, площа материнської поверхні –  $296,0 \pm 19,06$  см<sup>2</sup>, товщина –  $31,0 \pm 0,57$  мм) та 2-ОГ ( $424,2 \pm 20,09$  г,  $254,2 \pm 17,26$  см<sup>2</sup>,  $30,8 \pm 0,42$  мм) достовірно не розрізнялися ( $p > 0,05$ ), але були достовірно меншими від таких у КГ ( $501,0 \pm 13,22$  г,  $356,0 \pm 17,86$  см<sup>2</sup>,  $36,0 \pm 0,87$  мм,  $p < 0,05$ ). Показник плодово-плацентарного коефіцієнту у вагітних ОГ знижувався в залежності від ступеню тяжкості основного захворювання  $0,131 \pm 0,004$  - в 1-ОГ та  $0,120 \pm 0,001$  - в 2-ОГ ( $p < 0,05$ ) та достовірно відрізнявся від свого значення в КГ -  $0,159 \pm 0,009$  ( $p < 0,05$ ). Про ПД у жінок ОГ також свідчили наслідки макроскопічного огляду плацент: порушення цілісності материнської поверхні (13,4 %) в 1-ОГ та (11,1 %) в 2-ОГ ( $p > 0,05$ ); її сіро-червоний колір (85,1 %) в 1-ОГ та (87,3 %) у 2-ОГ; глибокі борозни, нерівномірна товщина і дрібні котиледони плацент в (100,0 %) у представниць 1-ОГ та (100,0 %) в 2-ОГ, ( $p > 0,05$ ); інфаркти (16,4 %) в 1-ОГ та (14,3 %) в 2-ОГ, ( $p > 0,05$ ), петрифікати (31,3 %) в 1-ОГ, (30,2 %) в 2-ОГ, ( $p > 0,05$ ), ділянки крововиливів (23,9 %) в 1-ОГ, (25,4 %) в 2-ОГ, ( $p > 0,05$ ); зеленуватий колір плодових поверхонь та просякнення меконієм плодових оболонок (35,8 %) в 1-ОГ та (33,3 %) в 2-ОГ, ( $p > 0,05$ ). Додаткові часточки плацент були виявлені у (5,9 %) жінок 1-ОГ та (7,9 %) вагітних 2-ОГ, ( $p > 0,05$ ). В ОГ спостерігалось превалювання випадків аномального прикріплення пуповини: парацентральне (55,2 %) в 1-ОГ та (57,1 %) в 2-ОГ, крайове (22,4 %) в 1-ОГ та (22,2 %) в 2-ОГ і оболонкове (4,5 %) в 1-ОГ та (4,8 %) в 2-ОГ, ( $p > 0,05$ ). Додатково про порушення процесу плацентації свідчили встановлені патологічні зміни пупкового канатику у пацієток ОГ: перекручені судини пуповини (34,3 %) в 1-ОГ та (33,3 %) в 2-ОГ, ( $p > 0,05$ ), варикозно розширені вени (22,4 %) в 1-ОГ та (19,0 %) в 2-ОГ, ( $p > 0,05$ ), гіпоплазія вартонова драглю (32,8 %) в 1-ОГ та (33,3 %) в 2-ОГ, ( $p > 0,05$ ).

З метою корекції виявлених порушень у жінок, які перенесли прегравідарне лікування ЗГЕ, був застосований диференційований підхід до лікування загрози переривання вагітності, із урахуванням гормональної та психоемоційної складових чинників розвитку.

