

Стан впровадження сучасних репродуктивних технологій у м. Києві

О.М. Борис

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Основними медико-соціальними проблемами сьогодення – зростання захворювань онкологічного характеру та різке зниження репродуктивного здоров'я населення, що поступово призводить до демографічної катастрофи. Кількість безплідних пар у різних країнах світу в середньому становить 10–20%.

За визначенням ВООЗ репродуктивне здоров'я – це стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя у всіх питаннях, що стосуються репродуктивної системи, народження дітей та гармонії психосексуальних стосунків в сім'ї. Здоров'я та можливість продовження роду є важливим фактором, що визначає статус цивілізації та існування майбутніх поколінь людей на Землі.

Стан репродуктивного здоров'я вимагає активної участі держави, проведення науково-дослідницької роботи, широких міжнародних контактів з пріоритетних напрямків репродуктивної медицини з метою демографічної стабілізації.

Безпліддя – це ненавмисне ненастання вагітності протягом одного року у подружжя репродуктивного віку при регулярних статевих відносинах.

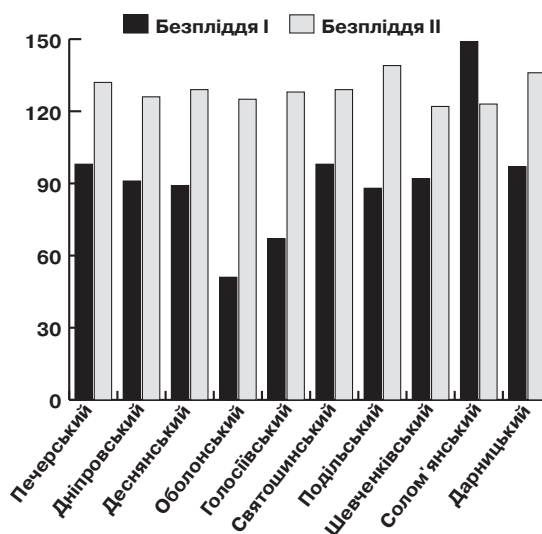
Виділяють первинне (I) безпліддя, коли жінка ніколи не була вагітною, та вторинне (II) безпліддя, коли пацієнтка мала хоча б одну вагітність в анамнезі незалежно від її фіналу (мал. 1).

За даними ВООЗ одним з найважливіших прав людини є право на вилікування від цієї хвороби із застосуванням усіх засобів, якими володіє сучасна репродуктивна медицина, однак, і досі немає чіткої клінічної та біологічної різниці між безпліддям та зниженою фертильністю, тому виникає складна проблема балансування між необхідними дороговартісними обстеженнями та лікувальними програмами і ризиком втрати дорогоцінного часу, особливо у жінок старшого віку (мал. 2).

Середня величина фертильності (відсоток вагітностей на 1 цикл) у молодих жінок становить 25%, через 2 роки після одруження вагітніють близько 80% заміжніх жінок, із 20% близько половини залишаються безплідними, а фертильність іншої половини ледь сягає 4%.

Основними факторами жіночого безпліддя за даними ВООЗ є:

- Психосексуальні розлади.
- Гіперпролактинемія.
- Гіпофізарний рівень пошкодження (пухлини).
- Аменорея з високим рівнем ФСГ.
- Аменорея з нормальним рівнем естрогенів.
- Аменорея з низьким рівнем естрогенів.
- Олігоменорея.
- Нерегулярні менструації та овуляція.
- Ановуляція при регулярному ритмі менструацій.
- Уроджені аномалії статевих органів.
- Системні захворювання.
- Двостороння непрохідність маткових труб.
- Спайковий процес в малому тазі.
- Ендометріоз.
- Набута патологія матки та шийки матки.
- Набута трубна патологія.
- Набута яєчникова патологія.
- Туберкульоз.
- Безпліддя неясного генезу (без лапароскопії).
- Ятрогенні причини.



Мал. 1. Співвідношення безпліддя I і II в м. Києві за 2013 рік


- Негативний посткоїтальний тест (ПКТ).
 - Відсутність видимих причин безпліддя.
- У 95% випадків безпліддя зумовлене поєднанням кількох факторів.

