

Ф.В. Дахно, д.м.н., професор, Інститут репродуктивної медицини, м. Київ

Безпліддя в Україні: аналіз ситуації

Сьогодні населення України потерпає від поєднаної дії економічної, екологічної й демографічної кризи, які підсилюють одна одну й не дають вийти на шлях підвищення якості життя і сталого соціально-економічного розвитку.

Аналіз динаміки розвитку репродуктивної медицини показав, що за останні десять років скорочення чисельності населення становить 3889,6 тис. осіб (або на 7,7%), у тому числі міське населення зменшилося на 2609,2 тис. осіб (на 7,6%), сільське – на 1280,4 тис. осіб (на 7,8%). Зменшення як міського, так і сільського населення за ці роки відбулося в усіх регіонах України.

Розподіл населення за місцем проживання (у міській і сільській місцевості) по Україні досить стабільний. Питома вага міського населення на 01.01.1998 становила 67,6%, сільського – 32,4%. На 01.01.2007 ці показники суттєво не змінилися – 67,8 і 32,2% відповідно.

У розрізі областей співвідношення між міським і сільським населенням коливається дуже різко. Так, в областях Південно-Східного регіону сільське населення має найменшу питому вагу: у Донецькій області – 9,8%, Луганській – 13,6%, Дніпропетровській – 16,6%.

Разом з тим у Західному регіоні переважає сільське населення, питома вага якого становить до 60% і більше.

Статеві структура населення України досить стабільна, у ній переважають жінки.

В Україні загострюється проблема із соціально незахищеними прошарками населення, зокрема це стосується сільської молоді, медичних працівників, учителів. За даними Міністерства освіти України, на початок 2007/08 навчального року в загальноосвітніх навчальних закладах працювало 493,9 тис. педагогічних працівників (без сумісників), що на 41,4 тис. або на 8,3% менше, ніж у 2001/02 навчальному році. Так, за даними ЮНЕСКО, до 2015 року чисельність учителів в Україні зменшиться до 82 тис.

Певних змін зазнала структура вчительських кадрів за віковим принципом. Зменшилася чисельність учителів, які викладають окремі предмети, віком до 30 років і становить у структурі 17,8%, віком 31-40 років – 25,3%. Майже без змін залишилася частка вчителів віком 41-50 років і становить 28,0%. Дещо зросла кількість учителів віком 51-55 років і понад 55 років, що становить відповідно 11,4 і 17,5%.

В Україні загальна кількість лікарів становить близько 220 тис., тобто 45 лікарів на 10 тис. населення. При екстраполяції результатів дослідження репродуктивного здоров'я жінок України, проведеного 2006 року, у цій категорії фахівців безпліддя становить 1400 випадків, у тому числі безпліддя, зумовлене трубно-перитонеальним фактором, – 1 тис. випадків.

До важливих показників стану репродуктивного здоров'я відноситься безпліддя – нездатність зрілого організму до запліднення. За даними В.В. Камінського, О.М. Юзько, Ф.В. Дахно, В.Д. Зукіна (2009), частоту безпліддя, що становить від 10-15% до 18-20%, можна розглядати як прямі репродуктивні втрати.

За даними державних статистичних звітів, в Україні 2008 року було зареєстровано 43 134 випадки жіночого безпліддя (80,1% серед усіх випадків жіночого і чоловічого безпліддя) і 10 692 випадки чоловічого безпліддя (відповідно у структурі – 19,9%).

2008 року всього випадків жіночого безпліддя зареєстровано 43 134, а чоловічого – 10 692.

За 2001-2005 роки зареєстровано майже однакову частоту жіночого і чоловічого безпліддя. З 2006 року відбувається зростання кількості випадків чоловічого безпліддя майже у 2 рази, а поширеність жіночого безпліддя продовжує залишатися більшою майже у 5 разів. Захворюваність, тобто вперше виявлені випадки безпліддя, у жінок у 4 рази більша, ніж у чоловіків.

2008 року показник жіночого безпліддя становив 3,56, чоловічого – 0,78, показник зареєстрованих уперше випадків жіночого безпліддя становив 1,09, а чоловічого – 0,33.

