

Величина лордоза в положении пациента с согнутыми ногами в тазобедренных суставах на 30° указана в таблице 4.

Таблица 4 — Угол лордоза при сгибании ног на 30°

Степень выраженности	Число случаев	
	n	%
141–150°	2	6,2
151–160°	6	18,8
161–170°	16	50,0
Более 171°	8	25,0

По данным измерения установлено, что угол сгибания ног в 30° у большинства пациентов недостаточен для хирургической укладки. Сохранили лордоз (угол менее 170° в поясничном отделе позвоночника) 75,0% пациентов.

Данные измерения лордоза при сгибании ног до угла 45° представлены в таблице 5.

Таблица 5 — Поясничный лордоз при угле сгибания ног 45°

Степень выраженности	Число случаев	
	n	%
141–150°	1	3,1
151–160°	2	6,2
161–170°	10	31,3
Более 171°	19	59,4

Как следует из таблицы 5, сгибание ног в тазобедренных суставах до угла 45° обеспечивает адекватную хирургическую укладку для поясничной дискэктомии. У большинства пациентов произошло уплощение лордоза с углом в поясничном отделе позвоночника более 171° (19 чел. — 59,4 %).

Выводы

1. У половины пациентов исследованной группы в положении на операционном столе на животе при разогнутых ногах величина лордоза поясничного отдела позвоночника находилась в диапазоне 151–160°.

2. Сгибание ног в тазобедренных суставах до угла 30° не достаточно для адекватной хирургической укладки при поясничной дискэктомии.

3. Угол сгибания ног 45° обеспечивает у большинства пациентов (59,4 %) необходимое для вмешательства уплощение лордоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Берснев, В. П. Хирургия позвоночника, спинного мозга и периферических нервов / В. П. Берснев, Е. А. Давыдов, Е. Н. Кондаков. — СПб.: Специальная литература, 1998. — 368 с.
2. Аганесов, А. Г. Десятилетний опыт применения микрохирургической дискэктомии / А. Г. Аганесов, Х. А. Мусалатов // Вест. травм. и ортопед. — 2002. — № 3. — С. 21–25.

УДК 618.177+616.697]:618.177-089.888.11

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНСКОГО И МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Коваленко Т. И.

Научный руководитель: старший преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения Л. Г. Соболева

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

Введение

По статистике Министерства здравоохранения Республики Беларусь, в 2010 г. в нашей стране бесплодие было зарегистрировано у 11 275 женщин в возрасте старше 18 лет,

впервые установлен диагноз у 3 694 женщин. Случаев мужского бесплодия было зафиксировано 1 833, из них впервые установлен диагноз у 666 мужчин.

Таким образом, число случаев зарегистрированного бесплодия у женщин в несколько раз превышает аналогичный показатель у мужчин. Однако в медицинской практике отличия не столь велики. Это связано с тем, что многие мужчины предпочитают не афишировать столь личную проблему.

В русскоязычных научных и научно-популярных публикациях за 1980–2010 гг. женскому бесплодию отводится 65–75 %, а мужскому — 25–35 %. Однако в реальной медицинской практике женское и мужское бесплодие встречается приблизительно с одинаковой частотой — 50 %, причем в 20–25 % случаев — сочетание женского и мужского бесплодия». Доля бесплодных супружеских пар в Беларуси составляет около 14,5 %.

Материалы и методы исследования

Объектом исследования явились мужчины и женщины, проживающие на территории Республики Беларусь. Материалом послужили статистические данные по РБ за 2010 и 2011 гг.

Результаты исследования и их обсуждение

По данным Министерства здравоохранения Республики Беларусь, структура мужского бесплодия такова:

- воспалительные заболевания гениталий — 19,3 %;
- эндокринные нарушения — 15,3 %;
- недоразвитие гениталий — 0,4 %;
- генетические нарушения — 0,6 %;
- врожденные пороки развития — 0,2 %;
- сочетание нескольких факторов — 2,4 %;
- причина не установлена — 30,1 %;
- в стадии обследования — 31,7 %.