Класифікація жіночого безпліддя (ВООЗ):

- Трубний фактор – порушення прохідності або скоротливої активності труб.
- Перитонеальний фактор – перитубарні спайки, порушення співвідношення фібріальних відділів труб та яєчників, які перешкоджають транспорту гамет.
- Ендокринний фактор – порушення процесів овуляції внаслідок ураження гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи (ГТЯС) чи загальних та системних захворювань.

Рекомендації ВООЗ

- тривалість діагностики – не більше 2–6 міс, а тривалість терапії до ДРТ – до 2 років у пацієнток віком до 35 років
- тривалість терапії – до 1 року у пацієнток після 35 років



Мал. 2. Тривалість амбулаторної допомоги (до застосування допоміжної репродуктивної технології – ДРТ) залежно від віку жінки

• Матковий фактор – патологічний стан ендометрія, вади розвитку матки.

Шийковий фактор – анатомічні та функціональні зміни шийки матки, які перешкоджають руху спермів чи порушують їхню життєздатність.

Імунологічний фактор – утворення АСАТ в організмі жінки до спермів партнера.

Безпліддя через невстановлені фактори.

Якщо розрахувати приблизний показник для України, де кількість жінок фертильного віку становить 12,5 млн, отримаємо щонайменше 1,25 млн безплідних пар. Слід зазначити, що частка чоловічого безпліддя в Україні у загальній структурі безпліддя зростає і становить близько 40%.

Ураховуючи, що за статистичними даними сьогодні в м. Києві зареєстровано 2209 безплідних пар, з них жіноче безпліддя складає 1237, чоловіче – 972, щорічно в м. Києві потребують проведення ДРТ приблизно 500 пар, саме тому питання репродуктивної медицини, особливо можливості розвитку державних програм проведення ДРТ для визначеного контингенту населення, набирає неабиякої актуальності та значущості.

За даними статистики в державі нараховується більше 1 млн безплідних пар, єдиним методом лікування яких є застосування програм ДРТ, проте, наприклад, за 2011 рік в Україні проведено всього 12 000 циклів лікування методами ДРТ, серед яких лише 650 циклів програми лікування безпліддя за державні кошти МОЗ України та 170 циклів ДРТ муніципальної програми м. Києва, що далеко не задовольняє державним потребам. В Україні на 10 жінок в місті припадає 9 народжених дітей, в селі – 13 дітей, в той час як в країнах Європи – в середньому 17,5 дітей. Для відтворення населення України потрібно народження 21–22 дітей на 10 жінок.

В Україні лікування безпліддя за допомогою ДРТ набуває все більшого поширення: показник безпліддя в різних регіонах становить від 10–12% до 18–20%. Якщо раніше (2008 р.), за даними державних статистичних звітів, у загальній структурі жіноче безпліддя становило 80,1%, а чоловіче – 19,9%, то в 2013 році це співвідношення становить 60:40 відповідно, як і в інших країнах Європи, що зумовлено різким погіршенням якості сперми на тлі багатьох ендо- та екзогенних факторів. За даними ВООЗ основні показники сперми погіршилися в 1,5–7 разів (мал. 4).

ДРТ використовують в Україні з 1987 року. Згідно з термінологією ВООЗ (2004 р.), ДРТ – це методики лікування безпліддя, за яких маніпуляції з репродуктивними клітинами, окремі або всі етапи підготовки репродуктивних клітин, процеси запліднення і розвитку ембріонів до переносу їх у матку реципієнтки здійснюються в умовах *in vitro*.

Виконання постанови Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2006 року № 1849 «Про затвердження Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації на період 2015 року» вимагає подальшого здійснення комплексу заходів, спрямованих на поліпшення репродуктивного здоров'я населення м. Києва. Саме на це спрямована програма «Репродуктивне здоров'я населення м. Києва на 2008–2015 роки», метою якої є поліпшення репродуктивного здоров'я населення м. Києва як важливої складової загального здоров'я, впливу на демографічну ситуацію.

Вважаємо за необхідне навести **існуючі нормативні документи стосовно ДРТ:**

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я.
2. Громадянський кодекс України.
3. Сімейний кодекс України.