Частота реєстрації безпліддя на окремих територіях України значно коливається.

Найвищий рівень діагностики жіночого безпліддя 2008 року зареєстровано у Запорізькій (12,01 на 1 тис. жінок фертильного віку), Чернігівській (4,58), Вінницькій (4,62), Житомирській (4,56) і Волинській (4,07) областях.

Найнижчий рівень жіночого безпліддя зареєстровано у Луганській області (2,02 на 1 тис. жінок фертильного віку).

Найвищий рівень чоловічого безпліддя за цей період діагностовано у Запорізькій (7,68 на 1 тис. чоловіків дітородного віку), Одеській (1,87), Дніпропетровській (1,58) і Хмельницькій (1,70) областях.

Найнижчий рівень чоловічого безпліддя був у Миколаївській (0,02 на 1 тис. чоловіків дітородного віку), Чернівецькій (0,04) і Харківській (0,08) областях.

Широкий діапазон коливання показників поширеності жіночого і чоловічого безпліддя на окремих територіях України потребує уваги фахівців до якості діагностики, повноти реєстрації випадків і попередження виникнення безпліддя.

Діяльність закладів, які займаються лікуванням безпліддя за допомогою методик допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ)

Звіти закладів охорони здоров'я, які займаються лікуванням безпліддя методами ДРТ, носять ретроспективний характер і дають можливість проаналізувати кінцеві результати розпочатих лікувальних циклів. Так, звіти про розпочаті лікувальні цикли 1999 року були надані за 2001 звітний рік, про розпочаті цикли 2007 року – відповідно за 2009 звітний рік.

Одне з основних завдань звіту № 41-здоров «Звіт про допоміжні репродуктивні технології», затвердженого наказом МОЗ України від 10.12.2001 № 489 і зареєстрованого у Міністерстві юстиції від 25.12.2001 за № 1068/6259, – об'єктивна оцінка результатів лікування безпліддя методами ДРТ у нашій країні за цей відрізок часу.

Кількість центрів, які взяли участь у складанні звітів, збільшується. Так, за 2001 звітний рік (про розпочаті лікувальні цикли 1999 року) надали інформацію 6 закладів, а за 2009 звітний рік (про розпочаті лікувальні цикли 2007 року) – вже 16 закладів.

У структурі розпочатих циклів 2007 року перевагу мають ДРТ – 47,33% (запліднення *in vitro*, попередній термін – «екстракорпоральне запліднення») і ICSI-цикли (інтрацитоплазматичне введення сперматозоїда) – 31,97%, цикли з перенесенням криоконсервованих ембріонів – 12,73%, донатія ооцитів – 6,35%, MESA/TESE – 1,07% і цикли з проведенням біопсії ембріона – 0,55%. За даними Європейської асоціації репродукції людини й ембріології (ESHRE), 2006 року ICSI-цикли становили 66,7% (табл. 1).

Серед причин безпліддя при розпочатих циклах 2007 року частіше реєстрували поєднані чинники (33,92%) і трубний чинник (33,37%) (табл. 2).

Таблиця 1. Розподіл розпочатих 2007 року лікувальних циклів методами ДРТ за територією розміщення закладів

Адміністративні території	Усього розпочато циклів	У тому числі за видами процедур					
		ДРТ	ICSI	MESA/TESE	Донатія ооцитів	Перенесення криоконсервованих ембріонів	Цикли з проведенням біопсії ембріона
Україна	7785	3685	2489	83	494	991	43
АР Крим	210	203	0	0	7	0	0
Дніпропетровська	124	97	27	0	0	0	0
Донецька	1667	1387	144	19	38	79	0
Запорізька	6	6	0	0	0	0	0
Івано-Франківська	675	610	0	0	0	65	0
Львівська	729	33	525	11	104	56	0
Одеська	133	95	38	0	0	0	0
Харківська	887	477	301	2	55	37	15
Чернівецька	74	67	7	0	0	0	0
м. Київ	3280	710	1447	51	290	754	28

Таблиця 2. Причини безпліддя при розпочатих 2007 року лікувальних циклах методами ДРТ