По данным научных исследований РНПЦ «Мать и дитя», основными причинами женского бесплодия являются:

- воспалительные заболевания придатков (инфекция + нарушение гормональной и овуляторной функций яичников) — 10 %;
- синдром поликистозных яичников (нарушение гормональной и овуляторной функций яичников) — 15 %;
- комбинированный фактор (включая спаечный процесс гениталий, эндометриоз, нарушение гормональной и овуляторной функций яичников) — 43 %;
- операции в связи с патологией органов репродуктивной системы в анамнезе (внематочная беременность, вакуум-аспирация, медицинский аборт) — 32 %.

Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) — это собирательное понятие, включающее в себя комплекс различных мероприятий, направленных на лечение различных форм женского и мужского бесплодия.

ВРТ включает в себя:

- индукцию овуляции и искусственную инсеминацию спермой мужа или донора (ИИСМ, ИИСД);
- экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО);
- инъекцию сперматозоида в цитоплазму яйцеклетки (ИКСИ);
- экстракцию сперматозоидов из придатка яичка (МЕЗА) или из ткани яичка (ТЕЗА);
- суррогатное материнство;
- оводонацию;
- криоконсервацию гамет и эмбрионов;
- перенос гамет и зигот в маточные трубы;
- преимплантационную диагностику.

В Беларуси вспомогательными репродуктивными технологиями занимаются 4 центра — 2 государственных и 2 частных:

- РНПЦ «Мать и дитя»;
- Гомельский медицинский центр генетики;
- Центр репродуктивной медицины;
- Центр вспомогательной репродукции «Эмбрио».

Среди существующих методов, получивших признание и обладающих наибольшей эффективностью, выделяют следующие.

Экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбриона — метод заключается в оплодотворении ооцита сперматозоидом *in vitro* и переносе эмбриона в полость матки бесплодной женщины. Данный метод лежит в основе других вспомогательных репродуктивных технологий.

Инсеминация ооцита фертильной женщины спермой донора — донация ооцитов, состоящая в переносе эмбрионов, полученных путем оплодотворения *in vitro* ооцитов женщины-донора спермой мужа или донора, в полость матки бесплодной женщины.

Метод интрацитоплазматического введения сперматозоида в ооцит базируется на программе экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона и является одним из вариантов оплодотворения *in vitro*. В цитоплазму ооцита вводится лишь один сперматозоид, полученный из эякулята или из яичка, либо из эпидидимиса.

Суррогатное материнство, при котором эмбрионы генетических родителей переносятся в полость матки другой женщины.

Заключение

Таким образом, все эти методы направлены на решение одной задачи — при различных формах мужского и женского бесплодия добиться наступления беременности, обеспечить ее сохранение и получить живого и здорового ребенка. Боязнь, связанная с возможным увеличением пороков развития у таких детей, оказалась неоправданной, так как последняя не превышала 3–5 %. Большинство исследователей утверждают, что с помощью вспомогательных репродуктивных технологий эта цель достижима. Основным и чрезвычайно убедительным аргументом является то, что в мире благодаря данным методам уже родились тысячи здоровых детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Информационный центр ЮНФПА «Мир семи миллиардов». — [Электронный ресурс]. — Режим доступа: www.unfpa.org.
2. Новости вспомогательных репродуктивных технологий // Проблемы репродукции. — 2004. — № 2. — С. 41.
3. Курило, Л. Ф. [и др.] // Проблемы репродукции. — 2001. — № 6. — С. 22–26.

УДК 618.177-089.888.11:17+34.038

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ: ЭТИЧЕСКИЕ И ЮРИДИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

Коваленко Т. И.

Научный руководитель: старший преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения Л. Г. Соболева

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

Введение

Проблема бесплодия в Республике Беларусь, как и во всем мире, имеет не только медицинское, но и огромное социально-демографическое значение. В настоящее время на планете от бесплодия страдают 15–20 % супружеских пар.