

Н.В. Чепурнова (Чернівці, Київ)

АНАЛІЗ СОЦІАЛЬНОГО СТАТУСУ ДИСКОРДАНТНИХ ПАР, ЯКИМ ЗАСТОСОВАНА ВНУТРІШНЬОМАТКОВА ІНСЕМІНАЦІЯ

Закарпатський Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Наведено результати обстеження дискордантних пар, яким застосовано внутрішньоматкову інсемінацію (ВМІ).

Ключові слова: дискордантні пари, соціальний статус, внутрішньоматкова інсемінація.

Допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) – це динамічна галузь медицини, яка розвивається у всьому світі протягом 40 років і для профілактики та інтенсивного подолання безпліддя людини використовує останні досягнення біотехнології, фармакології, кріобіології, молекулярної біології, генетики. ДРТ включають численні програми, основні з яких: екстракорпоральне запліднення (ЕКЗ); ВМІ; кріоконсервація й кріозбереження статевих клітин та ембріонів людини; донорство гамет та ембріонів; сурогатне материнство; преімплантаційна генетична діагностика [2;3].

Зрозуміло, що парам, в яких чоловік ВІЛ-позитивний, а жінка ні, не слід ризикувати здоров'ям жінки або відмовлятися від бажання мати дітей. Результати наукових досліджень свідчать, що застосування спеціальних методик відокремлення сперматозоїдів від інших фракцій сперми, які мають вірус, з подальшим застосуванням різних методик ДРТ, практично не супроводжується ризиком інфікування жінки [4].

Враховуючи можливості зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини до 2% і нижче, стає доступною допомога ВІЛ-інфікованим жінкам у досягненні бажання мати дітей. Або шляхом самостійного введення сперми партнера у статеві шляхи, або з використанням ДРТ (залежно від стану репродуктивного здоров'я подружньої пари) ВІЛ-інфіковані жінки можуть зачати дитину, не піддаючи ризику свого неінфікованого партнера. Не у всіх європейських країнах дотримуються рівних прав ВІЛ-інфікованих людей на зачаття дитини. В лікувальних закладах деяких країн, у т.ч. України, ВІЛ-інфікованим жінкам і подружнім парам, в яких обидва партнери ВІЛ-інфіковані, відмовляють у наданні послуг ДРТ [5;7].

У результаті досягнень в антиретровірусній терапії (АРТ) ВІЛ-позитивні дискордантні пари отримали можливість реалізувати свої репродуктивні плани. Сучасні наукові досягнення дають змогу не лише мінімізувати можливість зараження партнера, але й значно (в разі) знизити ризик народження ВІЛ-інфікованої дитини. Тому ДРТ для ВІЛ-інфікованих майбутніх батьків активно застосовуються у багатьох країнах світу, де це врегульовано законодавством [1].

Найдоступнішим методом із ДРТ для дискордантних пар є ВМІ, хоча за ефективністю не виключаються ЕКЗ та інтрацитоплазматична ін'єкція сперматозоїда в яйцеклітину (за міжнародною назвою – ІКСІ). Останні два методи є більш ефективними, оскільки виключається тривалий контакт яйцеклітини зі спермою. Штучна інсемінація як метод лікування безпліддя застосовується в медичній практиці майже два сторіччя [6].

Мета роботи – вивчити соціальний статус дискордантних пар, яким застосована ВМІ.

Матеріали та методи

За спеціальним вибіркоvim дослідженням соціальних, медичних та економічних аспектів організації медичної допомоги пацієнтам з дискордантних пар вивчено вплив соціального статусу таких осіб на вирішення проблеми щодо реалізації їхнього репродуктивного права в Україні. У Закарпатському Центрі профілактики та боротьби зі СНІД проведено анонімне анкетування 44 пацієнтів, які звернулися для ДРТ у рамках пілотного проекту ВБО «Всеукраїнська Мережа людей, що живуть з ВІЛ» «Забезпечення доступу дискордантних щодо ВІЛ-інфекції пар до послуг із реалізації репродуктивних прав ВІЛ-інфікованих в Україні у 2010–2011 роках».

