чин женского бесплодия чаще всего отмечались непроходимость труб (56,9%), эндометриоз (52,3%) и нарушения овуляции (50,8%). Однако, значительная часть респондентов неверно оценила роль таких факторов, как варикоцеле (30,8%) и заболевания щитовидной железы (36,2%). Уровень осведомленности о современных репродуктивных технологиях высок.

Основным источником знаний являются социальные сети, однако абсолютного доверия они не вызывают. Почти половина респондентов испытывают тревогу с риском возникновения бесплодия. Главным препятствием является психологический барьер: страх перед диагнозом сильнее финансовых затрат.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. World Health Organization. Infertility : GA31 Infertility : [website]. – WHO, 2018–2025. – URL: https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en?gclid=Cj0KCQiA0--6BhCBARIsADYqyL8 (дата обращения: 01.02.2026).

2. Современный взгляд на проблему бесплодного брака: обзор литературы / С. Н. Кулбаева, M. Yadav, Б. Т. Салимбаева [и др.] // Репродуктивная медицина (Центральная Азия). – 2024. – № 1. – С. 147−157.

УДК 618.25

А. В. Ролич

Научный руководитель: доцент кафедры, к.м.н., О. А. Будюхина

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Введение

Многоплодной является беременность, при которой в организме женщины развиваются два и более плода. В последние десятилетия частота многоплодной беременности значительно увеличилась от 3 до 40 случаев на 1000 родов в зависимости от региона мира, преобладающей расы населения, распространенности методов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) и количества перенесенных в матку эмбрионов [1]. Многоплодная беременность отличается более высокими показателями перинатального и материнского риска, в связи с чем многоплодную беременность и роды относят к осложненной беременности [2].

Исходы многоплодной беременности напрямую зависят от множества факторов: типа плацентации (хориальности), наличия специфических осложнений (фето-фетальный трансфузионный синдром, селективная задержка роста одного из плодов), срока и метода родоразрешения [3]. Изучение зависимости между течением гестационного процесса и его перинатальными исходами является ключевым для разработки эффективных стратегий снижения неонатальных потерь и инвалидизации детей. В связи с этим, анализ исходов многоплодной беременности в зависимости от особенностей ее течения представляет собой важную научно-практическую задачу современного акушерства.

Цель

Изучить особенности течения беременности и исход родов при многоплодной беременности.

Материал и методы исследования

В ходе научного исследования проведен ретроспективный анализ 34 историй родов женщин с многоплодной беременностью (двойни), которые были родоразрешены в УЗ «Гомельский областной клинический роддом» за период январь – октябрь 2025 года.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст беременных составил 33,2 года. В ходе исследования выяснилось, что из 34 беременностей 25 (73,5%) наступили самостоятельно, 9 (26,5%) − в результате экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). У 11 (32,3%) женщин до наступления настоящей беременности был выставлен диагноз «бесплодие».

Преобладающим типом двойни явилась дихориальная диамниотическая двойня (ДХДА), которая встречалась в 28 случаях (82,4%), соответственно монохориальная диамниотическая двойня (МХДА) – в 6 (17,6%) случаях. Случаев монохориальной моноамниотической двойни за исследуемый период не было.

Первой данная многоплодная беременность была у 6 (17,6%) беременных, второй – у 13 (38,2%), третьей – у 6 (17,6%), четвертой – у 7 (20,6%), пятой – у 1 (2,9%) и седьмой также у 1 (2,9%) женщины. Таким образом, в 9 (26,5%) случаях многоплодная беременность являясь беременностью высокого паритета. Однако повторных многоплодных беременностей в исследуемой группе не было.

Первородящими являлись 10 (29,3%) женщин, вторые роды были у 16 (47,1%) женщин, третьи и четвертые – у 4 (11,8%).

Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (ОАГА) установлен у 19 (55,2%) женщин. Структура ОАГА была представлена: неразвивающейся беременностью – 6 (31,6%) женщин, прерыванием предыдущей беременности по желанию женщины путем медикаментозного аборта или вакуум-аспирации – 5 (26,3%) женщин, самопроизвольным выкидышем – 1 (5,3%) женщина; у 2 (10,5%) женщин в анамнезе встречались внутриматочные хирургические вмешательства в виде гистерорезектоскопии (ГРС) по поводу полипа эндометрия, 6 (31,6%) женщин имели рубец на матке в результате проведенного ранее кесарева сечения.

Гинекологические заболевания имела 21 (61,7%) пациентка: фиброаденома молочной железы – 2 (5,9%) женщины, эрозия шейки матки – 10 (29,4%), полип эндометрия – 2 (5,9%), миома матки – 3 (8,8%); апоплексия яичника, СПКЯ, киста яичника – по 1 (2,9%) случаю.

Из всех 34 женщин с многоплодной беременностью 27 (76,5%) имели во время беременности госпитализации по поводу осложнений беременности. Осложнения беременности отражены в таблице 1.

Таблица 1 – Осложнения беременности при многоплодии

Осложнение беременности	n	Доля (%)
Угроза преждевременных родов	10	29,4
Истмико-цервикальная недостаточность	5	14,7
Внутрипеченочный холестаз	2	5,9
Хроническая плацентарная недостаточность	8	23,5
Отеки беременных	7	20,6
Гестационный сахарный диабет	7	20,6
Гестационная артериальная гипертензия	3	8,8
Преэклампсия	5	14,7
Анемия беременных	17	50
Гестационный пиелонефрит	4	11,8
Кольпит	5	14,7

Соматические заболевания, на фоне которых протекала беременность, были у 32 (94,1%) пациенток. Наиболее частые отражены в таблице 2.

Таблица 2 − Экстрагенитальные заболевания при многоплодии

Соматическая патология	n	Доля (%)
Варикозное расширение вен нижних конечностей	4	11,8
Заболевания желудочно-кишечного тракта	3	8,8
Субклинический гипотиреоз	3	8,8
Хроническая артериальная гипертензия	2	5,9
Дисметаболическая кардиомиопатия	1	2.9
Хронический пиелонефрит	1	2,9

Беременность закончилась срочными родами у 18 (53%) женщин, преждевременными – у 16 (47%). Несмотря на высокий процент преждевременных родов, 14 (41,2%) родов произошли в сроке 34–36,6 недель, 1 (2,9%) роды в 32 недели, 1 (2,9%) роды 33,1 недели беременности. Все преждевременные роды произошли после проведения профилактики синдрома дыхательных расстройств дексаметазоном.

Через естественные родовые пути роды произошли у 4 (11,8%) женщин, соответственно путем операции кесарево сечение родоразрешены 30 (88,2%) женщин. В среднем, КС проводилось в сроке 35,6 недель, роды через естественные рододовые пути вступали у женщин в сроке 38 недель.

В структуре показаний к кесареву сечению: неправильное положение плодов (тазовое предлежание первого плода или поперечное положение второго плода) − 10 (33,3%), монохориальный тип плацентации 6 (20%), рубец на матке – 6 (20%), преждевременное излитие околоплодных вод при неподготовленных родовых путях – 4 (13,3%), нарушение фето-плацентарного кровообращения – 3 (10%), умеренная преэклампсия – 4 (13,3%), тяжелая преэклампсия – 1 (3,3%), диссоциативное развитие плодов – 1 (3,3%), хроническая плацентарная недостаточность с маловодием – 1 (3,3%). Были отмечены следующие особенности проведения кесарева сечения: наложение компрессионно-гемостатических швов по *B-Lynch* − 5 (33,3%) женщин, деваскуляризация матки – 2 (13%) женщины. Симультантные операции: стерилизация – 3 (20%) случая, консервативная миомэктомия, кистэктомия – по 2 (13,3%) случая. Системная антибиотикотерапия применялась в 20 (66,7%) из 30 случаев оперативного родоразрешения, у 10 (33,3%) родоразрешенных путем операции кесарево сечение женщин применялась периоперационная антибиотикопрофилактика. Из общего количества родов 9 (26,5%) осложнились ранним послеродовым кровотечением с последующей гемотрансфузией. Общая же кровопотеря в родах через естественные пути составила 340 мл, при операции кесарево сечения – 780 мл.