4. Наказ Президента України від 03.01.2002 № 5 «Про заходи щодо заохочування народжуваності в Україні», Розпорядження Кабінету Міністрів України від 01.07.2002 № 335-р «Про затвердження комплексних заходів щодо заохочування народжуваності на 2002–2007 роки».

5. Наказ МОЗ України від 29.11.04 р. № 579 «Про затвердження Порядку направлення жінок на лікування безплідності

Спосіб життя та безпліддя

Фактор	Вплив на фертильність	Автори
ІМТ > 35 кг/м ²	↑ в 2 рази час настання вагітності	Hassan et al., 2004
ІМТ < 18 кг/м ²	↑ в 4 рази час настання вагітності	Hassan et al., 2004
Паління	Відносний ризик безпліддя ↑ на 60%	Clark et al., 1998
Алкоголь (> 2 доз / добу)	Відносний ризик безпліддя ↑ на 60%	Eggert et al., 2004
Кофеїн (> 250 мг / добу)	Відносний ризик безпліддя ↑ на 45%	Wilcox et al., 1988
Наркотики	Відносний ризик безпліддя ↑ на 70%	Mueller et al., 1990
▶ (ASRM, 2008)		

Мал. 3. Вплив способу життя пацієнтів на фертильність

методами допоміжних репродуктивних технологій за абсолютними показаннями за бюджетні кошти».

6. Наказ МОЗ України від 09 вересня 2013 року № 787 «Про затвердження Інструкції про порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій».

Відповідно до «Інструкції про порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій» ДРТ застосовують за медичними показаннями за письмово оформленою, добровільною згодою та заявою пацієнтів щодо застосування зазначених технологій. При цьому, питання застосування відповідних технологій вирішується лише після відповідного обстеження (обсяг якого визначається наведеною вище Інструкцією) та підтвердження того, що жінка-реципієнт не має хвороб та протипоказань щодо їх застосування. Протипоказаннями є захворювання, визначені додатком 1 до Порядку направлення жінок для проведення першого курсу лікування безплідності методами ДРТ за абсолютними показаннями за бюджетні кошти, затвердженого наказом МОЗ України від 29.11.2004 № 579, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 15.02.2005 за № 224/10504. Інструкція також передбачає, що застосування ДРТ здійснюється виключно в акредитованих закладах охорони здоров'я спеціалістами, які володіють необхідними професійними навичками (мал. 5).

Слід зазначити, що собівартість одного циклу лікування безпліддя методами ДРТ в державній установі за бюджетні кошти становить в середньому 20 000 гривень, тоді як в приватних структурах вартість циклу лікування коливається в межах від 45 000 до 60 000 гривень і більше за рахунок інфляції. Однак аналіз роботи жіночих консультацій м. Києва показав, що лікарі, яких комерційно заохочують приватні клініки ДРТ,

WHO REFERENCE VALUES-SEMEN ANALYSIS

data	WHO 1998	WHO 2010
Ejaculate volume	2 ml	1,5 ml
Total sperm count in ejaculate	40 mill	39 mill
Sperm count	20 mill/ml	15 mill/ml
Overall motility	50%	40%
Progressive motility	50%	32%
Vital sperm	75%	58%
Morphological normal sperm	30%	4%
pH Value	≥ 7,2-7,8	≥ 7,2

Частка чоловічого безпліддя в Україні у загальній структурі безпліддя зростає і становить біля 40%!

Мал. 4. Порівняльний аналіз ВООЗ (1998–2010 рр.) щодо якості сперми

віддають перевагу саме їм, навіть не інформуючи жінку про можливість безкоштовної спроби ДРТ за рахунок держави (мал. 6)!

Слід урахувати скрутне фінансове становище більшості безплідних пар та їхню неспроможність оплатити цикли лікування безпліддя методами ДРТ. Препарати для циклів ДРТ імпортують в Україну із закордону, відповідно оплачуються в іноземній валюті. У зв'язку зі світовою інфляцією, кількість циклів ДРТ, які фінансувалися згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23 грудня 2008 року № 771 не були достатніми для покращання демографічного стану в країні. Тому сьогодні вимоги до ДРТ регулює Наказ МОЗ від 09 вересня 2013 року № 787 «Про затвердження Інструкції про порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій». Вважаємо за необхідне зазначити доцільність проведення першого курсу лікування безпліддя методами ДРТ за абсолютними показаннями за бюджетні кошти саме в державних закладах, якими є в м. Києві Київський міський центр репродуктивної та перинатальної медицини (КМЦРПМ), а також клініка ДРТ УДІР НМАПО імені П.Л.Шупика, розташована на базі КМЦРПМ (мал. 6,7).