Під впливом проведеного лікування клінічні прояви загрози переривання вагітності серед пацієнток 3-ОГ і 4-ОГ становили (22,2 %) та (17,8 %) випадків відповідно ( $p>0,05$ ), що не мало достовірної різниці із зазначеним показником у КГ (14,3 %), ( $p>0,05$ ) та відрізнялось від таких у ГП (88,0 %), ( $p<0,05$ ). Регресія клінічних проявів загрози переривання вагітності швидше наставала у жінок 3-ОГ ( $3,1\pm 0,7$ ) діб і 4-ОГ ( $3,5\pm 0,4$ ) діб ( $p>0,05$ ), що не мало достовірної різниці із КГ ( $3,4\pm 0,2$ ) діб, ( $p>0,05$ ) при  $5,7\pm 0,6$  діб у ГП ( $p<0,05$ ). Представниці ГП достовірно частіше під час II триместру отримували повторний курс лікування загрози переривання вагітності (64,0 %) ( $p<0,05$ ), при 7,4 % у 3-ОГ; 10,7 % у 4-ОГ та 8,6 % у КГ, ( $p>0,05$ ). У III триместрі перебіг вагітності ускладнився загрозою передчасних пологів у 32,0 % пацієнток ГП, у 12,0 % з них порушення мало прогресуючий перебіг та призвело до передчасних пологів ( $p<0,05$ ). Достовірно менше в зазначений термін загроза передчасних пологів ускладнювала перебіг вагітності у жінок 3-ОГ (7,4 %) та 4-ОГ (3,6 %), ( $p>0,05$ ), що не мало достовірної різниці із КГ (2,8 %), ( $p>0,05$ ). Динаміка гормонального статусу вагітних жінок 3-ОГ свідчила про нормалізацію вмісту прогестерону з  $66,9\pm 1,3$  ммоль/л у 6-7 тижнів до  $137,7\pm 2,3$  ммоль/л у 12 тижнів, що відповідало показникам КГ  $133,5\pm 4,3$  ммоль/л, ( $p>0,05$ ) та свідчило про відсутність прогестеронового дефіциту. В свою чергу, характерні для пацієнток 4-ОГ до лікування вихідні показники РТ (високий – (53,6 %) та середній – (46,4 %)), під впливом залучення до терапії анксиолітику достовірно зменшувались ( $p<0,05$ ). Так у 20-22 тиж вагітності жінкам 4-ОГ були притаманні виключно низькі (78,6 %) та середні (21,4 %) показники РТ. У III триместрі, показники РТ в цій групі майже не змінювалися: у (71,4 %) вагітних залишався низький рівень тривожності, у (28,6 %) жінок тривожність була на середньому рівні. Нормативний показник РТ у ГП залишались незмінними впродовж I триместру. Але у II триместрі реєструвалося достовірно його підвищення до легкого ступеню (36,0 %), середнього (12,0 %) та високого (24,0 %). Напередодні пологів, у III триместрі, кількість вагітних у ГП із підвищеним показником рівня РТ збільшувалася до (84,0 %) ( $p<0,05$ ). Це може свідчити на користь

вихідного напруження адаптаційно-компенсаторних механізмів гестації у таких пацієнток, що із прогресуванням вагітності зазнають певних порушень та призводять до низки гестаційних, акушерських та перинатальних ускладнень. У КГ вихідні нормативні показники РТ не зазнавали змін до терміну пологів в жодному випадку.

Оцінка особливості функціонального стану ФПК у групах дослідження показала, що дані УЗ – плацентометрії відповідали нормативним показникам щодо термінів гестації у 92,6 % пацієнток 3-ОГ та 96,4 % вагітних 4-ОГ ( $p>0,05$ ), що достовірно не відрізнялось від КГ (94,3 %) ( $p>0,05$ ). Нормативні показники УЗ – плацентометрії були зареєстровані у 68,4 % пацієнток ГП, що достовірно відрізнялось від відповідного показника у попередніх групах ( $p<0,05$ ). Допплерометричні показники МППК свідчили про відсутність різниці у частоті порушень кровоплину ФПК серед пацієнток 3-ОГ (6,7 %), 4-ОГ (7,1 %) та КГ (5,7 %,  $p>0,05$ ) на відміну від таких у ГП (80,0 %,  $p<0,05$ ). Порушення МППК у жінок 3-ОГ та 4-ОГ носили виключно ізольований ІА або ІВ характер, їх кількість із прогресуванням вагітності не змінювалася на відміну від таких у ГП, де спостерігалось поглиблення порушень кровоплину від ізольованих ІА і ІВ ступенів до поєднаних ІІ ступеня.