Средний вес первого ребенка из двойни составил 2764 г, второго 2720 г, средний рост 49 см и 50 см соответственно. 15 (22,1%) новорожденных родились в состоянии умеренной асфиксии (6/7 балов по Апгар). Из 68 новорожденных ранний неонатальный период проходил с совместным пребыванием матери и ребенка для 38 (55,9%) новорожденных, 30 (44,1%) новорожденных находились в ОАРиТ. Среди заболеваний новорожденных наиболее часто встречались: синдром дыхательных расстройств – у 14 (47,1%) недоношенных новорожденных, внутриутробная инфекция (врожденная пневмония) – у 10 (14,7%), 5 (7,4%) доношенных новорожденных родились на свет с массой менее 2500 г. Выписаны домой из роддома были 30 (44,1%) новорожденных, 36 (52,9%) новорожденных переведены на 2 этап выхаживания или в педиатрическое отделение ГОКБ, 2 (2,9%) новорожденных переведены в ОАРиТ детской областной больницы.

Выводы

В 26,5% многоплодная беременность наступила в результате ЭКО.

Преобладающий тип плацентации при двойнях – дихориальный диамниотический (82,4%).

Наиболее частыми осложнениями беременности являлись: анемия беременных (50%), угроза преждевременных родов (29,4%), хроническая плацентарная недостаточность (23,5%), гестационный сахарный диабет (20,6%), отеки беременных (20,6%), преэклампсия (14,7%).

Преждевременными родами закончились 47% многоплодных беременностей, большинство из которых в сроке 34–36,6 недель.

При многоплодии наблюдается высокий процент оперативного родоразрешения − 88,2%.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сидорова, И. С. Акушерство: Руководство для практикующих врачей / И. С. Сидорова. – М. : ООО Издательство «Медицинское информационное агентство», 2013. – 1048 с.

2. Акушерство : учебник / Г. М. Савельева, Р. И. Шалина, Л. Г. Сичинава [и др.] – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 576 с.

3. Стрижаков, А. Н. Акушерство: учебник / А. Н. Стрижаков, И. В. Игнатко, А. И. Давыдов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 1072 с.

УДК 618.3/.4:616-056.7

К. А. Сенкевич, У. О. Сидоренко

Научный руководитель: старший преподаватель В. И. Левин

Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ПАЦИЕНТКИ С СИНДРОМОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В УЗ «ГРОДНЕНСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»

Введение

Половые хромосомы содержат ключевые генетические детерминанты, регулирующие процессы половой дифференцировки. Нарушения их структуры или количества вызывают расстройства полового развития. До 95% случаев подобных аномалий приводят к антенатальным потерям [1]. Мозаичная форма синдрома Шерешевского – Тернера – это хромосомная патология, при которой у пациентки часть клеток имеет нормальный кариотип (46,XX), а часть – нарушенный (45,X0 или др.). Цитогенетические исследования в 50-60% случаев при данной патологии верифицируют чистую 45,X – моносомию, представленную во всех или некоторых клетках организма. Второй по частоте встречаемости особенностью является мозаицизм (45,X/46,XX), когда хромосомный набор частично сохранен. Частота выявления данного варианта отмечается у 14% пациентов с СШТ [2]. В акушерско-гинекологической практике особое значение имеют аномалии Х-хромосомы, в частности синдром Шерешевского-Тернера (СШТ), который сопровождается выраженным нарушениям репродуктивной функции и требует комплексного подхода к ведению пациенток.

Цель

Демонстрация и анализ клинического случая течения беременности и родов у пациентки с синдромом Шерешевского-Тернера.

Материал и методы исследования

Дизайн данного исследования представляет собой описание единичного клинического случая. Для ретроспективного анализа использовались данные первичной медицинской документации пациента: медицинская карта стационарного больного, результаты лабораторных и инструментальных исследований, протокол оперативного вмешательства и данные