Перелік сучасних методик ДРТ:

- IVF – In Vitro Fertilization, або ЗІВ – запліднення in vitro;
- ICSI – Intracytoplasmic Sperm Injection, або ІКСІ – ін'єкція одного спермія в цитоплазму ооцита;
- OD – oocyte donation, або ДО – донатія ооцитів;
- ED – embryo donation, або ДЕ – донатія ембріонів;
- SM – surrogate mother, або СМ – сурогатне материнство;
- ET – Embryo Transfer, або ЕТ – ембріотрансфер (перенос ембріонів до порожниці матки);
- AH – Assisted Hatching (Zona Cutting; Zona Drilling; Partial Zona Dessection), або ДХ – допоміжний хетчинг (розсічення блискучої оболонки);
- PGD – Preimplantation Genetic Diagnosis, або ПГД – преімплантаційна генетична діагностика.

Однак, на жаль, лише **методика IVF (ЗІВ) є основою державної безкоштовної програми та передбачає:**

- відбір і обстеження пацієнтів;
- індукцію суперовуляції, моніторинг фолікулогенезу та розвитку ендометрія;
- пункцію фолікулів яєчників, пошук ооцитів, оцінювання їх якості;
- підготовку спермій та інсемінацію ооцитів і культивування ембріонів in vitro;
- ембріотрансфер – перенесення ембріонів у порожнину матки;
- підтримку лютеїнової фази стимульованого менструального циклу;
- діагностику вагітності ранніх термінів.

Можливі ускладнення при проведенні ЗІВ:

- синдром гіперстимуляції яєчників (СГСЯ);
- алергічні реакції, пов'язані з введенням препаратів для контрольованої суперовуляції і підтримки лютеїнової фази стимульованого менструального циклу;
- зовнішня та внутрішня кровотеча;
- гостре запалення, або загострення хронічного запалення органів жіночої статеві сфери;
- багатоплідна маткова вагітність;
- гетеротопічна вагітність.

Ефективність ДРТ (ASRM, 2006; ESHRE, 2007):

- середня ефективність ДРТ на один цикл становить 30–55%;
- сприятливий перебіг вагітності після ДРТ становить 77,4%;
- у 21% жінок вагітність переривається до 18–20 тиж.

Важливим для внесення пропозицій щодо майбутнього розвитку ДРТ в Україні та в м. Києві є висвітлення **досвіду іноземних колег.**

Ізраїль посідає перше місце в світі за кількістю проведених циклів ДРТ.

Наказ від 28.10.11р. №148 «Про порядок проведення лікування безпліддя методами допоміжних репродуктивних технологій за бюджетні кошти в КМЦРПМ»

«Виписка з медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого»
(для жінок, які направляються на комісію з вибору пацієнок з абсолютними показаннями для проведення першого курсу лікування безпліддя методами допоміжних репродуктивних технологій за бюджетні кошти)