Результати дослідження та їх обговорення

На першому етапі дослідження представлено загальну характеристику досліджуваного контингенту пацієнтів. За послугами ДРТ до Закарпатського Центру профілактики та боротьби зі СНІД звернулося 44 подружні дискордантні пари, з них у 43 (97,7%) парах були ВІЛ-інфікованими чоловіки, а в 1 (2,3%) парі – жінка. Такий розподіл пацієнтів свідчить про переважну більшість ВІЛ-інфікованих чоловіків, які не можуть у звичайних умовах реалізувати своє репродуктивне право на народження здорової дитини, хоча світові наукові надбання щодо застосування ВМІ очищеною від ВІЛ спермою налічують понад 20 років. Отримані дані вказують на терміновість впровадження цих технологій в Україні.

Основну групу пацієнтів становили молоді люди віком 20–35 років (36 осіб, або 81,8%). Це свідчить про високий рівень поширення ВІЛ-інфекції серед молодих осіб віком до 30 років, а також вказує на необхідність розробки цільових впливових профілактичних програм, починаючи з дитячого та підліткового віку (табл. 1).

Таблиця 1
Розподіл респондентів за віком

Вік (роки)	Абс.	%
Молодші 20	1	2,3
20–24	10	22,7
25–29	18	40,9
30–34	7	15,9
35–40	5	11,4
Старші 40	3	6,8
Усього	44	100

Більшість пацієнтів, які звернулися по медичну допомогу, склали 20–30-річні – 28 (63,6%) осіб, а 25–30-річні становили 18 (або 40,9%) осіб. Пацієнти такого віку можуть планувати не одну, а декілька дітей, і, відповідно до вимог міжнародного репродуктивного права, ДРТ їм будуть необхідні у майбутньому. Тобто в Україні потребують впровадження сучасні технології для реалізації репродуктивного права дискордантними парами та народження ними здорових дітей.

Вивчення сімейного стану пацієнтів мало на меті дослідити виваженість рішення щодо народження дитини у сім'ї, де один із батьків страждає на ВІЛ-інфекцію, з огляду на те, що народжена дитина має бути планованою, яку, за світовими даними планування сім'ї, краще доглядають і виховують. Виваженість рішення щодо застосування ДРТ під-

тверджується і тим, що майже усі пацієнти (41 особа, або 93,2%) перебувають у шлюбі, з них в офіційному – 38 (86,4%) осіб. Слід зазначити, що ті 2,3% пацієнтів, які звернулися по медичну допомогу і не перебувають у шлюбі, скоріше за все, прийняли важливе рішення про народження здорової дитини і мають на це право, що необхідно врахувати при внесенні змін до законодавства.

За освітою пацієнти розподілилися таким чином: 1 (2,3%) – з початковою, 3 (6,6%) – з неповною вищою, 17 (38,6%) – із середньою спеціальною, 23 (52,3%) – з вищою освітою. Отримані результати свідчать, що, по-перше, ВІЛ-інфекція вийшла за межі груп ризику щодо інфікування ВІЛ і торкнулася загального населення (а це поглиблює проблему ВІЛ-інфекції в Україні), по-друге, дискордантні сімейні пари приймають, ймовірно, свідоме рішення про народження здорової дитини і забезпечать їй відповідні умови догляду та виховання, оскільки мають освіту і можуть працевлаштуватися. Це підтверджують результати вивчення зайнятості пацієнтів (табл. 2).

Таблиця 2
Зайнятість пацієнтів

Зайнятість	Абс.	%
Працюю	35	79,5
Навчаюсь	0	0
Займаюсь домогосподарством	5	11,4
Безробітний	3	6,8
Немає відповіді	1	2,3
Усього	44	100

Серед респондентів найбільше було працюючих – 35 (79,5%) осіб, безробітних – 3 (6,8%), а тих, що займаються домогосподарством, – 5 (11,4%). Слід зазначити, що у 97,7% пацієнтами були жінки, партнери яких працювали, про що свідчать результати дослідження рівня заробітку їхніх партнерів (табл. 3).

