

Соціологічні дослідження

УДК 618.177:616-053.1

Н.В. Зборовська, Н.С. Лук'яненко

АНАЛІЗ ФАКТОРІВ ВИНИКНЕННЯ ПРИРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ У РОДИНАХ ІЗ ВИПАДКАМИ НЕПЛІДДЯ В АНАМНЕЗІ

Державна установа «Інститут спадкової патології НАМН України», м. Львів

Резюме. Проспективно проаналізовані клінічно-епідеміологічні і медико-статистичні дані первинної документації за період 2010-2013 рр., зібраної за методом “випадок-контроль” із заповненням реєстраційних карт подружніх пар із випадками непліддя в анамнезі. На кожен зареєстрований випадок непліддя заповнено “Карту реєстрації первинного непліддя” та як контроль 1 “Карту реєстрації подружньої пари, яка народила живу доношену здорову дитину”, народжену в найкоротший проміжок часу (згідно з методичними рекомендаціями “Організація генетичного моніторингу”) [11]. Зареєстровано три жінки (10,0 %) з первинним непліддям, що контактували з професійними шкідливостями (майстри пошиття одягу, які зазнавали впливу шуму та вібрації) та жодного випадку в жінок контрольної групи ($p < 0,05$). У жінок досліджуваної групи в 66,7 % випадків спостерігалися гінекологічні захворювання: гідросальпінкс та сактосальпінкс – дев’ять паціє-

нток (30,0 %), у п’яти – кісти яєчників (16,7 %), у трьох – склерокістоз яєчників (10,0 %) та зафіксовано один випадок туберкульозу яєчників (3,3 %), що статистично відрізнялося ($p < 0,05$) від даних контрольної групи – в якій тільки у двох пацієток виявлені кісти яєчників (6,7 %). У досліджуваній групі від непліддя лікувалося 17 жінок (56,7 %), що статистично відрізнялося ($p < 0,05$) від контрольної групи, в якій тільки дві жінки (6,7 %) отримували лікування від непліддя. Серед близьких родичів жінок досліджуваної групи виявлено порушення слуху та мовлення в сестри жінки з первинним непліддям та синдром Дауна в сестри чоловіка подружньої пари з непліддям, що статистично відрізнялося ($p < 0,05$) від контрольної групи, де не спостерігалося жодних аномалій розвитку в близьких родичів.

Ключові слова: епідеміологія, жіноче непліддя, чоловіче непліддя.

Вступ. За визначенням провідних науковців світу в системі цінностей, які сповідує будь-яка цивілізована нація, особливе місце посідає здоров’я людей. Як на формування окремої людської біографії, так і на рівні розвитку суспільства важко знайти інший феномен, якому б здоров’я поступало своєю роллю, глибинним внутрішнім значенням і впливом на різні сфери діяльності. Важливе значення для збереження життя та здоров’я нового покоління має стан репродуктивного здоров’я [2]. Особливо це стосується репродуктивного здоров’я, про що вказано в Регіональній стратегії ВООЗ із питань сексуального і репродуктивного здоров’я у 2001р., розробленої Регіональним Європейським офісом ВООЗ [5]. Коли говориться про репродуктивне здоров’я, то розуміється не тільки здоров’я жінок і чоловіків, але й здоров’я кожної сім’ї. Мова йде про збереження здоров’я нації [4]. Рівень народжуваності, який склався під впливом соціально-економічних чинників, відбиває суттєву зміну тенденцій у репродуктивній поведінці населення, що проявляється в зменшенні числа жінок і сімей, які бажають мати дітей.

На стан репродуктивного здоров’я суттєво впливає соматичне та психічне здоров’я населення. За останні роки збільшилася частка захворювань із хронічним рецидивним перебігом, зросло число осіб із захворюваннями системи кровообігу, нервової системи, сечостатевих органів, з інфекційними хворобами. Демографічна ситуація в Україні останніми роками вкрай ускладнилась: помітно зменшилася народжуваність, приріст

населення з кожним роком падає. Одним із факторів, що негативно впливають на рівень народжуваності і природний приріст населення, є неплідність подружніх пар.

Неплідний шлюб є однією з найважливіших соціальних і медичних проблем. Непліддя – це стан, який супроводжує низку хвороб статевих органів і системних захворювань чоловічого та жіночого організмів [14].

Процеси депопуляції, які характеризують сучасне суспільство, ставлять непліддя в ряд важливих медичних проблем сьогодення. Так, близько 10,0-20,0% подружніх пар в усьому світі страждають від непліддя, а 15,0-20,0 % вагітностей закінчуються викиднями. За даними офіційної статистики, рівень непліддя в Україні складає 2,8-3,5 на 1000 осіб жіночої статі та 0,3 на 1000 осіб чоловічої статі. Однак соціологічні дослідження показують, що небажане непліддя має місце в 6,0-8,0 % родин в Україні, що складає близько 1 млн неплідних подружніх пар [3].