Середня оцінка БПП в ГП –  $7,2\pm 0,19$  балів достовірно відрізнялась ( $p<0,05$ ) від такої у 3-ОГ –  $8,4\pm 0,29$  балів; 4-ОГ –  $8,3\pm 0,43$  балів і КГ –  $8,7\pm 0,23$  балів, де між показниками суттєвої різниці не було, ( $p>0,05$ ). Середня оцінка КТГ в ГП ( $6,9\pm 0,02$ ) балів також достовірно відрізнялась ( $p<0,05$ ) від такої у 3-ОГ ( $8,3\pm 0,06$ ) балів, 4-ОГ ( $8,0\pm 0,26$ ) балів і КГ ( $8,5\pm 0,26$ ) балів, де між показниками суттєвої різниці не було, ( $p>0,05$ ).

ПД було діагностовано у 40,7 % пацієнток 3-ОГ; у 21,4 % пацієнток 4-ОГ та у 5,7 % вагітних КГ при значно більшій частоті цього ускладнення у ГП (80,0 %), ( $p<0,05$ ). При цьому для вагітних ОГ характерними були ізольовані клінічні прояви ПД у вигляді: помірного маловоддя (10,7 %) в 3-ОГ та (14,8 %) в 4-ОГ ( $p>0,05$ ); СЗРП виключно І ступеня (14,8 %) в 3-ОГ та (9,7 %) в 4-ОГ ( $p>0,05$ ); гіпертрофії плаценти (3,6 %) в 3-ОГ та (5,4 %) в 4-ОГ ( $p>0,05$ ); дистресу плода у



(5,1 %) в 3-ОГ та (4,7 %) в 4-ОГ ( $p>0,05$ ). У вагітних ГП прояви ПД були виразнішими і полягали у поєднанні СЗРП I ступеня із гіпертрофією плаценти (40,0 %), СЗРП I ступеня із гіпотрофією плаценти і антенатальним дистресом плода (12,0 %) та СЗРП II ступеня із маловоддям і гіпотрофією плаценти (24,0 %) ( $p<0,05$ ).

Більшість вагітностей в обстежених жінок завершилась терміновими пологами: 96,3 % - в 3-ОГ; 89,3 % - в 4-ОГ; 80,0 % - у ГП та 100 % - у КГ. Передчасні пологи відбулися в 4,9 % випадків у 3-ОГ; в 6,3 % випадків у 4-ОГ ( $p>0,05$ ) та у (20,0 %) в ГП, ( $p<0,05$ ). Шляхом операції кесарева розтину були розроджені 29,6 % пацієток 3-ОГ; 17,8 % жінок 4-ОГ ( $p>0,05$ ) та 48,0 % вагітних ГП ( $p<0,05$ ). Провідним показанням до планового кесарева розтину в ОГ було проліковане безпліддя в анамнезі (22,2 %) в 3-ОГ та (24,3 %) в 4-ОГ ( $p>0,05$ ). Показанням до екстреного кесарева розтину в зазначених групах був дистрес плода (5,1 %) в 3-ОГ та (4,7 %) в 4-ОГ ( $p>0,05$ ). Перебіг пологів через природні пологові шляхи у жінок ОГ ускладнився передчасним розривом плодових оболонок (29,6 %) в 3-ОГ та (17,8 %) в 4-ОГ ( $p<0,05$ ) та аномаліями пологової діяльності (18,5 %) в 3-ОГ та (28,6 %) в 4-ОГ ( $p<0,05$ ). Пологи через природні пологові шляхи у жінок ГП, в свою чергу, ускладнилися передчасним розривом плодових оболонок (64,0 %), дистресом плода (8,0 %), аномаліями пологової діяльності (20,0 %), ручним втручанням у порожнину матки з приводу дефекту плацентарної тканини (16,0 %) та з приводу гіпотонічної кровотечі (4,0 %) випадків, ( $p<0,05$ ). У КГ серед ускладнень перебігу пологів були зареєстровані передчасний розрив плодових оболонок (8,6 %) та індукція пологів (2,8 %).