Таблиця 3
Рівень заробітку партнера пацієнтки

Рівень заробітку (грн)	Абс.	%
800–999	0	0
1000–2500	20	45,5
Понад 2500	20	45,5
Непостійний заробіток	4	9,0
Усього	44	100

Серед партнерів опитаних пацієнок постійну роботу мали 91,0% (з них 45,5% заробляли 1000–2500 грн, 45,5% – понад 2500 грн); а непостійний заробіток – 9,0%. Більшість (91,0%) респондентів вказали на заробітну плату, вищу за прожитковий мінімум для України (прожитковий мінімум згідно із Законом України «Про державний бюджет України на 2011 рік» станом на 01.01.2011 р. становив 894 грн), на час дослідження. Хоча 45,5% партнерів дискордантних пар отримували зарплатню понад 2500 грн, цих коштів абсолютно недостатньо для покриття витрат на ВМІ (табл. 4).

Таблиця 4
Рівень заробітку пацієнтки

Рівень заробітку (грн)	Абс.	%
800–999	3	6,9
1000–2500	24	54,5
Понад 2500	11	25,0
Непостійний заробіток	4	9,0
Немає відповіді	2	4,6
Усього	44	100

Серед пацієнок більшість (86,3%) працювала, з них 6,8% заробляли 800–999 грн на місяць, 54,5% – 1000–2500 грн, 25% – понад 2500 грн. Не постійний заробіток мали 9,0% пацієнок. Не було жодної дискордантної пари, у якій би обидва з подружжя не працювали.

Таким чином, доходи дискордантних пар не відрізняються від середньостатистичних по Україні, тому таке подружжя може виховувати дітей. А за умови використання ефективних технологій у профілактиці перинатальної ВІЛ-інфекції на це потрібно значно менше коштів, ніж у випадку народження ВІЛ-інфікованої дитини (державна допомога на ДРТ відповідно до Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року», затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2006 р. № 1849, становить 660 грн на 1 спробу ДРТ).

Далі вивчено репродуктивний анамнез жінок, яким застосовано ВМІ. Встановлено проблеми репродуктивного здоров'я пацієнок, які звернулися для застосування ВМІ. Так, у 19 (43,2%) пацієнок, яким надавалась медична допомога методом ВМІ, до цього мали вагітності, які не завершилися пологами, з них одна вагітність була у 16 (36,4%) осіб, три – у 3 (6,8%) осіб. Лише у 11,3% (5 осіб) пацієнок перша вагітність завершилась пологами. Значна частка пацієнок перервали першу вагітність методом штучного аборту, – 9 (20,5%) осіб.

На момент першої вагітності 5 (11,4%) пацієнок уже мали серйозні проблеми з репродуктивним здоров'ям, у яких вагітність завершилась самовільним викиднем. У 25 (56,8%) осіб до ВМІ вагітностей не було.

Отримані результати засвідчили, що, крім проблеми ВІЛ-інфекції у дискордантної пари, третина (31,9%) пацієнок, у яких в анамнезі були самовільні викидні та аборти, потребувала медичної допомоги з питань профілактики невиношування вагітності.

Як зазначалося вище, із 44 дискордантних пар, які звернулися для проведення ВМІ, 43 (97,7%) пацієнтки були ВІЛ-негативними (їхні партнери були ВІЛ-позитивними), 1 (2,3%) пацієнтка була ВІЛ-позитивною (її чоловік був ВІЛ-негативним). Ця жінка потребувала не лише ВМІ, але й антиретровірусної профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини. ВІЛ-позитивна пацієнтка мала ускладнений перебіг ВІЛ-інфекції і отримувала високоактивну антиретровірусну терапію (ВААРТ), що вказало на незадовільний стан репродуктивного здоров'я та ризик перинатальної ВІЛ-інфекції (у разі не проведення профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції). Партнери пацієнок у 40,9% отримували ВААРТ.

Серед ВІЛ-інфікованих осіб із дискордантних пар 31,8% інфікувалися від споживачів ін'єкційних наркотиків (СІН), 20,5% мали статевий контакт з ВІЛ-інфікованим, 15,9% інфікувалися іншим шляхом, третина (31,8%) не знали про джерело інфікування.

Отримані дані свідчать не лише про проблеми репродуктивного здоров'я, але й про серйозні порушення соматичного здоров'я, що є важливим як для виношування вагітності, так і для здоров'я майбутніх дітей. Тобто пацієнти з ВІЛ-інфекцією, які звертаються для проведення ВМІ, потребують ретельного обстеження перед маніпуляцією і підготовки до вагітності, у т.ч. суміжними спеціалістами. За результатами нашого дослідження, третина пацієнтів потребують консультації та медичної допомоги спеціалістів з терапії, наркології, психіатрії, токсикології.

