УДК 616.699-008-08:612.613

Інсемінація спермою чоловіка: результати відновлення фертильності у подружніх пар з чоловічою безплідністю

Ю.М. Гурженко, А.О. Куценко

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Мета дослідження: **аналіз результатів з відновлення фертильності подружніх пар з чоловічим фактором безплідності за допомогою програми інсемінації спермою чоловіка.**

Матеріали та методи. **Проаналізовано результати відновлення дітородної функції у 140 подружніх пар з чоловічою безплідністю, яким у 2013–2015 рр. в Інституті репродуктивної медицини (м. Київ) була застосована програма інсемінації спермою чоловіка.**

Результати. **Установлено, що число вагітностей і пологів після 3 спроб (420 циклів) з інтервалом 3–5 міс досягнуто у 17,0±1,8% і 15,0±1,8% випадків відповідно. Підтверджено наявність лінійної залежності між фактом відновлення фертильності і такими факторами, як вік жінки, тривалість відсутності природної вагітності, реакція овуляторної функції на стимуляцію. Об'єктивізовано вплив на результат показників спермограми: вид патоспермії, концентрація сперматозоїдів, яка знаходиться у зворотній залежності від наявності предикторів і детермінант, що обтяжують загальний стан чоловіка, а також відсоток активнорухливих фракцій сперміїв.**

Заключення. **Підтверджено причинно-наслідковий зв'язок результату з такими факторами, як вік жінок, тривалість ненастання природної вагітності, реакція овуляторної функції на стимуляцію. Проте вирішальним є об'єктивно доведені показники спермограми: вид патоспермії, концентрація сперматозоїдів та відсоток активнорухливих їхніх фракцій, а також загального стану здоров'я чоловіків.**

Ключові слова: *чоловічий фактор безплідності, інсемінація спермою чоловіка, результат.*

З роками значення та місце допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) серед існуючих видів відновлення фертильності подружньої пари з безплідністю стають більш вагомими та одними з провідних [3, 6, 7, 9, 12, 13]. Більшість авторів відзначають необхідність під час вирішення цього питання дотримуватися комплексного, системного підходу за умови індивідуалізованого вибору методу лікування. При вирішенні актуальної з точки зору соціальних, медичних і економічних аспектів проблеми, якою є безплідність, слід ураховувати чоловічий фактор, доля якого інтенсивно зростає [1, 4, 8, 11, 14]. Незважаючи на те, що у випадках застосування ДРТ питання безпосереднього лікування того чи іншого захворювання, що визначається за її причину, не стоїть, біологічні/загальноклінічні особливості особистості не можна залишати поза увагою. Про це свідчить досвід та дані публікацій [2, 10, 15]. Тому на сьогодні очевидним є факт, що неодмінною вимогою для відновлення дітородної функції пари з чоловічою безплідністю слід вважати їхній суворий відбір та чіткі критерії до параметрів спермограми. Викладене вище мотивує потребу у критичному аналізі результатів з відновлення фертильності подружніх пар з чоловічим фактором безплідності за допомогою інсемінації спермою чоловіка (ІСЧ) з тим, щоб уточнити причинно-наслідковий зв'язок між ними та, по суті, відомими факторами, що й стало **метою дослідження**.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідженні проаналізовані результати відновлення фертильності у 140 подружніх пар з чоловічим фактором безплідності за допомогою ІСЧ на базі Інституту репродуктивної медицини (м. Київ) протягом 2013–2015 рр. Під час обстеження та проведення процедури програми дотримувались існуючих клінічних протоколів. Більшість партнерів перебували у віці до 30 років; чоловіків було 52,1±4,2%, жінок – 62,1±4,1%; $p<0,05$. Кожен третій, незалежно від статі, був у віці 30–39 років. Серед осіб віком понад 40 років переважали чоловіки (15,0±3,0% проти 9,3±2,4% жінок; $p<0,05$).