<p>1. Прізвище, ім'я, по-батькові _____</p> <p>2. Результати обстеження жінки: _____</p> <p>2.1. Група крові _____ Rh-фактор _____</p> <p>2.2. Загальний аналіз крові: (дата _____) Hb _____ L _____</p> <p>ШОЕ _____ тромбоцити _____ час згортання _____</p> <p>2.3. Загальний аналіз сечі: (дата _____)</p> <p>колір _____ питома вага _____ білок _____ цукор _____ I _____ E _____</p> <p>2.4. Біохімія крові: (дата _____) загальний білок _____</p> <p>загальний білірубін _____ цукор _____ сечовина _____ креатинін _____</p> <p>2.5. Аналіз виділень з піхви: (дата _____)</p> <p>лейкоцити _____ флора _____</p> <p>2.6. Цитологічне дослідження з шийки матки: (дата _____)</p> <p>тип мазка _____</p> <p>результат _____</p> <p>2.7. Обстеження на TORCH-інфекції (для ІФА-методу обов'язково вказати норми даної лабораторії)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2.8. RW: (дата, номер аналізу) _____</p> <p>2.9. СНІД: (дата, номер аналізу) _____</p> <p>_____</p> <p>2.10. Вірусний гепатит В (антитіла): (дата, номер аналізу) _____</p> <p>2.11. Вірусний гепатит С (антиген): (дата, номер аналізу) _____</p> <p>2.12. Результати гормонального обстеження:</p> <p>ФСГ (на 2-3 день м.ц.) _____ (норма _____)</p> <p>ЛГ (на 2-3 день м.ц.) _____ (норма _____)</p> <p>Естрадіол (на 2-3 день м.ц.) _____ (норма _____)</p> <p>Тестостерон _____ (норма _____)</p> <p>Пролактин _____ (норма _____)</p>	<p>Кортизол _____ (норма _____)</p> <p>2.13. Результати обстежень у спеціалістів (для виключення протипоказань для проведення циклу лікування за методами допоміжних репродуктивних технологій):</p> <p>Ендокринолог _____</p> <p>Психіатр _____</p> <p>Терапевт _____</p> <p>Інфекціоніст _____</p> <p>3. Результати генетичного обстеження жінки, подружньої пари (висновок лікаря-генетика)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>4. Результати обстеження чоловіка:</p> <p>П.І.П. _____ вік _____</p> <p>4.1. Спермограма (дата _____)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>4.2. RW: (дата, номер аналізу) _____</p> <p>4.3. СНІД: (дата, номер аналізу) _____</p> <p>5. Обґрунтувати направлення на лікування методами допоміжних репродуктивних технологій</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Лікуючий лікар _____ (підпис) ПІБ _____</p> <p>Зав. відділенням (консультацією) _____ (підпис) ПІБ _____</p> <p>Дата _____</p>
--	--

Мал. 5. Виписка з медичної карти пацієнтки на комісію з ДРТ

В Ізраїлі державне забезпечення програм репродуктивного здоров'я дозволяє безплідним парам проходити цикли лікування методами ДРТ за бюджетні кошти **в необмеженій кількості**.

Обмеженням для продовження лікування безпліддя за бюджетні кошти є настання **двох вагітностей, які закінчуються пологами, та вік подружжя більше 45 років**.

У Франції фінансується в рік близько 150 000 циклів лікування безпліддя методами ДРТ.

Кількість спроб **необмежена** для подружжя.

У Німеччині на одне безплідне подружжя проводиться **4 IVF або IVF/ICSI-циклу, або 2 GIFT-циклу** за рахунок Krankenkassen (на штат страхової компанії, що співпрацює з державою).

Вікове обмеження – 40 років. Для отримання дозволу на додаткові спроби лікування безпліддя необхідно мати висновок комісії Krankenkassen.

За рік у Німеччині проводять близько 120 000 циклів ДРТ. (Інформація отримана на сайті: www.ivf-worldwide.com).

Ураховуючи досвід іноземних колег, для підвищення ефективності ДРТ та вирішення демографічної проблеми в цілому, можна запропонувати проходити цикли лікування методами ДРТ за бюджетні кошти не тільки за методикою IVF, але й ICSI (мал. 9, 10).

Показання до ICSI:

- патоспермія (олігозооспермія – концентрація сперміїв менше 2 млн/мл, астенозооспермія – менше 1 млн активно рухомих сперміїв в 1 мл, тератозооспермія – менше 5% нормальних форм за даними морфологічного аналізу за Крюгером);
- наявність антиспермальних антитіл в еякуляті;
- обструктивна азооспермія (при отриманні сперміїв маніпуляційними методами);
- незадовільне (або відсутнє) запліднення ооцитів в попередніх спробах ЗІВ.

Згідно з необхідністю надання розрахункових потреб лікарських засобів та виробів медичного призначення для проведення лікування трубно-перитонеального безпліддя киянам в рамках Державної програми методами ДРТ на базі КМЦРПМ відповідно до розділів міської Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'є киян» нами була проведена ретельна робота з:

1. Аналізу наданої інформації з 38 жіночих консультацій (ЖК) м. Києва щодо кількості безплідних пар, які знаходяться на обліку. Із загальної кількості пар з безпліддям в середньому в кожну ЖК м. Києва 10–15 пар на рік звертаються саме з трубно-перитонеальним фактором. Слід зазначити, що в деяких ЖК цей показник перевищує 30 пар, а також спостерігається тенденція до зростання цього показника протягом останніх 3 років.