Причина	Усього розпочато циклів	У тому числі за видами процедур					
		ДРТ	ICSI	MESA/TESE	Донатія ооцитів	Перенесення криоконсервованих ембріонів	Цикли з проведенням біопсії ембріона
Тільки трубний чинник	2598	2149	203	0	47	199	-
Тільки жіночий чинник	1516	726	293	0	159	338	-
Тільки чоловічий чинник	741	58	525	61	5	92	-
Поєднання чинників	2641	633	1389	22	262	335	-
Ідіопатичне безпліддя	246	119	79	0	21	27	-



Ф.В. Дахно

Перелік необхідних заходів, що визначають перспективи використання методик ДРТ в Україні

• До переліку професій МОЗ України увести спеціальність «лікар гінеколог-репродуктолог» (спеціалізація акушерів-гінекологів) й «ембріолог» на основі спеціалізації фахівців з вищою освітою медико-біологічного профілю.

• Заплатувати створення нових державних центрів репродукції людини (залежно від можливостей бюджету). Це можливо за таких умов: після об'єктивної оцінки реальної потреби регіону, отриманої в результаті аналізу попиту на цей вид послуги незалежно від форми власності медичного закладу, а також за наявності підготовлених кадрів.

• Посилити контроль з боку МОЗ України за звітністю клінік ДРТ усіх форм власності. Незважаючи на існування наказу МОЗ України № 10.12.2001 «Про затвердження статистичної документації з питань допоміжних репродуктивних технологій», ця інформація не надходить від деяких клінік, тому не відомий дійсний стан речей.

• Поставити за мету довести кількість циклів ДРТ в Україні до науково обґрунтованих згідно з рекомендаціями ВООЗ (не менше 800 циклів на 1 млн населення у 2012 році). Одним з варіантів вирішення цієї проблеми є наблизення ДРТ до місця проживання пацієнтів, чого можна досягти шляхом створення не нових центрів, які можуть бути не рентабельними в невеликих містах, а сателітних (дочірніх) закладів. Сателітна програма ДРТ передбачає передачу деяких етапів цієї процедури (обстеження, медикаментозна підготовка, підтримка після перенесення ембріонів) регіональному лікувальному закладу у структурі служби планування сім'ї, яке стане сателітним центром.

Створення сателітної програми вигідне всім: держава зекономить кошти, оскільки не потрібно буде створювати нові центри ДРТ, підвищить якість обслуговування населення і наблизить спеціалізовану медичну допомогу до місця проживання пацієнтів, збільшить у цілому об'єм висококваліфікованої допомоги пацієнтам з безпліддям шляхом збільшення пропускну здатності базових центрів. У такому разі зменшаться витрати пацієнтів на переїзд в інше місто і тривале перебування в ньому; значно скоротиться тривалість вимушеної перерви в роботі; забезпечиться спадковість в обстеженні та лікуванні, а також висока його результативність.

Сателітний центр розширить спектр послуг населенню, освоїть і впровадить нові методи лікування, підвищить кваліфікацію медичного персоналу свого регіону, не потрібно буде витрачати гроші на закупівлю й обслуговування дорогого устаткування, а базовий центр збільшить об'єм надання кваліфікованої медичної допомоги.

• Розробити кошторис бюджетних і позабюджетних витрат для реалізації поставлених завдань. Прорахувати альтернативні варіанти здійснення цієї програми на базі існуючих державних центрів і розширити показання для ДРТ у державній програмі. Запропонувати залучити до здійснення державної програми ДРТ кошти з місцевих бюджетів. Основна мета – зробити всі цикли не повністю безкоштовними, а за часткової допомоги держави підвищити доступність цього виду медичної допомоги для якомога більшої частини населення.

• Розробити перспективний план наукових досліджень у галузі ДРТ на рівні світових стандартів із залученням клінік ДРТ усіх форм власності, а також підготовки фахівців у галузі репродуктивної медицини (клінічна ординатура, аспірантура, резидентура, підвищення кваліфікації та ін.).

• Продовжити роботу над формуванням правової бази для розвитку репродуктивної медицини.