При частоті 15,0 % та вище, неплідний шлюб впливає на демографічні показники вагомніше, ніж невиношування та перинатальні втрати разом. Виявлення структури неплідного шлюбу – досить складне завдання, оскільки патологія має поліетіологічну природу (за даними ВООЗ існує 22 причини жіночої неплідності та 16 – чоловічої) і залежить від багатьох чинників соматичного, психологічного та соціального характеру [8].

Двадцять відсотків сімей в Європі відчувують затримку в настанні I вагітності, а 3,0-5,0% від цієї кількості залишаються неплідними в май-

бутньому [12]. Неплідність подружніх пар становить 15,0-20,0 %. Приблизно 45,0-55,0 % випадків неплідності припадає на жінку, 35,0-45,0 % – на чоловіка, а частіше на шлюбну пару. Причиною чоловічої та жіночої неплідності можуть бути: природжені вади розвитку статевих органів, гормональні розлади, інфекції, що передаються статевим шляхом (гонорея, сифіліс, трихомоніаз, хламідіоз, уреоплазмоз, мікоплазмоз, гарднерельоз, кандидоз, вірус герпесу, цитомегаловірус, токсоплазмоз), імунні порушення, психоемоційні розлади [10].

Виникнення жіночого непліддя може бути пов'язане з патологією репродуктивної системи жінки та низкою екстрагенітальних захворювань. Згідно з даними ВООЗ, виділяють декілька причин непліддя. Понад 50,0 % становить ендокринне непліддя. Наступна група причин – запальні захворювання статевих органів. Запальні процеси статевих органів різної локалізації по-різному впливають на виникнення непліддя. Найбільше значення мають запальні процеси матки та маткових труб. Певну роль відіграють хронічні інфекції: туберкульоз, сифіліс, хламідіоз [1].

Причиною неплідності може бути ендометріоз статевих органів будь-якої локалізації.

Серед інших причин: хронічні інтоксикації (ртуть, свинець, алкоголь, тютюн) та професійні шкідливості (рентген-опромінення, робота з радіоізотопами), вібрації, емоційні хронічні стреси та фізична перевтома (майстри великого спорту, наприклад). Ряд захворювань обміну речовин – ожиріння, гіпо- та гіперфункція щитоподібної залози, цукровий діабет – також є причиною непліддя. Природжені вади розвитку статевих органів та неправильні положення статевих органів трапляються рідко, але можуть спричинити непліддя.

До непліддя можуть призводити хірургічні втручання в черевній порожнині, а також генні та хромосомні аберації [13].

Загальновідомо, що в людських популяціях вже накопичений тягар генетичної патології і більш ніж 10,0 % в Європейському регіоні припадає саме на природжені вади та спадкові хвороби, які протягом останніх років посідають одне з чільних місць у захворюваності, інвалідності та смертності [7, 9].

Для проведення даного дослідження було поставлено наступне завдання – проаналізувати частоту неплідних шлюбів методом “випадок – контроль” за період 2010-2013 рр., оцінити роль факторів ризику виникнення природжених вад розвитку (ПВР) у родинах із випадками непліддя в анамнезі при порівнянні репродуктивного, соматичного та генетичного анамнезу, оптимізувати схему медико-генетичного консультування неплідних подружніх пар та впровадити її у Львівському обласному клінічному перинатальному центрі.

Мета дослідження. Оптимізувати схему медико-генетичного консультування подружніх

пар із випадками непліддя в анамнезі та встановити її ефективність на досвіді роботи Львівського обласного клінічного перинатального центру.

Матеріал і методи. Для реалізації зазначеної мети було проведено збір та аналіз клінічно-епідеміологічних і медико-статистичних даних первинної документації.

На кожен випадок заповнено “Карту реєстрації первинного непліддя” та як контроль 1 “Карту реєстрації подружньої пари, яка народила живу доношену здорову дитину”, народжену в найкоротший проміжок часу (згідно з методичними рекомендаціями “Організація генетичного моніторингу”) [11]. Отримані дані стандартизовано згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду (МКХ – 10) та оброблено методами варіаційної статистики за допомогою пакета програм “Statistika 5” та Microsoft Excel – 2000 [6,15].

Заповнено 90 “Карт реєстрації первинного непліддя” та для контролю – 90 “Карт реєстрації подружньої пари, яка народила живу доношену здорову дитину», народжену в найкоротший проміжок часу.

Подружжя в обох обстежуваних групах проживали разом.

Результати дослідження та їх обговорення. Середнє значення віку жінок із первинним непліддям становило 20-42 роки, у чоловіків – 23-43 роки, що не склало статистично значимої різниці ($p>0,05$) з контрольною групою, у якій цей показник становить 21-39 років, у чоловіків – 22-40 років.

Більшість подружжя з первинним непліддям (92,0 %) були народжені у м. Львові і Львівській області, 8,0 % – в інших областях Західного регіону (Тернопільська, Вінницька, Івано-Франківська) та одне подружжя – у Київській області. У контрольній групі 94,0% подружніх пар народились у м. Львові і Львівській області та 6,0 % – у Рівненській, Миколаївській та Івано-Франківській областях. Отже, при порівнянні місця народження подружніх пар основної групи, не виявлено статистично значимої різниці ($p>0,05$) з даними контрольної групи. Проживали подружні пари досліджуваної та контрольної групи у м. Львові та Львівській області.