Всього народилося 115 живих дітей. З них доношених (87,8 %): 88,8 % в 3-ОГ; 85,7 % в 4-ОГ; 72,0 % у ГП та 100,0 % у КГ; недоношених (12,2 %): 11,1 % в 3-ОГ; 14,3 % в 4-ОГ та 28,0 % у ГП. Перинатальних втрат в обстежених групах не було. Середні показники маси тіла новонароджених дітей у 3-ОГ ( $3256\pm 137,65$ г), 4-ОГ ( $3386\pm 117,34$ г) та КГ ( $3496\pm 47,65$ г) між собою достовірно не розрізнялися ( $p>0,05$ ), тоді як у ГП вони були достовірно нижчими та

становили ( $2389 \pm 123,54\text{г}$ ) ( $p < 0,05$ ). Стан новонароджених за шкалою Апгар 8 і більше балів відмічений у 92,6 % дітей 3-ОГ; 85,7 % 4-ОГ; 68,0 % у ГП та 94,3 % у КГ. Середні органометричні параметри плацент після їх народження відповідали нормативним показникам в 3-ОГ (маса –  $512,4 \pm 10,25\text{г}$ , площа материнської поверхні –  $335,2 \pm 7,43\text{см}^2$ , товщина -  $36,2 \pm 0,09\text{мм}$ ), в 4-ОГ ( $523,6 \pm 11,23\text{г}$ ,  $342,5 \pm 4,65\text{см}^2$ ,  $37,8 \pm 0,17\text{мм}$ ) та не мали достовірної різниці з такими у КГ ( $529,4 \pm 13,59\text{г}$ ;  $327,0 \pm 10,26\text{см}^2$ ,  $37,4 \pm 0,57\text{мм}$ ,  $p > 0,05$ ). Тоді як у ГП зазначені показники були достовірно меншими від таких у попередніх групах ( $449,5 \pm 21,69\text{г}$ ,  $284,1 \pm 19,03\text{см}^2$ ,  $31,1 \pm 0,21\text{мм}$ ,  $p < 0,05$ ).

Результати проведеного дослідження стали підґрунтям для розробки алгоритму ведення вагітних із ЗГЕ, впровадження якого дозволяє знизити частоту виникнення гестаційних ускладнень та збільшити відсоток сприятливих перинатальних показників у пацієток, які перенесли прегравідарне лікування ЗГЕ.

## **ВИСНОВКИ**

В дисертації запропоноване вирішення актуальної задачі сучасного акушерства – підвищення ефективності профілактики та удосконалення корекції гестаційних і акушерських ускладнень, а також покращення перинатальних наслідків у жінок, які перенесли прегравідарне лікування ЗГЕ, шляхом розробки диференційованих патогенетично обґрунтованих алгоритмів ведення вагітності на підставі вивчення особливостей психоемоційної та ендокринної адаптації.

1. У 94,6 % жінок, які перенесли прегравідарне лікування зовнішнього генітального ендометріозу, вагітність ускладнюється загрозою переривання (92,39 %), прееклампсією (67,39 %), плацентарною дисфункцією (54,35 %). Для них характерна висока питома вага передчасних пологів (7,61 %) аномалій пологової діяльності (8,7 %) та дистресу плода (7,6 %), що обумовлює високий показник оперативного розродження кесаревим розтином (39,13 %).

2. Показник реактивної тривожності у пацієток, які перенесли прегравідарне лікування зовнішнього генітального ендометріозу до вагітності,

визначався у межах «середньо тривожних» (легкі форми ендометріозу – 45 балів) та «високо тривожних» (тяжкі форми ендометріозу – 55 балів) значень ( $p < 0,05$  у порівнянні із КГ), його динаміка під час вагітності свідчила про наявність гестаційної адаптації тривожності за легких форм захворювання (збільшення у I триместрі до 49 балів та зменшення впродовж II і III триместрів до рівня середніх значень перед пологами – 43 бали,  $p > 0,05$  у порівнянні із КГ), дизадаптації за важких форм зовнішнього генітального ендометріозу (високі показники реактивної тривожності до та впродовж вагітності – 55-57 балів,  $p < 0,0001$  у порівнянні із КГ). На відміну від попереднього, показник особистісної тривожності у жінок із зовнішнім генітальним ендометріозом є сталим, залежить від ступеню розповсюженості захворювання (середній рівень - 39,4 балів при легких формах, високий рівень – 50,1 балів при важких формах) та достовірно не змінюється впродовж вагітності ( $p > 0,05$ ).