Отримані дані вивчали, аналізували за кількісними, атрибутивними, факторіальними та результативними ознаками. Достовірність сукупностей, що порівнювались, визначали за розрахунком критерію Стьюдента.

Таблиця 1

Відсоток вагітностей та пологів за програмою ІСЧ з урахуванням віку жінок із пар з чоловічим фактором безплідності, n=140

Вік, роки	Абс. число	%	Кількість циклів	Кількість вагітностей			Кількість пологів		
				Абс. число	%	m	Абс. число	%	m
До 24	47	83,6	141	31	22,0	3,6	30	21,3	3,4
25-29	40	28,6	120	25	20,8	3,7	23	19,2	3,6
30-34	16	11,4	48	8	16,7	5,3	6	12,5	4,7
35-39	24	17,1	72	5	6,9*	2,9	3	4,2*	2,3
40-44	13	9,3	39	2	5,1*	3,5	1	2,6*	2,5
≥45	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Усього	140	100	420	71	17,0	1,8	63	15,0	1,8

Примітка. * – Різниця між показниками у стовпчику достовірна; $p<0,05$.

Таблиця 2

Відсоток відновлення фертильності у подружніх пар з чоловічим фактором безплідності за програмою ІСЧ з урахуванням віку чоловіків, n=140

Вік, роки	Абс. число	%	Кількість циклів	Кількість вагітностей			Кількість пологів		
				Абс. число	%	m	Абс. число	%	m
До 24	29	20,7	87	20	23,0	4,5	19	21,8	4,4
25-29	44	31,4	132	26	19,7	3,4	25	19,0	3,4
30-34	29	20,7	87	17	19,5	4,2	15	17,2	4,0
35-39	17	12,2	51	4	7,8*	3,8	3	5,9*	3,2
40-44	14	10,0	42	3	7,1*	3,9	1	2,4*	2,3
≥45	7	5,0	21	1	4,8*	4,5	-	-	-
Усього	140	100,0	420	71	17,0	1,8	63	15,0	18

Примітка. * – Різниця між показниками у трьох перших та у трьох нижніх рядках достовірна; p<0,05.

Таблиця 3

Відсоток вагітностей та пологів у жінок із подружніх пар з чоловічою безплідністю за програмою ІСЧ залежно від кількості фолікулів за результатами стимуляції овуляції

Кількість фолікулів	Кількість циклів		Вагітність		Пологи		Двійня		Трійня	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
1	95	22,6	10	10,5*	9	9,5*	0	0	0	0
2	135	32,2	22	16,3	21	15,6	2	9,5	0	0
3	127	30,2	23	25,2	20	15,7	3	15,0	0	0
4	63	15,0	16	25,4	13	20,6	4	30,8	1	7,7
Усього	420	100,0	71	17,0	63	15,0	9	14,3	1	15,9

Примітка. * – Різниця між показниками у стовпчику достовірна; p<0,05.

Таблиця 4

Відсоток відновлення фертильності у подружніх пар з чоловічим фактором безплідності за програмою ІСЧ залежно від терміну її природної відсутності

Термін безплідності, роки	Усього		Кількість циклів	Кількість вагітностей			Кількість пологів		
	Абс. число	%	Абс. число	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m
До 4	23	16,4	69	23	33,3*	5,6	22	31,9*	5,6
>1 – < 3	41	29,3	123	29	23,6*	3,8	28	22,8*	3,7
≥3 – < 5	51	36,4	153	14	92	2,3	11	7,2	2,0
≥5 – < 7	15	10,7	45	4	8,9	4,2	2	4,4	3,0
≥7	10	7,1	30	1	3,3	3,1	-	-	-
Усього	140	100,0	420	71	17,0	1,8	63	15,0	1,8

Примітка. * – Різниця між показниками у стовпчику достовірна; p<0,05.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Було проаналізовано результати застосованої програми ІСЧ з відновлення фертильності у 140 подружніх пар, у яких безплідність зумовлена чоловічим фактором. Аналізували дані, отримані у 3 спробах запліднення з інтервалами 3–5 міс, в цілому за 420 циклами. Варто зазначити, що основні вихідні показники гормонального стану жінок із пар знаходились у межах довірчих інтервалів, характерних для здорових осіб, такими вони залишалися й після стимуляції яєчників. Далі представлені виявлені у ході виконання дослідження особливості, які розкривають основні причинно-наслідкові зв'язки між результатом та основними вихідними параметрами клініко-лабораторних досліджень.