2. Аналізу рекомендацій ВООЗ та міжнародних керівництв і протоколів показників застосування IVF, які мають становити 1 на 1000 пологів. Ураховуючи, що кількість пологів в м. Києві становить близько 30 000 пологів на рік з тенденцією до зростання, ми передбачили в наших розрахунках збільшення потреби кількості проведення спроб циклів IVF в рамках Державної програми ДРТ в м. Києві на базі КМЦРПМ з 300 спроб у 2012 році, з поступовим щорічним збільшенням на 50 спроб, до 500 спроб у 2016 році.

Лікування трубно-перитонеального безпліддя в рамках Державної програми методами ДРТ здійснюється за двома протоколами:

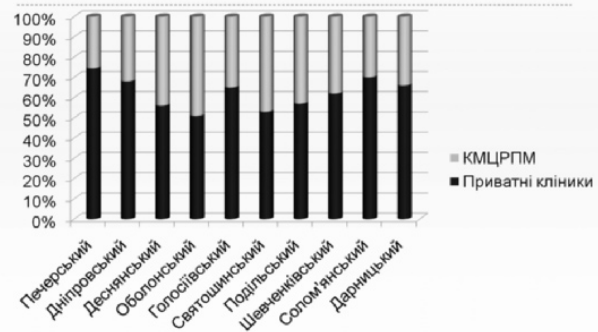
Довгий протокол з використанням агоністу РГ – **Декапептил Дено** (80%);

Протокол з антагоністами РГ – **Ганірелікс** (20%).

Для індукції овуляції використовують:

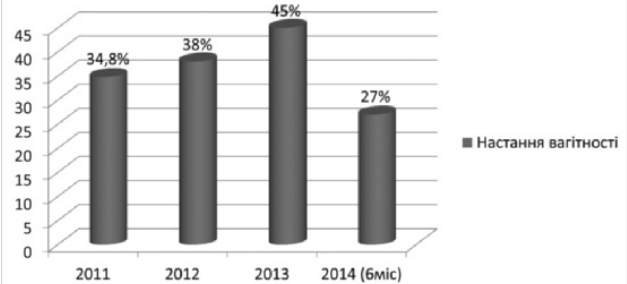
- Рекомбінантні ФСГ – **Пурегон** або **Гонал Ф**;
- Менотропіни – **Менопур**;
- Хоріонічний гонадотропін людини (ХГЛ) – 10 000 ОД.

Статистика напрямлень безплідних пар в клініки м. Києва за 2013р.

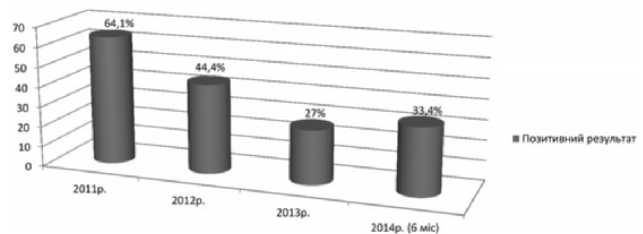


Мал. 6. Співвідношення напрямлень жіночими консультаціями м. Києва пацієнок в державні та приватні клініки ДРТ

Настання вагітності



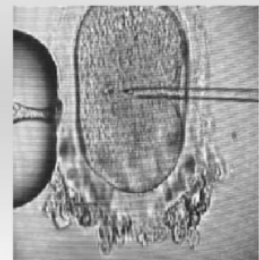
Мал. 7. Ефективність циклів ДРТ в УДІР НМАПО імені П.Л. Шупика



Мал. 8. Ефективність циклів ДРТ в КМЦРПМ м. Києва

Ін'єкція одного спермія в цитоплазму ооцита (ІКСІ) проводиться за допомогою **інвертованого мікроскопу** з мікроманіпуляторами та з використанням спеціальних мікроінструментів, а також живильних середовищ.