Третина пацієнтів потребують медичної допомоги з питань профілактики перинатальної патології.

Результати дослідження засвідчили, що у пацієнтів та їхніх партнерів спостерігалися серйозні порушення здоров'я, а це потребувало ретельної підготовки до проведення ВМІ, а також профілактично-лікувальних заходів щодо виношування вагітності з метою попередження самовільних викиднів і передчасних пологів.

Усі ВІЛ-позитивні пацієнти перебували під постійним спостереженням спеціалістів і контролювали стан власного здоров'я: 50,0% пацієнтів обстежувались протягом 3 місяців, і 50,0% – протягом 6 місяців перед проведенням ВМІ.

Наступним кроком дослідження було вивчення рівня інформованості та психологічної готовності пацієн-

ентів до проведення ВМІ. Рівень інформованості дискордантних пар щодо можливості застосування ВМІ з метою народження здорових дітей у їхній сім'ї без ризику ВІЛ-інфекції для партнера вказав певною мірою на доступність цього методу для населення.

За даними анкетування, лише медичні спеціалісти та соціальні працівники, які працюють у сфері протидії ВІЛ/СНІДу, обізнані про можливість народження здорової дитини у дискордантній сім'ї. Серед опитаних дискордантних пар 50,0% про ВМІ дізналися від медичних спеціалістів; 47,7% – від соціальних працівників; 15,9% – з Інтернет-мережі; 18,2% – з телебачення, 4,5% – з інших ЗМІ. На недостатність інформації щодо ВМІ вказали 27,3% пацієнтів. Таким чином, дана проблема є міжсекторальною, тому вирішувати її слід спільними зусиллями представників різних галузей (а не тільки медичної).

Питання психології щодо застосування ДРТ у ВІЛ-інфікованих пацієнтів мають важливе значення, оскільки для таких пар (як і для інших гетеросексуальних пар) народження дитини свідчить про повноцінні подружні відносини.

Неможливість мати дитину є важким випробуванням для подружньої дискордантної пари. Відчуття «неповноцінної» сім'ї приводить до хронічного стресу, значно знижує якість життя, працездатність чоловіка і жінки, часто спричиняє дисгармонію у шлюбі.

Важливим аспектом прийняття рішення щодо дітей у сім'ях, уражених ВІЛ-інфекцією, є умовленість і психологічний стан цих сімей. До переваг при прийнятті рішення про народження дитини належать:

- бажання стати матір'ю;
- наявність дітей;
- думка партнерів і медичних спеціалістів;
- релігійні цінності;
- суб'єктивна можливість партнера бути хорошим батьком.

Спеціалісти мають враховувати, що у чоловіків рішення про вагітність не завжди чітко визначене, оскільки жінки є більш мотивованими.

Серед ВІЛ-інфікованих жінок стосовно материнства також існують протиріччя: воно може як посилювати, так і гальмувати негативні фізичні та соціальні наслідки ВІЛ. У деяких дослідженнях доведено (EUROSUPPORT, 2005), що 68,5% усіх батьків, які живуть з ВІЛ, вважають своє планування сім'ї завершеним, оскільки їм вже не хочеться мати дітей, і лише 15,5% чітко бажають народити дитину. Тобто ВІЛ-

інфекція пригнічує вибір мати чи не мати дітей з огляду на невідому перспективу сім'ї. Спеціалісти мають надавати психологічну підтримку, наголошуючи на високій ефективності АРТ, яка на сьогодні значно поліпшує якість і тривалість життя ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Психологічне навантаження у дискордантних подружніх парах зменшується за рахунок того, що ВІЛ-інфікований лише один із батьків, чим забезпечується перспектива майбутньої дитини.