3. Особливості формування фетоплацентарного комплексу у жінок, які перенесли прегравідарне лікування зовнішнього генітального ендометріозу, полягали у плацентації переважно по передній стінці матки (1-ОГ - 38,8 %; 2-ОГ - 39,7 % при КГ - 2,8 %,  $p < 0,05$ ); достовірно низькому вмісті гормонів, що забезпечують функціонування фетоплацентарного комплексу впродовж усієї вагітності (хоріонічний гонадотропін у I триместрі нижчий від нормативного на 50 %, прогестерон – на 25 %, плацентарний лактоген у II триместрі нижчий від нормативного на 66 %, естріол - на 49 %, у III триместрі - на 72 %, кортизол - на 76%). Зазначене обумовлювало ранні (з 16-го тижня) порушення кровоплину у судинах фетоплацентарного комплексу, схильність до їх прогресування з наступним формуванням плацентарної дисфункції, клінічними проявами якої були синдром затримки внутрішньоутробного росту плода (28,4 % - 1-ОГ та 61,9 % - 2-ОГ), маловоддя (27,0 % - 2-ОГ) та дистрес плода (11,9 % - 1-ОГ і 15,9 % - 2-ОГ).

4. Чинниками розвитку первинної плацентарної дисфункції у жінок із зовнішнім генітальним ендометріозом є високі показники особистісної та реактивної тривожності до вагітності, плацентація по передній стінці матки; порушення кровоплину із 16 тижня вагітності; III і IV ступінь

розповсюдженості зовнішнього генітального ендометріозу, що супроводжуються достовірно виразнішою дизадаптацією психоемоційної сфери та ендокринної системи вагітних жінок та являє собою підтвердження впливу важкості захворювання в прегравідарний період на ступінь пошкодження провідних компенсаторно-адаптаційних можливостей організму жінки.

5. Системне пероральне застосування прогестерону у I триместрі вагітності при зовнішньому генітальному ендометріозі дозволяє зменшити частоту ускладнень вагітності - загрози переривання вагітності до 22,2 % (при 88,0 % у ГП,  $p < 0,05$ ); плацентарної дисфункції до 40,7 % (при 80,0 % у ГП,  $p < 0,05$ ); передчасних пологів до 4,9 % (при 20,0 % у ГП,  $p < 0,05$ ). Інтравагінальне застосування прогестерону та анксиолітику дозволяє зменшити частоту загрози переривання вагітності до 17,8 %, ПД – до 21,4 %, передчасних пологів - до 6,3 %.

#### **ПЕРЕЛІК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Галич С. Р. Особливості доплерометричних показників матково–плацентарно–плодового кровотоку у вагітних після передгравідарних ендоскопічних міомектомій // С. Р. Галич, О. В. Долгушина, О. М. Каланжова // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шуліка. – К., 2006. – С. 67–70.
2. Галич С. Р. Показники матково–плацентарно–плодового кровотоку у вагітних, які перенесли передгравідарні ендоскопічні операції на матці / С. Р. Галич, І. В. Шпак, О. М. Каланжова // Збірник наукових праць асоціації акушерів–гінекологів України. – К., 2007. – С. 144–147.
3. Галич С. Р. Вагітність та генітальний ендометріоз (огляд літератури) / С. Р. Галич, О. М. Каланжова // Здоровье женщины. – 2009. – № 9 (45). – С. 91–94.
4. Запорожан В. Н Течение беременности у женщин, перенесших пре-гравидарное лечение наружного генитального эндометриоза (НГЭ) / В. Н. Запорожан, О. М. Каланжова // Здоровье женщины. – 2009. – № 9 (45). – С. 71–73.

