зованиях молочной железы у 1 (3,8%) женщины (χ^2 =8,38; p=0,003), образовании в молочной железе неуточненном у 1 (4,7%) женщины (χ^2 =6,64; p=0,01), фиброаденозе молочной железы у 3 (100%) женщин (χ^2 =6,60; p=0,01), что указывает на общность патогенетических механизмов развития данных заболеваний молочных желез и нарушений менструального цикла.

Выводы

В структуре ДДМЖ были определены отдельные нозологии, при которых жалобы значительно чаще наблюдались у женщин с эктазией протоков молочной железы – 2 (66,7%) женщины (χ^2 =9,22; p=0,002).

Нарушения менструального цикла значимо чаще были выявлены при: доброкачественных новообразованиях молочной железы у 1 (3,8%) женщины (χ^2 =8,38; p=0,003), образовании в молочной железе неуточненном у 1 (4,7%) женщины (χ^2 =6,64; p=0,01), фиброаденозе молочной железы у 3 (100%) женщин (χ^2 =6,60; p=0,01).

Доброкачественные дисплазии молочной железы могут стать фоном для развития рака молочной железы, поэтому ДДМЖ необходимо вовремя выявлять и своевременно лечить, в том числе нормализировать менструальный цикл.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Маммология: национальное руководство / под ред. А. Д. Каприна, Н. И. Рожковой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 496 с.

2. Базовые и клинические аспекты молочной железы : учеб.-метод. пособие / Н. Ю. Давид, Т. Н. Захаренкова, А. А. Призенцов [и др.]. – Гомель : ГомГМУ, 2025. – 114 с.

3. Всемирная организация здравоохранения. Отчет о состоянии здравоохранения в мире : [сайт]. – Женева, 2023. – URL: https://www.who.int/ru (дата обращения: 04.03.2026).

УДК 618.1:316.774

Ю. В. Полоско, А. Е. Карпова

Научные руководители: к.м.н., доцент кафедры В. Н. Калачёв

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

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ О РЕПРОДУКТИВНОМ ЗДОРОВЬЕ

Введение

Бесплодие – это заболевание репродуктивной системы, характеризующееся невозможностью наступления клинической беременности после 12 месяцев и более при регулярной половой жизни, без контрацепции [1].

По оценкам Всемирной организацией здравоохранения, от бесплодия страдают от 10 до 25% (от 48 до 180 миллионов) пар репродуктивного возраста во всем мире. Это связано с неблагоприятными последствиями бесплодия для физического и психического здоровья, серьезной социальной стигматизацией, повышенным риском домашнего насилия и нестабильностью в браке [2].

Цель

Определить осведомленность молодого населения в возрасте от 18 до 35 лет о проблеме бесплодия, методах профилактики и лечения, а также определить источники информации и ключевые барьеры при обращении за медицинской помощью.

Материал и методы исследования

Для оценки уровня информированности населения о репродуктивном здоровье был проведен опрос с помощью Google Forms. В опросе приняло участие 130 человек возрастом

от 18 до 35 лет, из них 103(79,2%) женщины и 27(20,8%) мужчин. Обработка и анализ полученных данных проводилась в программе Microsoft Office Excel 2019.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст для мужчин составил 24,8±4,7 лет, для женщин – 24,8±6,0 лет.

Женщин проживающих в городе было 56 (43,1%), в сельской местности – 47 (36,2%). Мужчин проживающих в городе 18 (13,8%), в сельской местности – 9 (6,9%).

Уровень образования женщин: высшее – 30 (23,1%), неоконченное высшее – 57 (43,8%), среднее – 7 (5,4%), среднее специальное – 9 (6,9%).

Уровень образования мужчин: высшее – 11 (8,5%), неоконченное высшее – 12 (9,2%), среднее – 3 (2,3%), среднее специальное – 1 (0,8%).

37 (28,5%) женщин не состоят в отношениях, 32 (24,6%) – состоят в отношениях, 29 (22,3%) – в зарегистрированном браке, 5 (3,8%) – в разводе.

13 (10,0%) мужчин не состоят в отношениях, 8 (6,2%) – состоят в отношениях, 5 (3,8%) – в зарегистрированном браке, 1 (0,8%) – в разводе.