Ключове завдання методики ІКСІ – отримання зиготи.



Мал. 9. Методика ICSI

З метою забезпечення наступності в роботі між педіатричною, терапевтичною та акушерсько-гінекологічною службами та згідно з наказом ГУОЗ та МОЗ від 28.07.1997 № 230 «Про вдосконалення акушерсько-гінекологічної і неонатологічної служби у м. Києві» в усіх районах міста працюють акушерсько-терапевтично-педіатричні ради, які сформовані за територіальною ознакою відповідно до дислокації дільниць. Засідання районних аку-

шерсько-терапевтично-педіатричних рад проводяться щоквартально та позапланово при виникненні складних випадків перебігу вагітності. У кожному районі створені комісії з передачі підлітків в дорослу мережу. Кожна ЖК підтримує зв'язок з дитячим гінекологом закріпленої територіально дитячої поліклініки.

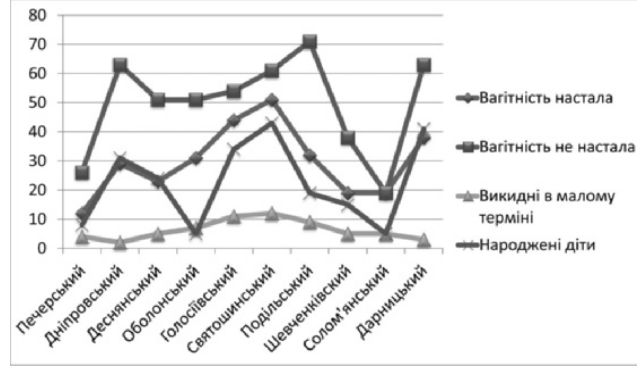
За 2013 р. проведено 12 засідань Комісії на базі Київського міського центру репродуктивної та перинатальної медицини (мал. 1). Документи на Комісію подали 177 безплідних пар. Слід зазначити, що найбільш активно направляли безплідних жінок на бюджетну програму ЖК Оболонського, Святошинського, Шевченківського та Солом'янського районів (мал. 11, 12).

На 2015 рік заплановано:

- постійно продовжувати моніторинг безплідних пар м. Києва, створити реєстр безплідних пар м. Києва, продовжувати роботу комісії з направлення безплідних жінок на лікування методами ДРТ за абсолютними показаннями за бюджетні кошти (виділено державою медикаментів на 106 спроб);
- згідно з наказом МОЗ України оптимізувати роботу ПЛР-лабораторії з дослідження на TORCH та інші інфекції, що передаються статевим шляхом, для забезпечення потреб м. Києва;
- збільшити абсолютну кількість малоінвазивних втручань (лапароскопічних та гістероскопічних операцій);
- дооснастити клініку ДРТ УДІР НМАПО імені П.Л. Шупика та КМЦРПМ м. Києва сучасним обладнанням для забезпечення ефективної програми реабілітації після оперативних методів лікування безпліддя, впровадження еферентних методів підготовки до ДРТ, реабілітаційного лікування після невдалих спроб ДРТ;
- впроваджувати нові ефективні технології в медичну практику, в тому числі перинатальні технології у співпраці з проектом «Здоров'я матері і дитини».

Таким чином, урахувавши все зазначене вище, можна зробити наступні висновки та надати відповідні пропозиції:

1. Ураховуючи, що кількість пологів у м. Києві становить близько 30 000 пологів на рік з тенденцією до зростання, ми пе-



Мал. 10. Ефективність циклів ДРТ за даними ЖК м. Києва

редбачили в наших розрахунках збільшення потреби кількості проведення спроб циклів IVF в рамках Державної програми ДРТ в м. Києві на базі КМЦРПМ з 300 спроб у 2012 році, з поступовим щорічним збільшенням на 50 спроб, до 500 спроб у 2016 році, що, безумовно передбачає збільшення фінансування ДРТ державою.

2. Аналіз роботи 38 ЖК м. Києва показав, що лікарі, яких комерційно заохочують приватні клініки ДРТ, віддають перевагу саме їм, навіть не інформуючи жінку про можливість безкоштовної спроби ДРТ за рахунок держави, тому слід посилити як науково-практичну роботу з лікарями ЖК м. Києва, так і контроль за виконанням наказів МОЗ України, ДООЗ КМДА, клінічних протоколів та настанов тощо.