5. Каланжова О. М. Тривожність у динаміці розвитку вагітності у жінок із зовнішнім генітальним ендометріозом / О. М. Каланжова // Інтегративна антропологія. – 2009. – № 2 (14). – С. 61–63.
6. Каланжова О. М. Особливості ендокринної функції фетоплацентарного комплексу у жінок із зовнішнім генітальним ендометріозом / О. М. Каланжова // Досягнення біології та медицини. – 2010. – № 1 (15). – С. 31–34.
7. Галич С. Р. Особливості плацентації у жінок, які перенесли передгравідарне лікування зовнішнього генітального ендометріозу / С. Р. Галич, О. М. Каланжова // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2010. – № 1 (437). – С. 81–83.
8. Запорожан В. М. Особливості перебігу вагітності у жінок, які перенесли передгравідарне лікування зовнішнього генітального ендометріозу / В. М. Запорожан, О. М. Каланжова // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2010. – № 2 (438). – С. 51–53.
9. Галич С. Р. Лікування невиношування вагітності у жінок, які перенесли передгравідарне лікування зовнішнього генітального ендометріозу / С. Р. Галич, О. М. Каланжова // Таврический медико-биологический вестник. – 2010. – Т. 13, № 3 (51). – С. 33–36.
10. Каланжова О. М. Функціональна характеристика внутрішньо-утробного плода у жінок, які перенесли передгравідарне лікування зовнішнього генітального ендометріозу / О. М. Каланжова // Одеський медичний журнал. – 2010. – № 3 (119). – С. 46–49.
11. Галич С. Р. Вплив зовнішнього генітального ендометріозу на перебіг вагітності та її наслідки / С. Р. Галич, О. М. Каланжова // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2010. – № 2. – С. 62–65.
12. Декларац. пат. 51801 Україна, МПК(2009) А61К 37/24 Спосіб профілактики плацентарної дисфункції у жінок із зовнішнім генітальним ендометріозом / Запорожан В. М., Галич С. Р., Каланжова О. М. ; опубл. 26.07.2010, Бюл. № 14. – 3 с.
13. Декларац. пат. 51802 Україна, МПК(2009) А61К 37/24 Спосіб лікування загрози переривання вагітності в I триместрі у жінок із зовнішнім

генітальним ендометріозом / Запорожан В. М.; опубл. 26.07.2010, Бюл. № 14. – 3 с.

### **АНОТАЦІЯ**

Каланжова О.М. Гестаційна адаптація організму матері і функціонування фетоплацентарного комплексу у жінок, які перенесли прегравідарне лікування зовнішнього генітального ендометріозу - Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. Одеський національний медичний університет МОЗ України, Одеса 2011.

Дисертація присвячена вивченню особливостей гестаційної адаптації організму матері і функціонування фетоплацентарного комплексу у жінок, які перенесли прегравідарне лікування зовнішнього генітального ендометріозу. За даними ретроспективного і проспективного досліджень автором визначено особливості соматичного здоров'я та акушерсько-гінекологічного анамнезу жінок, які до настання вагітності були проліковані з приводу зовнішнього генітального ендометріозу. Встановлені особливості гестаційного перебігу, визначена структура ускладнень вагітності та пологів, вивчена динаміка показника тривожності, досліджені особливості формування та функціонування фетоплацентарного комплексу, визначені провідні чинники розвитку гестаційних ускладнень у жінок, які перенесли різні види передгравідарного лікування зовнішнього генітального ендометріозу. Особливістю даної роботи є доведена доцільність перорального та інтравагінального шляхів застосування прогестерону з метою гормональної підтримки вагітності та профілактики первинної плацентарної дисфункції у жінок, які перенесли прегравідарне лікування зовнішнього генітального ендометріозу. Показана ефективність використання ансіолітику з метою зменшення тривожності у таких пацієнток. Запропоновані диференційовані, патогенетично обґрунтовані методики попередження виникнення та корекції гестаційних ускладнень, що дозволили зменшити частоту гестаційних ускладнень та покращити перинатальні наслідки у жінок із зовнішнім генітальним ендометріозом в анамнезі.

**Ключові слова:** зовнішній генітальний ендометріоз, вагітність.

### **АННОТАЦІЯ**

Каланжова О.М. Гестаціональна адаптація організму матері і функціонування фетоплацентарного комплексу у жінок, перенесших прегравідарне лікування зовнішнього генітального ендометріозу - Рукопись.

Дисертація на соискание учёной степени кандидата медичинських наук по спеціальності 14.01.01 – акушерство і гінекологія. Одеський національний медичинський університет МЗ України, Одеса 2011.

