

рекомендациям – каждые две недели, вероятность ранней диагностики СФФТ увеличилась. Вероятность благоприятного прогноза для жизни новорожденных была бы выше.

Критерии постановки диагноза СФФТ, является поводом для дискуссий. Мнения разнятся как среди зарубежных, так и среди отечественных авторов. Согласно клиническим рекомендациям [1], фетометрические показатели не несут высокого диагностического значения, в отличие от таких показателей как МВК более 10 см после 20 недель беременности, зарубежные же авторы считают достаточной для постановки диагноза СФФТ МВК равную 8 см [4].

### **Выводы**

В настоящем клиническом случае демонстрируется необходимость ведения пациентки высокой группы риска в соответствии с клиническими рекомендациями, проведения УЗИ каждые две недели, что позволило бы обнаружить СФФТ и своевременно перевезти пациентку в стационар для оказания высокотехнологической специализированной помощи.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Клинические рекомендации. Многоплодная беременность. ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ), ООО «Ассоциация анестезиологов-реаниматологов» (ААР), ООО «Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов» (АААР). – 2021.
2. Синдром фето-фетальной трансфузии. Анализ исходов после проведения фетоскопической лазерной коагуляции плацентарных анастомозов / Я. Ю. Поспелова [и др.] // Rossiiskii Vestnik Akushera-Ginekologa. – 2019. – Т. 19. – № 4.
3. Синдром фето-фетальной трансфузии. Анализ исходов после проведения фетоскопической лазерной коагуляции плацентарных анастомозов / Я. Ю. Поспелова [и др.] // Rossiiskii Vestnik Akushera-Ginekologa. – 2019. – Т. 19. – № 4.
4. Long term outcome of twin-twin transfusion syndrome / R. B. Cincotta [et al.] // Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. – 2000. – Vol. 83 (3). – P. 171–176.

**УДК 618.5–085**

**А. А. Матузова**

*Научный руководитель: к.м.н, доцент Т. Н. Захаренкова*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МИФЕПРИСТОНА ДЛЯ ИНДУКЦИИ РОДОВ**

### **Введение**

Индукция родов – это инициирование сокращений матки (миометрия) путем механической или фармакологической стимуляции матки с целью родоразрешения через естественные родовые пути. Индукция родов состоит из преиндукции («созревание» шейки матки) и непосредственно индукции (инициирования сокращений миометрия) [1].

По данным ВОЗ, средняя частота индуцированных родов в развитых странах от числа срочных родов достигает 25,0%. В Республике Беларусь частота индуцированных родов за 2019 год составила 9,0% [2].

Потребность в индуцированных родах увеличивается в связи с улучшением родового наблюдения, увеличением количества женщин с экстрагенитальной патологией, растущим процентом кесарево сечения.

Мифепристон (миропристон) характеризуется высокой эффективностью как метод преиндукции и индукции родов у первородящих женщин, что является отличительной особенностью данного препарата и позволяет характеризовать его как «препарат выбора» для первородящих пациенток с незрелой шейкой матки [3].

### **Цель**

Проанализировать исходы родов при использовании мифепристона для индукции родов.

### **Материал и методы исследования**

В процессе исследования методом сплошной выборки были взяты 60 историй родов женщин, которым применялся с целью индукции мифепристон. Родоразрешение происходило в УЗ «ГГКБ № 2» в 2022 году. В зависимости от исхода родов женщины были разделены на две группы: в первую группу вошли 35 (58,3%) женщин, у которых роды закончились через естественные родовые пути, во вторую – 25 (41,7%) женщин, родивших при помощи кесарева сечения. Были проанализированы данные анамнеза, целостность плодных оболочек во время индукции, показания к кесареву сечению и состояние новорожденных по шкале Апгар. Статистический анализ данных проводился на персональном компьютере с помощью электронных таблиц Microsoft Excel из пакета офисных программ Microsoft Office 2019 Home Use Program и программного пакета для статистического анализа компании StatSoft Statistica Base v.13.3 En (лицензия для студентов и аспирантов). Использовались методы: анализ четырехпольных таблиц сопряженности (статистически значимым считается  $p < 0,05$ ), критерий Манна – Уитни, Me (25, 75).

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

Первую группу в исследовании составили женщины в возрасте 29 (25; 33,5) лет, вторую – 28 (24,5; 34) лет. В первой группе 21 (60,0%) первородящих и 14 (40,0%) повторнородящих, во второй 22 (88,0%) первородящих и 3 (12,0%) повторнородящих, что имеет значимые различия ( $\chi^2=5,537$ ;  $p=0,0186$ ). Роды в первой группе наступали на 279 (271; 283) день, во второй – на 285 (277; 287) день ( $U=269$ ,  $p=0,0133$ ). Соответственно, группы различались по данному показателю.

Индукция проводилась при целых плодных оболочках у 8 (22,9%) женщин первой группы и 11 (44,0%) женщин второй группы. Преждевременный разрыв плодных оболочек наблюдался у 27 (77,1%) человек первой группы и 14 (56,0%) человек второй группы, что не имело значимых различий ( $\chi^2=2,962$ ;  $p=0,085$ ). Во второй группе показаниями для кесарева сечения у 10 (40,0%) женщин являлось отсутствие эффекта от родовозбуждения, у 15 (60,0%) – показания со стороны плода: хроническая фетоплацентарная недостаточность в стадии субкомпенсации 9 (36,0%) человек, дистресс плода в родах 4 (16,0%) человек и острая гипоксия плода у 2 (8,0%) человек). Значимо чаще показания были со стороны плода.

При оценке состояния новорожденных по шкале Апгар на первой минуте в группах сравнения различий не выявлено. Оценка по шкале Апгар составила 8 (8; 8) в первой группе и 8 (8; 8) во второй группе. Из всех детей только у одного ребенка из группы 2 была умеренная асфиксия новорожденного на первой минуте (Апгар составил 6;8).

### **Выводы**

1. В группе кесарева сечения по сравнению с группой рожаящих самостоятельно, значимо чаще первородящие, чем повторнородящие.

2. Частота преждевременного разрыва плодных оболочек не влияла на способ родоразрешения.

3. Показаниями для кесарева сечения при применении мифепристона значимо чаще являются состояние плода, чем неудачная попытка индукции родов, при этом рождение детей в состоянии асфиксии наблюдалось в 4% (один ребёнок). Диагностика состояния плода в индуцированных родах требует дополнительных методов и критериев, для объективного отражения риска асфиксии.

## 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