

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Индуцированные роды: исход для матери и плода / В. Н. Сидоренко [и др.] // Медицинский журнал. – 2023. – № 4. – С. 121–128.
2. Индукция родов: тенденции в мировой практике (обзор литературы) / С. А. Васильев [и др.] // Медицинские новости. – 2021. – № 5. – С. 9–14.
3. Прогностические факторы эффективности мифепристона в подготовке к родам / О. Р. Баев [и др.] // Журнал акушерство и гинекология. – 2011. – № 8. – С. 91–94.

**УДК 618.3–07:616.1–007–053.1**

**А. В. Мицкевич**

*Научные руководители: доцент кафедры О. А. Будюхина,  
врач акушер-гинеколог отделения пренатальной диагностики И. Э. Марцулевич*

*Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»,  
Учреждение здравоохранения  
«Гомельский областной диагностический  
медико-генетический центр с консультацией «Брак и семья»  
г. Гомель, Республика Беларусь*

## **ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА И МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ**

### ***Введение***

Врожденные пороки развития являются актуальной проблемой 21 века, а аномалии развития сердца являются наиболее распространенными врожденными пороками развития с частотой 8–12 случаев на 1000 новорожденных. К врожденным порокам сердца (далее ВПС) относят отклонения в развитии сердца и магистральных сосудов, при которых возникают гемодинамические нарушения, приводящие к недостаточности кровообращения [1]. Тяжелые пороки сердца у новорожденного могут стать причиной младенческой смертности. Актуальность пренатальной диагностики данной патологии заключается в частом сочетании ВПС с хромосомными аномалиями (далее ХА) и экстракардиальными аномалиями. Врожденные пороки развития, установленные пренатально, с неблагоприятным прогнозом для жизни, не имеющие эффективного лечения и (или) сопровождающиеся умственной отсталостью, являются показанием для прерывания беременности согласно постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 декабря 2014 года № 88 «Об установлении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности» [2].

### ***Цель***

Провести анализ врожденных пороков сердца, диагностированных пренатально, в группах женщин, прервавших беременность по медико-генетическим показаниям со стороны плода и пролонгировавших данную беременность.

### ***Материал и методы исследования***

Проведен анализ 83 генетических карт женщин, которые наблюдались в УЗ «Гомельский областной диагностический медико-генетический центр с консультацией «Брак и семья»» с врожденными пороками сердца у плода за 2023 год. Из их числа 34 женщин прервали беременность по медико-генетическим показаниям – первая группа, а 49 женщин решили пролонгировать беременность – вторая группа. Статистический анализ полученных данных производился с применением компьютерной программы

Statistica 10.0. Для качественных признаков указывали их абсолютное количество, долю (p%) и ошибку доли (sp%), рассчитывали медиану и квартили (25%; 75%); для сравнения качественных признаков использовали критерий  $\chi^2$  с поправкой Йейтса на непрерывность, для количественных – критерий Манна – Уитни. Различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Медиана возраста беременных первой группы 37 лет (34; 40), минимальный возраст – 19 лет, максимальный возраст – 47 лет. Медиана возраста беременных второй группы 28 лет (25; 34) минимальный возраст – 17 лет, максимальный – 43 года. Пациентки первой группы были старше ( $p < 0,0001$ ).

Всем женщинам в первом триместре беременности выполнен ультразвуковой и комбинированный биохимический скрининг на врожденные пороки развития и хромосомные патологии. У беременных первой группы инвазивная пренатальная диагностика (далее ИПД) проведена чаще: у 31 (91,2±4,9%) беременной первой группы и 9 (18,4±5,5%) беременных второй группы ( $\chi^2=39,8$   $p < 0,001$ ). Инвазивная пренатальная диагностика осуществлялась путем биопсии ворсин хориона в 11–12 недель и амниоцентеза в 17–18 недель беременности. При этом среди 40 женщин с проведенной ИПД риск хромосомных аномалий по комбинированному скринингу 1 триместра был установлен только у 22 (55±7,9%) женщин, так как показанием для ИПД являлись также выявленные по УЗИ врожденные пороки развития, УЗ-маркеры хромосомной патологии, возраст женщины 38 лет и старше. В первой группе по данным ИПД установлено 27 (79,4±6,9%) случаев хромосомных аномалий, во второй группе случаев хромосомных перестроек не установлено ( $\chi^2=54,11$   $p < 0,0001$ ). Наиболее частыми хромосомными аномалиями в первой группе явились синдром Дауна (трисомия по 21 хромосоме) – 17 (63±9,3%) случаев, синдром Эдвардса (трисомия по 18 хромосоме) – 5 (18,5±7,5%) случаев; синдром Патау – 1 (3,7±3,6%) случай.