Висновки

У дослідженні встановлено, що переважна більшість сімей пацієнтів – дискордантних пар (86,4%) приймають спільне рішення народити дитину, що надзвичайно важливо для успішного результату проведення ДРТ. З огляду на те, що у всьому світі ефективність ДРТ становить 30–40% (навіть без ВІЛ-інфекції), психологічна готовність дискордантної пари до ВМІ, яка ґрунтується на виваженості прийнятого рішення щодо народження дитини, має дуже важливе значення для підвищення ефективності ВМІ. Лише у 13,6% дискордантних сімей ініціатива і відповідальність щодо народження дитини належить одному із подружжя (по 6,8% від чоловіка та від жінки).

Слід відмітити активну участь ВІЛ-інфікованих чоловіків у прийнятті рішення щодо застосування ВМІ їхнім ВІЛ-негативним дружинам. Це свідчить про впевненість чоловіків у мінімізації ризику ВІЛ-інфекції як для дружини, так і для майбутньої дитини.

Однак поглиблене вивчення ставлення пацієнтів до ВМІ показало, що 36,4% пацієнтів бояться інфікуватися ВІЛ під час ВМІ, 18,2% відчувають страх щодо виникнення ускладнень під час або після ВМІ. Така ситуація вказує на необхідність психологічної підготовки та підтримки дискордантних пар при ВМІ.

Матеріальні труднощі при застосуванні ВМІ спостерігаються у 20,5% пацієнтів, що вказує на необхідність державної підтримки у застосуванні ДРТ.

Таким чином, отримані дані свідчать про необхідність унормування та практичного втілення ДРТ у діяльність лікувальних закладів, з метою надання можливості ВІЛ-інфікованим пацієнтам реалізувати їхнє репродуктивне право.

Подальші дослідження пов'язані з ефективністю застосування ВМІ для народження дитини у дискордантній сім'ї.

Список літератури

1. Доступ ВІЛ-позитивних жінок до якісних послуг з охорони репродуктивного здоров'я та материнства / О. М. Балакірева, Енн Екман, О. Г. Левцун [та ін.]. – К. : Вид-во Раєвського, 2004. – 112 с.

2. *Квашнина Е. В.* Оптимизация использования метода внутриматочной инсеминации в лечении бесплодия супружеской пары : автореф. дис. ... к.мед.н. : спец. 14.00.01 / Е. В. Квашнина. – Пермь, 2009. – 170 с.
3. *Маркова Е. В.* Фрагментация ДНК в сперматозоидах человека (обзор литературы) / Е. В. Маркова, А. С. Замай // Проблемы репродукции. – 2006. – № 4. – С. 15–19.
4. *Decreased Semen Volume and Spermatozoa Motility in HIV-1-Infected Patients Under Antiretroviral Treatment* / L. Bujan, M. Sergerie, N. Moinard [et al.] // J. of Andrology. – 2007. – Vol. 28, № 3, May/June.
5. *Pena J. E.* Assessing the clinical utility of in vitro fertilization with intracytoplasmic sperm injection in human immunodeficiency virus type 1 serodiscordant couples: report of 113 consecutive cycles / J. E. Pena, M. H. Thornton, M. V. Sauer // Fertil Steril. – 2003. – Vol. 80. – P. 356–362.
6. *Robb P. A.* Timing of hCG administration does not affect pregnancy rates in couples undergoing intrauterine insemination using clomiphene citrate / P. A. Robb, J. C. Robins, M. A. Thomas // J. Natl. Med. Assoc. – 2004. – Vol. 96, № 11. – P. 1431–1433.
7. *Semen alterations in HIV-1 infected men* / E. Dulioust, A. Le Du, D. Costagliola [et al.] // Hum Reprod. – 2002. – Vol. 17. – P. 2112–2118.

Дата надходження рукопису до редакції: 10.04.2012 р.

Анализ социального статуса дискордантных пар, которым была применена внутриматочная инсеминация

Н.В. Чепурнова (Черновцы, Киев)

Представлены результаты обследования дискордантных пар, которым применяли внутриматочную инсеминацию.

Ключевые слова: дискордантные пары, социальный статус, внутриматочная инсеминация.

Analysis of the social status of discordant couples by which has been applied intrauterine insemination

N.V. Chepurnova (Chernivtsi, Kyiv)

Results of the survey discordant couples which applied an intrauterine insemination have been presented.

Key words: discordant couples, social status, intrauterine insemination.

Рецензент: д.мед.н. Н.Я. Жилка.