Проаналізований відсоток вагітностей та пологів залежав від віку жінок, тоді як для чоловіків більш значущим був не вік, а кількість несприятливих передумов та ступінь вираженості порушень спермограми. У табл. 1 подані показники вагітностей і пологів, які настали за програмою ІСЧ, залежно від віку жінок.

За даними табл. 1 простежується чітка тенденція до зменшення числа вагітностей та пологів – вона набуває достовірної різниці, починаючи із 35 років і більше. Так, якщо до 30 років настання вагітності було досягнуто після 261 циклів у 56 зі 140 пар (40,0±4,1%), у 30 – 39 років – після 120 циклів у 13 зі 140 пар (9,3±2,4%), то у ≥40 років – лише у 2 (1,4±0,9%) пар після 39 циклів. Відповідно до цього відсоток пологів становив 37,8±4,0%, 6,4±2,0% та 0,7±0,3%. Достовірність різниці очевидна.

Вважали цікавим проведення такого самого аналізу за віком чоловіків. Результати подані у табл. 2.

Як видно з табл. 2, характер динаміки виявився подібним. З віком у чоловіків, дійсно, здатність відновлення дітородної функції стає слабшою. Якщо до 30 років у 46 (32,8±3,9%) з них за 219 циклами у жінок була досягнута вагітність, то у 30 – 39 років – у 21 (15,0±3,0%) за 138 циклами. Вагітність завершилась народженням дитини відповідно у 31,4±3,9%, 12,8±2,8% та 0,7±0,3%. За наведеними даними видно, що за однакової тенденції щодо частоти настання

Таблиця 5

Відсоток відновлення фертильності у подружніх пар з чоловічою безплідністю за програмою ІСЧ з урахуванням виду патоспермії

Вид патоспермії	Абс. число	%	Кількість циклів	Кількість вагітностей			Кількість пологів		
				Абс. число	%	m	Абс. число	%	m
Астенозооспермія	53	37,9	159	33	20,8	3,2	31	19,5	3,1
Олігозооспермія	48	34,3	144	29	20,1	3,3	2,6	18,0	3,2
Тератозооспермія	26	18,6	76	8	10,3*	3,4	6	7,7*	3,0
Олігоастенотератозооспермія	13	9,2	39	1	2,6*	2,1	-	-	-
Усього	140	100	420	71	17,0	1,8	63	15,0	1,8

Примітка. * – Різниця між показниками у стовпчику достовірна; p<0,05.

Таблиця 6

Відсоток вагітностей та пологів у подружніх пар з чоловічою безплідністю за програмою ІСЧ залежно від показника концентрації сперматозоїдів

Кількість сперматозоїдів, млн/мл	Кількість циклів		Кількість вагітностей			Кількість пологів		
	Абс. число	%	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m
5-14	153	36,4	21	13,7	2,7	17	11,1	2,5
15-30	183	43,6	30	16,4	2,7	27	14,6	2,6
>30	84	20,0	20	23,8*	4,0	19	22,6*	3,9
Усього	420	100,0	71	17,0	1,8	63	15,0	1,8

Примітка. * – Різниця між показниками у стовпчику достовірна; p<0,05.