3. Ураховуючи досвід іноземних колег, для підвищення ефективності ДРТ та вирішення демографічної проблеми в цілому, можна запропонувати проходити цикли лікування методами ДРТ за бюджетні кошти не тільки за методикою IVF, але й ICSI, та збільшити віковий регламент до 45 років, що також потребує додаткового обладнання та фінансування.

Звіт жіночих консультацій м. Києва (2013 рік)

Найменування	Печерський	Дніпровський	Деснянський	Оболонський	Голосіївський	Святошинський	Подільський	Шевченківський	Солом'янський	Дарницький	Всього
Кількість установ у районі	1	6	4	3	4	6	2	6	4	3	
Безпліддя I	Трубно-перитоніальний фактор	39	48	37	34	42	47	46	49	58	449
	Ендометриальний фактор	17	13	19	7	9	21	16	17	39	179
	Чоловічий фактор	23	19	24	3	6	17	14	13	24	158
	Неясного генезу	19	11	9	7	10	13	12	13	28	134
Всього	98	91	89	51	67	98	88	92	149	97	920
Безпліддя II	Трубно-перитоніальний фактор	71	68	67	73	67	76	69	66	48	673
	Ендометриальний фактор	27	18	24	17	29	20	25	21	36	248
	Чоловічий фактор	27	31	29	27	28	25	35	27	21	279
	Неясного генезу	7	9	9	8	4	8	10	8	18	89
Всього	132	126	129	125	128	129	139	122	123	136	1289

Мал. 11. Репродуктивні звіти ЖК м. Києва

Звіт жіночих консультацій м. Києва (2013 рік)

Безплідні пари, що отримують лікування більше року	Результати лікування ДРТ										
	67	51	48	43	51	72	28	74	48	37	519
- настання вагітності	38	92	74	82	98	112	103	57	34	101	781
- вагітність не настала	12 (31,3%)	29 (30%)	23 (31,3%)	31 (37,8%)	44 (44,9%)	51 (33,1%)	32 (31,1%)	19 (30%)	39 (37,8%)	38 (37,8%)	298
- викидень в малому терміні	28 (88,3%)	63 (70%)	51 (88,9%)	51 (82,2%)	54 (55,1%)	61 (34,9%)	71 (88,9%)	38 (66,7%)	39 (50%)	63 (82,2%)	497
- кількість народжених дітей	4 (33,3%)	2 (6,9%)	5 (21,7%)	7 (22,6%)	11 (23%)	12 (23,5%)	9 (28,1%)	5 (26,3%)	5 (26,3%)	3 (7,9%)	63
Кількість жінок, які направлені на ДРТ	8	38	24	8	34	43	19	18	8	48	225
- в КМЦРПМ	25,5	32	44	49	35	47	43	38	30	34	25,5
- в приватні клініки репродуктивної медицини	74,5	68	56	51	6,5	5,3	5,7	6,2	7,0	6,6	74,5

Мал. 12. Репродуктивні звіти ЖК м. Києва

Сведения об авторе

Борис Елена Николаевна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04212, г. Киев, пр. Героев Сталинграда, 16. E-mail: elena_boris@bk.u

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я.
2. Грамадянський кодекс України.
3. Сімейний кодекс України.
4. Наказ Президента України від 03.01.2002 № 5 «Про заходи щодо заохочування народжуваності в Україні» Розпорядження Кабінету Міністрів України від 01.07.2002 № 335-р «Про затвердження комплексних заходів щодо заохочування народжуваності на 2002–2007 роки».
5. Наказ МОЗ України від 29.11.04 р. № 579 «Про затвердження Порядку направлення жінок на лікування безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій за абсолютними показаннями за бюджетні кошти».
6. Наказ МОЗ України від 09 вересня 2013 року № 787 «Про затвердження Інструкції про порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій».
7. Звіт про роботу головного позастатного консультанта департаменту охорони здоров'я м. Києва з питань репродуктології за 2013 рік.
8. www.ivf-worldwide.com.
9. Data ASRM, 2006; ESHRE, 2007.

Статья поступила в редакцию 13.11.2014