Было выяснено, что частота средней посещаемости гинеколога с профилактической целью у опрашиваемых женщин составила 1 раз в год у 68 (66%) опрошенных, реже 1 раза в год – у 22 (21,4%) женщин, только при возникновении проблем 13 (12,6%) женщин посещают гинеколога.

Согласно результатам опроса, средняя продолжительность регулярной половой жизни без контрацепции, после которой можно предполагать бесплодие пары составляет 1 год для 61 (46,9%) опрошенных, 2 года для 14 (10,8%) человек, 5 лет – для 5 (3,8%), 6 месяцев – для 15 (11,5%), 27 (26,9%) человек затруднились дать ответ.

57 (43,8%) считают, что причины бесплодия в паре являются комбинированными (у обоих партнеров); 51 (39,2%) – причины пропорционально распределяются примерно поровну у мужчины и женщины; 10 (7,7%) – что только в мужчине; 5 (3,8%) – только в женщине; 2 человека (1,5%) выбрали неразрешимые причины, и еще 5 (3,8%) человек затруднились дать ответ.

Ответы респондентов на вопрос какие из представленных факторов могут быть причинами мужского (рисунок 1) и женского (рисунок 2) бесплодия представлены ниже.



Рисунок 1 – Причины мужского бесплодия



Рисунок 2 – Причины женского бесплодия

На вопрос в каком возрасте у женщины в среднем начинается естественное снижение фертильности (способности к зачатию) 89 респондентов (68,5%) ответили после 40 лет, 31 (23,8%) – в возрасте 31–35 лет, 6 (4,6%) – в возрасте 25–30 лет, 1 человек (0,8%) выбрал до 25 лет, 3 человека (2,3%) затруднились дать ответ.

По мнению участников анкетирования, оптимально планировать рождение первого ребенка с точки зрения репродуктивного здоровья женщины в возрасте до 25 лет для 45 (34,6%) человек, с 25 до 30 лет – для 78 (60,0%) человек, в возрасте 30–35 лет – для 5 (3,8%), и для 2 (1,5%) возраст не имеет значения.

Эффективными методами профилактики бесплодия 82 (63,1%) опрошенных считают поддержание здорового образа жизни (отказ от курения, алкоголя, правильное питание); 80 (61,5%) опрошенных считают своевременное лечение воспалительных заболеваний органов малого таза; 78 (60,0%) – использование барьерной контрацепции для профилактики ИППП; 76 (58,5 %) – регулярные профилактические визиты к гинекологу; 70 (53,8%) – вакцинацию от ВПЧ и других вирусов; 53 (40,8%) человека считают эффективным контроль веса; 38 (29,2%) выбрали криоконсервацию яйцеклеток для отсрочки материнства; 7 (5,4%) опрошенных не считают, что бесплодие можно предотвратить.

С современными методами лечения бесплодия ознакомлены: с экстракорпоральным оплодотворением – 85 (65,4%), с донорством спермы/яйцеклеток и суррогатным материнством – 83 (63,8%),с стимуляцией овуляции – 50 (38,5%), с искусственной инсеминацией (ВМИ) – 44 (33,8%), с интрацитоплазматической инъекцией сперматозоида – 39 (30,0%), с хирургическими методами (лапаротомия, гистероскопия) – 27 (20,8%) опрошенных. 6 человек (4,6%) ни с одним методом не знакомы.

В ходе исследования респондентам был задан вопрос об основных источниках получения информации о репродуктивном здоровье: из социальных сетей информацию получают 70 (53,9%) участников; 56 человек (43,1%) получают информацию из научно-популярных статей и книг; 53 (40,8%) – от врача (гинеколога); 39 (30,0%) – на школьных/университетских уроках по здоровью; 33 (25,4%) – от друзей, подруг, родственников; 29 (22,3%) – из телепередач и документальных фильмов.

Респондентам также был задан вопрос об уровне доверия к информации о репродуктивном здоровье, получаемой из социальных сетей и блогов: 79 человек (60,8%) скорее доверяют, но проверяют информацию; 40 человек (30,8%) скорее не доверяют информации; 10 (7,7%) – абсолютно не доверяют; 1 (0,8%) – полностью доверяет.