Таблиця 7

Відсоток вагітностей та пологів у подружніх пар з чоловічою безплідністю за програмою ІСЧ з урахуванням рухливості сперматозоїдів категорії «а»

Кількість сперматозоїдів категорії «а», %	Кількість циклів	Кількість вагітностей			Кількість пологів		
		Абс. число	%	m	Абс. число	%	m
1-5	50	5	10,0*	4,0	3	6,0*	3,2
6-10	126	21	16,7	3,0	19	15,1	3,1
11-24	188	34	18,1	2,8	31	16,5	2,7
> 25	56	11	19,6	5,3	10	17,9	5,0
Усього	420	71	17,0	1,8	63	15,0	1,8

Примітка. * – Різниця між показниками у стовпчику достовірна; p<0,05.

вагітності зі зміною віку подружніх пар вона більше залежить від жіночого фактора, тобто чим молодше жінка, тим відсоток вагітностей і пологів вищий. Як приклад, у віці 30–39 років для жінок показник настання вагітності становить 9,3±2,4%, для чоловіків – 15,0±3,0%; p < 0,05.

Нижче простежена залежність частоти вагітностей та пологів, у тому числі кількості народження живих дітей, від числа домінантних фолікулів, що були досягнуті за передбаченою програмою і проведеною відповідно до протоколу стимуляцією овуляції (табл. 3).

З даних табл. 3 видно, що більшість жінок мали по два та по три фолікули при практично однаковій кількості циклів. Адже у тих, хто мав два фолікули, їх було 135, а три – 127 циклів (32,2% та 30,2% відповідно); разом 262 зі 420 циклів – 62,4%. Група жінок з 1 фолікулом була у 1,5 разу меншою – 95 циклів (22,6%), ще меншою була група жінок, у яких було 4 фолікули – 63 (15,0%). Простежується пряма залежність між їхньою кількістю, настанням вагітності і кількістю пологів. При 3–4 фолікулах вагітність настала у кожної четвертої (25,0%), тоді як при 1 фолікулі – лише у 10,5%. Подібний результат спостерігали і щодо пологів: вони частіше реалізовані за більшої кількості фолікулів, і, разом з тим, за таких умов зростає відсоток багатоплідних вагітностей. Найбільше їх було у жінок з 4 фолікулами (30,8% – двійня, 7,7% – трійня). Удвічі менше двоєн було при 3 і при 2 фолікулах. Отже, оптимальним варіантом, коли можна очікувати незначний показник багатоплідної вагітності, слід вважати розвиток 2–3 фолікулів.

Важливим фактором для позитивного результату при застосуванні усіх методик ДРТ є термін відсутності природної вагітності. Стосується це і програми ІСЧ. Підтверджують зазначене положення дані, представлені у табл. 4.

За даними табл. 4 випливає, що найкращі результати отримані у випадках ранніх звернень (до 3 років) по спеціалізовану допомогу. Вони достовірно відрізняються від показників випадків з тривалою безплідністю. Навіть якщо він дорівнює ≥3 – <5 років, величина його у 3,6 та 2,6 разу менша, ніж до 1 року чи >1 – <3 років відповідно.

Проте одним із основних факторів результативності програми ІСЧ є показники спермограми і, зокрема, вид патоспермії. У табл. 5 подані конкретні дані частоти вагітностей та пологів залежно від особливостей патоспермії.

Виявилося, що найбільш несприятливою ситуація є при тератозооспермії та олігоастенотератозооспермії, що цілком виправдано з огляду на сутність патологічних змін. Практично однаковим позитивний результат був при таких видах, як астенозооспермія та олігозооспермія. Зокрема, із загального числа вагітностей (71) у більшості вона настала при астенозооспермії (33 випадки – 46,5±5,9%), без достовірної різниці – при олігозооспермії (29 випадків – 40,0±5,8%), тоді як удвічі рідше – при тератозооспермії (8 – 10,3±3,7%), що статистично відрізняється

за частотою. Лише в окремому випадку вагітність без реалізованих пологів мала місце при складній комбінованій патології – олігоастенотератозооспермії (2,6±2,1%). Як відомо, до основних критеріїв безплідності належать кількість сперматозоїдів в 1 мл еякуляту та їхня рухливість. За ними визначають також ймовірність отримання адекватних результатів при застосуванні ІСЧ. Відсоток настання вагітності залежно від концентрації сперматозоїдів наведений у табл. 6.

