

Поэтому ответственность молодежи, получающей медицинское образование, за собственное здоровье должна формироваться, как часть общекультурного образования и развития.

ЛИТЕРАТУРА

1. Формирование валеологической культуры студентов [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.dslib.net/obw-pedagogika/formirovanie-valeologicheskoy-kultury-studentov.html>. – Дата доступа: 19.05.2018.
2. Модель формирования валеологической образованности студентов [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/model-formirovaniya-valeologicheskoy-obrazovannosti-studentov>. – Дата доступа: 19.05.2018.
3. Формирование валеологической культуры молодежи в системе вузовского образования [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://diss.seluk.ru/av-pedagogika/696032-1-formirovanie-valeologicheskoy-kulturi-molodezhi-sisteme-vuzovskogo-obrazovaniya.php>. – Дата доступа: 19.05.2018.

БЕСПЛОДИЕ: ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

¹Смолей Н.А., ¹Гутикова Л.В., ²Костяхин А.Е.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно»

Актуальность. На сегодняшний день бесплодие является глобальной проблемой, которой страдают около 10% супружеских пар репродуктивного возраста [1]. По мнению некоторых авторов, бесплодие является заболеванием, которое приводит к инвалидности как к нарушению функции [2]. Бесплодие ведет к таким социальным, экономическим и культурным последствиям, как снижение числа родов, общей численности населения, естественного прироста. В структуре причин бесплодия преобладающими являются сочетанные нарушения репродуктивной системы, что усложняет выбор необходимых методов диагностики и лечения данных состояний [3]. Несмотря на значительные достижения современной медицины в оказании помощи женщинам, страдающим бесплодием, включая вспомогательные репродуктивные технологии, значительная доля супружеских пар остаются бесплодными, что определяет необходимость поиска новых методов установления причин бесплодия и способов восстановления фертильности [4]. В настоящее время в гинекологии возросла частота выполнения эндоскопических операций (лапароскопия, гистероскопия) как для выявления, так и для коррекции обнаруженной патологии. В последние годы в клиническую практику ряда стран внедряется новый метод фертилоскопии, сочетающий в себе гистероскопию и трансвагинальную гидролапароскопию, который позволяет визуализировать органы малого таза и их анатомо-функциональные взаимоотношения. Фертилоскопия является малоинвазивным методом диагностики, который позволяет эффективно выявлять причины бесплодия. Во время данной операции возможно одномоментно

выполнить рассечение спаек и синехий, коагуляцию эндометриоидных очагов, дреллинг яичников и другие манипуляции [5].

Цель – провести сравнительный анализ методов диагностики и лечения бесплодия.

Методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ 64 индивидуальных карт беременных и родильниц, которые наблюдались в кабинете по невынашиванию беременности в женской консультации № 5 г. Гродно и родили в 2017 году.

Результаты и их обсуждение. Все обследованные пациенты были разделены на 3 группы. 1 группу составили 45 человек (70,3%), страдающих первичным бесплодием. Во 2 группу вошли 14 женщин (21,9%) с вторичным бесплодием. 5 женщин (7,8%) имели в анамнезе первичное и вторичное бесплодие и были отнесены к 3 группе.

Средний возраст обследованных пациентов составил $31,11 \pm 0,47$ лет. Средняя продолжительность бесплодия составила $5,23 \pm 0,38$ лет. Следует отметить, что большинство пациентов страдали гинекологическими заболеваниями, такими как эрозия шейки матки, кисты яичников, миома матки, патология эндометрия, эндометриоз, нарушения менструального цикла: в 1 группе – 62,2%, во 2 группе – 78,6% и в 3 группе – 80,0%.

Установлено, что по этиологии во всех группах преобладало бесплодие смешанного генеза (82,8%; 77,8% и 92,9% соответственно). Проверка проходимости маточных труб методами хромодиагностики, метросальпингографии выполнялась у 13,3% женщин 1 группы, 14,3% – 2 группы и не проводилась у пациентов 3 группы. Наступлению беременности способствовали различные процедуры и манипуляции, представленные в таблице 1.