Дисертація посвячена вивченню особливостей гестаціональної адаптації організму матері і функціонування фетоплацентарного комплексу у жінок, перенесших прегравідарне лікування зовнішнього генітального ендометріозу. Автором проведено ретроспективний аналіз медичинської документації 142 жінок, на основі якого було встановлено, що пацієнткам, проліченим по приводу зовнішнього генітального ендометріозу, в більшій мірі присущ отягощений соматический (85,9 %) і акушерско-гінекологіческий анамнез (73,9 %). Течення гестації у таких жінок, частіше ніж в контрольній групі, ускладнювалось загрозой переривання вагітності, плацентарної дисфункцією, синдромом затримки росту плода, маловодієм. Ведущими серед інтрапартальних ускладнень являлись преждевременний разрыв плодных оболочек (24,78 %); аномалії родової діяльності (21,65 %), дистрес плода (2,52 %). На основі проспективного дослідження 130 вагітних жінок, перенесших прегравідарне лікування зовнішнього генітального ендометріозу досліджували показателі особистісної і реактивної тривожності по методіке Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханина. Виявлено постійність показателя особистісної тривожності, який встановлюється до і не змінюється во время вагітності. Встановлено, що показатель реактивної тривожності характеризував адаптацію/дизадаптацію центральної нервової системи жінок на протязенні вагітності, що зависело от степені тяжесті захворювання. Виявлені порушення гормональної функції фетоплацентарного комплексу у обстежених жінок, о чем

свидетельствовали: достоверно низкие показатели уровня хорионического гонадотропина и прогестерона в I триместре; плацентарного лактогена (на 66 %) и эстриола (на 49 %) во II триместре, эстриола (на 72 %) и кортизола (на 76 %) в III триместре. Выявлены нарушения кровотока в фетоплацентарном комплексе изолированного и сочетанного характера, показателей плацентометрии и плацентографии, снижение показателей при кардиотокографии и изучении биофизического профиля плода. Особенностью представленной работы стало внедрение алгоритма ведения беременности на основании дифференцированного подхода к коррекции гормональной дисфункции пероральным прогестероном или интравагинальным введением прогестерона в сочетании с устранением тревожности анксиолитиком, что позволило существенно снизить частоту осложнений беременности, улучшить перинатальные исходы у таких пациенток.

**Ключевые слова:** наружный генитальный эндометриоз, беременность.

#### ANNOTATION

Kalanzhova O.M. Gestational adaptation of a mother's organism and functioning of fetoplacental complex in women who survived a pregravidar treatment of external genital endometriosis – A manuscript.

A dissertation for the degree of candidate of medical sciences, specialty 14.01.01 in obstetrics and gynaecology. Odessa National Medical University of the Ministry of MOH of Ukraine, Odessa 2011.

The dissertation is devoted to the study of peculiarities of a mother's organism's gestational adaptation and functioning of fetoplacental complex in women who suffered pregravidar treatment of external genital endometriosis. Based on the data of retrospective and prospective researches, the author has determined the peculiarities of somatic health and obstetric-gynaecological anamnesis of women who were treated for external genital endometriosis before pregnancy. For the first time the peculiarities of gestational course were established, the structure of pregnancies and childbirths' complications was determined, the dynamics of the anxiety index was



studied, the specificity of formation and functioning of fetoplacental complex was established, the leading factors of gestational complications in women who suffered the different types of pregravidar treatment of external genital endometriosis were determined.

The proved expedient of peroral and intravaginal ways of using progesterone with the aim of hormonal support of pregnancy and prophylaxis of primary placenta disfunction in women who suffered pregravidar treatment of external genital endometriosis is the specificity of the dissertation. The effectiveness of the use of native anxiolytic to reduce anxiety in such patients was revealed.

The dissertation offers differentiated, pathogenetically justified methods of warning and correction of gestational complications which allowed to prevent polypharmacy, to reduce the frequency of gestational complications and to improve perinatal consequences for women with external genital endometriosis in anamnesis.

**Keywords: external genital endometriosis, pregnancy.**

## Алгоритм ведення вагітності у жінок із зовнішнім генітальним ендометріозом