Згідно з поданою у табл. 6 інформацією, найчисленнішими були групи чоловіків із величиною показника 5–14 та 15–30 млн/мл (36,4% та 43,6% відповідно), значно меншими – за показника >30 млн/мл (20,0%). Порівняльний аналіз даних свідчить, що показники вагітностей і пологів статистично більші серед пар, у яких у чоловіків концентрація сперматозоїдів >30 млн/мл, – 23,8±4,0% та 22,6±3,9% відповідно. Близькими вони були у двох інших варіантах: за наявності 5–14 та 15–30 млн/мл сперматозоїдів – 13,7±2,7% та 11,1±2,5% і 16,4±2,7% та 14,6±2,6% вагітностей та пологів відповідно по групах. Наголошуючи на значенні концентрації сперматозоїдів як фактора, що суттєво впливає на кінцевий результат програми, слід підкреслити наступну особливість. Доведено існування зворотного зв'язку значної сили (r=-0,82) між кількістю передумов у вигляді предикторів, детермінант та показником концентрації сперматозоїдів, що підтверджує необхідність урахування їх і, за можливості, нівелювання на етапі підготовки чоловіків до програми.

Дані про інший критерій – рухливість сперматозоїдів категорії «а» та залежність між нею та результатом наведені в табл. 7.

Залежно від відсотка прогресивно активної фракції сперматозоїдів категорії «а» виділено 4 групи. Перша і четверта групи були рівноцінними за кількістю циклів, у третій – зосереджена більшість.

Варто звернути увагу на низькі показники настання вагітності та, особливо, пологів (10,0±4,0 та 6,0±3,2% відповідно) при рухливості <5%. У 1,6 та 2,5 разу відповідно вони зростають вже за величини показника рухливості 5–10%. При подальшому його збільшенні кількість вагітностей та пологів збільшується, проте без вірогідної різниці між показниками. За отриманими даними можна об'єктивізувати висновок щодо оптимально мінімального відсотка швидкорухливих сперматозоїдів категорії «а» (>5%), при якому слід очікувати позитивний результат.

Підсумовуючи представлені результати, можна стверджувати, що ефективність програми ІСЧ сама по собі виявилась достатньо низькою. Із 140 подружніх пар з чоловічою безплідністю випадки вагітності із наступними пологами становили 17,0±1,8% та 15,0±1,8% відповідно. Простежена залежність бажаного наслідку від віку жінок, тоді як віковий фактор чоловіків не має вирішального значення. Доведено, що показник фертильності підпорядковується активній відповіді яєчників на стимуляцію овуляції. Загальним для подружньої пари несприятливим чинником є пізнє звернення до лікаря. При тривалому періоді (>3 років) ненастання природної вагітності виникають передумови негативного впливу на результат, а саме: постаріння, зменшення репродуктивних резервів, у тому числі внаслідок негативних спроб лікування, тощо. Серед суто специфічних чоловічих факторів значущими, передусім, є показники спермограми: вид патоспермії, концентрація сперматозоїдів, відсоток їхніх активнорухливих фракцій, має значення також загальний стан здоров'я чоловіків.

ВИСНОВКИ

Виявлено, що відсоток вагітностей і пологів за результатами 3 спроб (420 циклів) у 140 подружніх пар з чоловічим фактором безплідності у результаті застосування програми ІСЧ становив 17,0±1,8% та 15,0±1,8% відповідно.

Підтверджено причинно-наслідковий зв'язок результату з такими факторами, як вік жінок, тривалість ненастання природної вагітності, реакція овуляторної функції на стимуляцію. Проте вирішальним є об'єктивно доведені показники спермограми: вид патоспермії, концентрація сперматозоїдів та відсоток активнорухливих їхніх фракцій, а також загального стану здоров'я чоловіків.