Потенциальная возможность столкновения с проблемой бесплодия в будущем очень беспокоит 17 (13,1%) опрашиваемых; скорее беспокоит – 40 (30,8%); скорее не беспокоит – 37 (28,5%); абсолютно не беспокоит – 29 (22,3%); и 7 (5,4%) человек затруднились дать ответ.

Основным барьером для пар, столкнувшихся с бесплодием, в обращении за медицинской помощью респонденты выбрали страх перед диагнозом и процедурами (52,3%), высокая стоимость лечения (44,6%), недостаток информации о возможностях лечения и отсутствие поддержки со стороны партнера/семьи (43,8%), стигматизация проблемы в обществе (стыдно, «сглазят») (42,3%), неверие в успех лечения (34,6%).

Выводы

По результатам исследования установлено, что 46,9% опрошенных знает, что средняя продолжительность регулярной половой жизни без контрацепции, после которой можно предполагать бесплодие пары составляет 1 год, однако значительная часть затруднились с ответом. Подавляющее большинство считает, что естественное снижение фертильности у женщин начинается после 40 лет. Оптимальным возрастом для первых родов респонденты назвали интервал 25–30 лет; 43,8% респондентов считают причины комбинированными, а 39,2% – равномерно распределенными. Наиболее известными факторами мужского бесплодия являются ИППП (65,9%), курение и алкоголь (60,8%), стресс (50,8%). Среди при-

чин женского бесплодия чаще всего отмечались непроходимость труб (56,9%), эндометриоз (52,3%) и нарушения овуляции (50,8%). Однако, значительная часть респондентов неверно оценила роль таких факторов, как варикоцеле (30,8%) и заболевания щитовидной железы (36,2%). Уровень осведомленности о современных репродуктивных технологиях высок.

Основным источником знаний являются социальные сети, однако абсолютного доверия они не вызывают. Почти половина респондентов испытывают тревогу с риском возникновения бесплодия. Главным препятствием является психологический барьер: страх перед диагнозом сильнее финансовых затрат.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. World Health Organization. Infertility : GA31 Infertility : [website]. – WHO, 2018–2025. – URL: https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en?gclid=Cj0KCQiA0--6BhCBARIsADYqyL8 (дата обращения: 01.02.2026).

2. Современный взгляд на проблему бесплодного брака: обзор литературы / С. Н. Кулбаева, M. Yadav, Б. Т. Салимбаева [и др.] // Репродуктивная медицина (Центральная Азия). – 2024. – № 1. – С. 147−157.

УДК 618.25

А. В. Ролич

Научный руководитель: доцент кафедры, к.м.н., О. А. Будюхина

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

ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Введение

Многоплодной является беременность, при которой в организме женщины развиваются два и более плода. В последние десятилетия частота многоплодной беременности значительно увеличилась от 3 до 40 случаев на 1000 родов в зависимости от региона мира, преобладающей расы населения, распространенности методов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) и количества перенесенных в матку эмбрионов [1]. Многоплодная беременность отличается более высокими показателями перинатального и материнского риска, в связи с чем многоплодную беременность и роды относят к осложненной беременности [2].

Исходы многоплодной беременности напрямую зависят от множества факторов: типа плацентации (хориальности), наличия специфических осложнений (фето-фетальный трансфузионный синдром, селективная задержка роста одного из плодов), срока и метода родоразрешения [3]. Изучение зависимости между течением гестационного процесса и его перинатальными исходами является ключевым для разработки эффективных стратегий снижения неонатальных потерь и инвалидизации детей. В связи с этим, анализ исходов многоплодной беременности в зависимости от особенностей ее течения представляет собой важную научно-практическую задачу современного акушерства.

Цель

Изучить особенности течения беременности и исход родов при многоплодной беременности.

Материал и методы исследования

В ходе научного исследования проведен ретроспективный анализ 34 историй родов женщин с многоплодной беременностью (двойни), которые были родоразрешены в УЗ «Гомельский областной клинический роддом» за период январь – октябрь 2025 года.