

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Смолей Н.А.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Известно, что бесплодие является актуальной проблемой современного акушерства и гинекологии. Бесплодием страдают около 10% супружеских пар репродуктивного возраста. По мнению некоторых авторов, бесплодие является заболеванием, которое приводит к инвалидности как к нарушению функции. Кроме этого, бесплодие ведет к таким социальным, экономическим и культурным последствиям, как снижение числа родов, общей численности населения, естественного прироста. Согласно мнению ученых в структуре причин бесплодия преобладающими являются сочетанные нарушения репродуктивной системы, что усложняет выбор необходимых методов диагностики и лечения данных состояний [1, 4, 5].

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 [2].

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. Известно, что 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 [3].

Цель. Провести сравнительный анализ методов диагностики и лечения бесплодия.

Материалы и методы исследования. 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. Все обследованные пациенты были разделены на 3 группы. 1-ю группу составили 45 человек (70,3%), страдающих первичным бесплодием. Во 2-ю 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-й группе.

Средний возраст обследованных пациентов составил $31,11 \pm 0,47$ лет. Средняя продолжительность бесплодия – $5,23 \pm 0,38$ 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-й группе – 62,2%, во 2-й группе – 78,6% и в 3-й 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-й группы, 14,3% – 2-й группы и не проводилась у пациентов 3-й группы. Наступлению беременности способствовали различные процедуры и манипуляции, представленные в таблице 1.

Таблица 1. – Методы, способствующие наступлению беременности

Метод	1-я группа	2-я группа	3-я 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

Вид операции	1-я группа	2-я группа	3-я 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 главным образом 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. 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.
2. 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.
3. Зайцева, О.В. Фертилоскопия как альтернатива гистеросальпингографии / О.В. Зайцева, Е.С. Любомудрова, Л.И. Кабакова // Медицина XXI століття : матеріали науково-практичної конференції молодих вчених, присвяченої 90-річчю ХМАПО, 27 листопада 2014 р. / ХМАПО. – Харків, 2014. – С. 46-47.
4. 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.
5. 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, No. 3. – P. 393-406.

СПОСОБ ЗАЖИВЛЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ ПОСЛЕ ЛАПАРОТОМНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Молей Н.А., Зайцева Т.П.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Заживление раны после операции – важнейший физиологический процесс, от успешности течения которого зависит скорость восстановления пациента и его дальнейшее здоровье. Известно, что после удачного хирургического вмешательства в период реабилитации могут возникать осложнения, связанные именно с несовершенством обработки раны [1].

Первое и главное, что делает хирург для скорейшего заживления раны после операции, это правильно накладывает шов на рану, сближая ее края при помощи шовного материала. Выделяют три последовательных этапа процесса заживления раны. Первый этап включает эпителизацию. При этом образующиеся клетки плоского эпителия покрывают самые пораженные участки (с максимально глубокими повреждениями тканей). Второй этап представляет собой конвергенцию или стягивание раны, когда края соединяются между собой, скрывая обнаженную слизистую полностью. Третий этап заживления послеоперационной раны – это коллагенизация, когда коллагеновые волокна покрывают нежную кожу раны, обеспечивая ей прочную защиту [1].

Известно, что у пациентов с ожирением в виду наличия нарушенного обмена веществ, различных сопутствующих заболеваний, значительной