Инсеминация спермой мужа: результаты восстановления фертильности у супружеских пар с мужским бесплодием

Ю.Н. Гурженко, А.О. Куценко

Цель исследования: анализ результатов по восстановлению фертильности бесплодия супружеских пар с мужским фактором с помощью программы инсеминации спермой мужа.

Материалы и методы. Проанализированы результаты восстановления детородной функции у 140 супружеских пар с мужским бесплодием, которым в 2013–2015 гг. в Институте репродуктивной медицины (г. Киев) была применена программа инсеминации спермой мужа.

Результаты. Установлено, что число беременностей и родов после 3 проб (420 циклов) с интервалом 3–5 мес достигнуто у 17,0±1,8% и 15,0±1,8% случаев соответственно. Подтверждено наличие линейной зависимости между фактом восстановления фертильности и такими факторами, как возраст женщины, длительность отсутствия природной беременности, реакция овуляторной функции на стимуляцию. Объктивизировано влияние на результат показателей спермограммы: вид патоспермии, концентрация сперматозоидов, которая находится в обратной зависимости от наличия предикторов и детерминант, отягощающих общее состояние мужчины, а также процент активноподвижных фракций спермиев.

Заключение. Подтверждена причинно-следственная связь результата с такими факторами, как возраст женщин, длительность ненаступления естественной беременности, реакция овуляторной функции на стимуляцию. Однако решающим является объективно доказанные показатели спермограммы: вид патоспермии, концентрация сперматозоидов и процент активноподвижных их фракций, а также общего состояния здоровья мужчин.

Ключевые слова: *мужской фактор бесплодия, инсеминация спермой мужа, результат.*

Insemination by husband's sperm: fertility renewal in married couples with male infertility

YU.N. Gurzhenko, A.O. Kutsenko

The objective: analysis of the results in the resumption of fertility of infertile couples with male factor with a program of insemination with husband's sperm.

Patients and methods. There are analyzed the results of achievement of genital function in 140 married couples with man's infertility who in 2013–2015 underwent the program of insemination by man's sperm at the Institute of Reproductive Medicine (Kyiv).

Results. It has been stated that the pregnancy number and births after 3 attempts (420 cycles) with 3–5 month interval was reached in 17,0±1,8% and 15,0±1,8% of cases, respectively.

There was confirmed the linear dependence between the fact of renewal of fertility and such factor as an age of a woman, duration of absence of native pregnancy, response of ovular function on stimulation. There was objectivized the influence on the result of readings of a spectrogram: the kind of pathospermia, the concentration of spermatozoons which is in the inverse dependence on the presence of predictors and determinants aggravating the total state of a man, and also the percent of actively movable fractions of sperms.

Conclusions. Confirmed a causal relationship the result with such factors as age of women, duration of occurrence of natural pregnancy, ovulatory response to the stimulation. However, it is crucial to objectively brought the semen: patospermia, concentration of sperm and percentage of actively motile fractions thereof, as well as overall health of men.

Key words: *male infertility factor, insemination by man's sperm, result.*

Сведения об авторах

Гурженко Юрий Николаевич – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (050) 668-08-08