ВПС в составе множественных пороков развития (МВПР) были установлены только в первой группе у 15 (44,1±8,5%) женщин ( $\chi^2=23,5$   $p < 0,0001$ ), в том числе по одному случаю синдрома Апера и синдрома Маклау. Значимо чаще среди плодов первой группы установлена и неиммунная водянка плода – 6 (17,6±6,5%) ( $\chi^2=6,9$   $p=0,009$ ).

Таблица 1 – Патология плодов пациенток обеих групп

Показатели	1 группа	2 группа	P
Хромосомные аномалии	27 (79,4±6,9%)	–	<0,0001
Неиммунная водянка плода	6 (17,6±6,5%)	–	0,009
МВПР	15 (44,1±8,5%)	–	<0,0001
ВПС в составе иных синдромов	2 (5,88±4,0%)	–	0,3

В своем большинстве врожденные пороки сердца диагностированы на втором скрининговом УЗИ (18–21 недель беременности). На третьем скрининговом УЗИ (32–35 недель беременности) у женщин, пролонгировавших беременность, диагностированы так называемые ВПС с поздней манифестацией: гипоплазия дуги аорты, дефект межжелудочковой перегородки малых размеров, риск по коарктации аорты, персистенция верхней полой вены, двухстворчатый аортальный клапан, дисплазия клапана аорты, нарушения сердечного ритма плода. Всем беременным с пренатально установленным ВПС выполнена расширенная эхокардиография плода. Для родоразрешения женщины с ВПС были направлены на III и IV технологический уровень. Наиболее часто встречающиеся ВПС отражены в таблице 2.

Таблица 2 – Врожденные пороки сердца и сосудов у плодов пациенток обеих групп

Показатели	1 группа	2 группа	p
Дефект межжелудочковой перегородки	19 (55,9±8,5%)	13 (26,5±6,3%) из них малых 8 (16,3±6,3%)	0,01
Тетрада Фалло	2 (5,9±4,0%)	3 (6,1±3,4%)	0,7
Персистирующая ВПВ	1 (2,9±2,8%)	5 (10,2±4,3%)	0,4
Гипоплазия дуги аорты	–	4 (8,2±3,9%)	0,2
Нарушения ритма сердца	–	3 (6,1±3,4%)	0,4
АВК	5 (14,7±6,1%)	–	0,02
ГЛОС	4 (11,8±5,5%)	–	0,05
ТМС	1 (2,9±2,8%)	–	0,9
Единственный желудочек сердца, ОАС	1 (2,9±2,8%)	–	0,9

*Примечание:* АВК – атриовентрикулярный канал; ГЛОС – гипоплазия левых отделов сердца; ТМС – транспозиция магистральных сосудов; ОАС – общий артериальный ствол; ВПВ – верхняя полая вена.

### **Выводы**

Возраст женщин группы прерывания беременности по медико-генетическим показаниям со стороны плода выше возраста женщин, которые пролонгируют беременность ( $p < 0,0001$ ), медиана возраста составила 37 лет.

Врожденные пороки сердца у плодов в группе прерывания беременности по медико-генетическим показаниям со стороны плода тяжелые, находятся в составе множественных врожденных пороков развития ( $p < 0,0001$ ), хромосомной патологии плода (наиболее часто синдром Дауна) ( $p < 0,0001$ ), неиммунной водянки плода ( $p = 0,009$ ).

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Батян, Г. М. Заболевания сердца у детей раннего возраста: учебно-методическое пособие / Г. М. Батян, А. К. Ткаченко. – Минск: БГМУ, 2022. – 23 с.
2. Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.goddom.by> – Дата доступа: 27.02.2024.

**УДК 618.146:618.3/4-06**

**П. В. Пивоварова, А. Н. Шарманова**

*Научный руководитель: ассистент кафедры Е. П. Яковенко*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **ВЛИЯНИЕ ОТЯГОЩЕННОГО ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА НА ОСЛОЖНЕНИЯ В РОДАХ И РОДРАЗРЕШЕНИЕ**

### **Введение**

В последнее десятилетие прослеживается увеличение частоты патологий шейки матки, что обусловлено рядом факторов, включая биологические изменения, такие как вариации в возрасте, менархе, и социальные изменения, включая раннее начало половой активности и нестабильность половых связей. Кроме того, риск увеличивается из-за инфекционных агентов, в том числе вируса папилломы человека, а также иммунодефицитных состояний, ранней беременности и родов, курения, недостаточной гигиены и гормональных нарушений [1].