Таблица 1. – Методы, способствующие наступлению беременности

Метод	1 группа	2 группа	3 группа	Вся выборка
Стимуляция овуляции	4 (8,9%)	1 (7,1%)	0 (0%)	5 (7,8%)
Оперативное лечение	22 (48,9%)	7 (50,0%)	3 (60,0%)	32 (50,0%)
ЭКО	15 (33,3%)	4 (28,6%)	0 (0%)	19 (29,7%)

Перенесенные оперативные вмешательства на органах репродуктивной системы отражены в таблице 2.

Таблица 2. – Перенесенные гинекологические операции

Операция	1 группа	2 группа	3 группа	Вся выборка
Диагностическая лапароскопия	12 (26,7%)	1 (7,1%)	0 (0%)	13 (20,3%)
Гистероскопия	3 (6,7%)	2 (14,3%)	0 (0%)	5 (7,8%)
Операции на яичниках	7 (15,6%)	2 (14,3%)	2 (40,0%)	11 (17,2%)
Тубэктомия	3 (6,7%)	5 (35,7%)	2 (40,0%)	10 (15,6%)
Миомэктомия	3 (6,7%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (4,7%)
Пластика маточных труб	1 (2,2%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,6%)
Полипэктомия	1 (2,2%)	0 (0%)	1 (20,0%)	2 (3,1%)

Выводы. Таким образом, высокая частота бесплодия среди женщин репродуктивного возраста обусловлена в главной степени наличием гинекологической патологии, требующей детальной диагностики, а также своевременного консервативного и хирургического лечения при подготовке к беременности. Большое количество хирургических вмешательств, которым подвергаются женщины с бесплодием, требует внедрения в репродуктивную хирургию современных малоинвазивных эндоскопических и микрохирургических методов, таких как фертилоскопия, которые значительно сокращают длительность и улучшают течение послеоперационного периода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Roura, Z. Causes of infertility in women at reproductive age / Z. Roura, M. Polikandrioti, P. Sotiropoulou et. al. // Health Science Journal. – 2009. – Vol. 3, Issue 2. – P. 80-87.
2. Zegers-Hochschild, F. The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017 / F. Zegers-Hochschild, G.D. Adamson, S. Dyer et. al. // Fertility and Sterility. – 2017. – Vol. 108, N 3. – P. 393-406.
3. Абашидзе, А.А. Трубно-перитонеальное бесплодие и лапароскопия. Актуальность проблемы / А.А. Абашидзе, В.Ф. Аракелян // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2016. – № 2. – С. 77-79.
4. Дикке, Г.Б. Трубно-перитонеальное бесплодие у женщин. Возможности повышения эффективности лечения / Г.Б. Дикке, Г.И. Василенко // Акушерство и гинекология. – 2016. – № 9. – С. 118-124.
5. Зайцева, О.В. Фертилоскопия как альтернатива гистеросальпингографии / О.В. Зайцева, Е.С. Любомудрова, Л.И. Кабакова // Медицина ХХІ століття : матеріали науково-практичної конференції молодих вчених, присвяченої 90-річчю ХМАПО, 27 листопада 2014 р. / ХМАПО. – Харків, 2014. – С. 46-47.

КОРРЕКЦИЯ ГИПОГАЛАКТИИ У РОДИЛЬНИЦ, СТРАДАЮЩИХ ДИСФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Смолей Н.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Патология щитовидной железы является одним из часто встречающихся эндокринных заболеваний и приводит не только к нарушению течения беременности и родов, но и послеродового периода, способствуя развитию гипогалактии [1, 2].

Известно, что женщины с эндокринной патологией, в том числе с заболеваниями щитовидной железы, формируют группу риска по развитию недостаточности лактации. Нарушение тиреоидной функции, в частности, гипотиреоз, оказывает значительное влияние не только на биохимический состав молока, но и определяет количество секретируемого молока. В то же