Куценко Антон Олегович – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гаспаров А.С. Репродуктивное здоровье. Бесплодие как медико- социальная проблема: Практическое руководство /А.С. Гаспаров, Т.А. Назаренко. – М.: Медицина, 2001. – 56 с.
2. Владиченко К.А. Аналіз спермограм Медичного центру лікування безпліддя за 2010–2014 рр. / К.А. Владиченко, В.О. Юзько, Л.Т. Савчук // Здоровье мужчины. – 2015. – № 3. – С. 140–141.
3. Дахно Ф.В. Допоміжні репродуктивні технології лікування безпліддя : навчальний посібник / За ред. проф. Ф.В. Дахна, чл.-кор. НАМН України, проф. В.В. Камінського, проф. О.М. Юзька. – К.: Здоров'я, 2011. – 338 с.
4. Запорожан В.М. Патогенетичні основи нових технологій діагностики та лікування патології репродуктивної системи / В.М. Запорожан // Фізіол. журн. – 2008. – № 4. – С. 48.
5. Корсак В.С. Бесплодие: вопросы и ответы: справочник / В.С. Корсак, Э.В. Исакова – М.: Медкнига, 2011. – 160 с.
6. Никифоров Д.В. ЭКО: история короткой встречи / Д.В. Никифоров, Е.И. Рябчикова, Т.В. Овсянникова, Ж.Ю. Попова // Наука из первых рук. – 2015. – Т. 62, № 2. – С. 104–111.
7. Тамазян Г.В. Медико-организационные подходы к решению проблемы бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий / Г.В. Тамазян // Рос. вестник акушера-гинеколога. – 2010. – Т. 10, № 2. – С. 10–12.
8. Чернышова М.Л. Социально-гигиенические аспекты бесплодия у мужчин: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.40 – Урология // М.Л. Чернышова. – М., 2011. – 21 с.
9. Шахова М.А. Вспомогательные репродуктивные технологии в браке при мужском бесплодии : Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук: 14.00.01 – Акушерство и гинекология / М.А. Шахова. – М., 2007. – 36 с.
10. Шибаева К.С. Бесплодный брак как трудная жизненная ситуация / К.С. Шибаева // Eur. Social Science J. – 2011. – № 12 (15). – С. 292–300.
11. Barazani Y. Functional sperm testing and the role of proteomics in the evaluation of male infertility / Y. Barazani, A. Agarwal, E.S. Sabanegh [et al.] // J. Urol. 2014. – V. 84. – P. 255–261.
12. Davies M.J. Reproductive technologies and the risk of birth defects / M.J. Davies, V.M. Moore, K.J. Willson, P. Van Essen [et al.] // N. Engl. J. Med. – 2012. – V. 366 (19). – P. 1803–13.
13. Denschlag D. Assisted reproductive techniques in patients with Klinefelter syndrome: a critical review/ D. Denschlag [et al.] // Fertil Steril. – 2004. – V. 82 (4). – P. 312–317.
14. Garg H. Empirical Drug Therapy for Idiopathic Male Infertility: What is the New Evidence? / H. Garg, R. Kumar // Urology. – 2015. Aug. 5 p.ii: S0090-4295(15)00714-1.
15. Guidelines on Male Infertility / A. Jungwirth (Ed.), T. Diemer, G.R. Dohle [et al.] // Eur. Association Urology, 2015. – 42 p.

Статья поступила в редакцию 25.10.16

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

МИНЗДРАВ ОТМЕНИТ БУМАЖНУЮ ОТЧЕТНОСТЬ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

В 2017 году будет отменена бумажная отчетность для врачей первичного звена.

Как сообщили УНИАН в Минздраве, также будет ускорена процедура лицензирования медицинских практик, они будут гармонизированы в соответствии с европейским законодательством. Заместитель министра здравоохранения Павел Ковтонюк отметил, что ключевая функция семейного врача - поддерживать здоровье своих пациентов.

"Любая другая работа будет минимизирована. В случае, если семейный врач решит начать частную практику, оплата будет поступать на его счет напрямую, минуя посредников. Это позволит создать простую, прозрачную и понятную для всех систему", - сказал Ковтонюк. По его словам, техническим оператором перечисления бюджетных средств станет прозрачная страховое агентство, которое будет осуществлять документооборот с врачами. Ковтонюк также подчеркнул, что введение новых налогов или страховых взносов не предусматривается.

"Украинцы и так платят налоги. Наша задача - обеспечить их прозрачное и эффективное использование. Каждый гражданин Украины, независимо от места проживания и достатка должен иметь доступ к семейному врачу, а общины не должны отправлять "гонцов" в Киев для вымаливания дополнительных бюджетов. Логика очень простая: вы выбираете врача - мы ему платим", - сказал Ковтонюк.

health.unian.net