Маса тіла в жінок із первинним непліддям становила 49-77 кг, у чоловіків – 74-98 кг, що статистично не відрізнялося від результатів у контрольній групі – жінки – 45-80 кг, чоловіки – 75-92 кг ($p>0,05$).

Зріст пацієнок в основній групі коливався в межах 154-172 см, чоловіків – 165-187 см, у контрольній – жінок – 156-175 см та чоловіків – 169-180 см, що статистично не відрізнялось ($p>0,05$).

Розподіл жінок за групою крові в досліджуваній групі був наступним: O(I) – сім осіб, A(II) – 14, B(III) – шість, AB(IV) – три, приналежність за Rh-фактором – Rh(+) – 24 пацієнтки, Rh(-) – шість; чоловіків – O(I) – 10 осіб, A(II) – 15, B(III) – чоти-

Таблиця 1

Соціально-професійна приналежність подружньої пари з первинним непліддям

Професія	Жінки		Чоловіки		P
	n=90	%	N=90	%	
Бухгалтер, економіст	32	35,6	19	21,1	>0,05
Приватний підприємець	10	11,1	39	43,3	>0,05
Водій	-		11	12,2	>0,05
Будівельник, фермер	-		21	23,3	>0,05
Майстер пошиття одягу	9	10,0	-		>0,05
Продавець	18	20,0	-		>0,05
Домогосподиня	21	23,3	-		>0,05

Таблиця 2

Соціально-професійна належність подружньої пари, у якій народилася жива доношена здорова дитина

Професія	Жінки		Чоловіки		P
	n=90	%	N=90	%	
Бухгалтер, економіст	37	41,1	21	23,3	>0,05
Приватний підприємець	14	15,6	41	45,6	>0,05
Водій	1	1,1	9	10,0	>0,05
Будівельник, фермер	-		18	20,0	>0,05
Викладач, бібліотекар	7	7,8	1	1,1	>0,05
Провізор, медсестра	5	5,6	-		>0,05
Домогосподиня	26	28,9	-		>0,05

ри, АВ(IV) – одна, належність за Rh-фактором – Rh(+) – 25, Rh(-) – п'ять. При цьому не спостерігалося статистично значимої різниці ($p>0,05$) цих даних із даними контрольної групи: жінки О(I) – вісім осіб, А(II) – 13, В(III) – п'ять, АВ(IV) – чотири, належність за Rh-фактором – Rh(+) – 26 пацієнток, Rh(-) – чотири; чоловіків – О(I) – 12, А(II) – 13, В(III) – п'ять, АВ(IV) – 0, належність за Rh-фактором – Rh(+) – 27, Rh(-) – троє.

Подружжя в обох обстежених групах були українцями.

У 78,9 % жінок із первинним непліддям була вища освіта, у 23,8 % – середня спеціальна, у чоловіків – 71,8 % і 24,3 % відповідно, що статистично не відрізнялося ($p>0,05$) від даних групи контролю – 74,2 % жінок із вищою освітою та 23,9 % – із середньою спеціальною; у чоловіків – 75,6 % та 22,8 % відповідно.

У таблицях 1 та 2 представлені дані щодо соціально-професійної належності подружніх пар.

З даних, поданих у таблицях 1 та 2, можна відзначити, що соціально-професійна належність подружніх пар статистично не відрізнялась ($p>0,05$).

Контакт із професійними шкідливостями спостерігався у 9 (10,0 %) жінок основної групи (майстри пошиття одягу) та в жодній пацієнтки контрольної групи ($p<0,05$). Серед чоловіків ос-

новної групи, контакт із професійними шкідливостями спостерігався у 21 особи (23,3 %) – будівельники та у 18 чоловіків групи контролю (20,0 %), що статистично не відрізнялося ($p>0,05$).

Не спостерігалося статистично значимої різниці ($p>0,05$) щодо частоти куріння серед подружніх пар із первинним непліддям – у 21 жінки (23,3 %) і у 29 чоловіків (32,2 %), та в подружніх пар контрольної групи – у 18 жінок (20,0 %) і у 25 чоловіків (27,8 %).

У таблиці 3 подано аналіз гінекологічних захворювань у жінок із первинним непліддям та жінок, що народили живу доношену здорову дитину.

Як зазначено в табл. 3, у групі жінок із первинним непліддям найчастіше спостерігалися гідросальпінкс та сактосальпінкс – 31 пацієнтка (34,4 %), у 26 – кісти яєчників (28,9 %), у 24 – склерокістоз яєчників (26,7 %) та виявлено три випадки туберкульозу яєчників (3,3 %). У контрольній групі у трьох жінок зафіксовано фіброміому матки (3,3%) та у дванадцяти – кісти яєчників (13,3 %). Отже, при порівнянні спектра гінекологічних захворювань пацієнток основної групи виявлено статистично значиму різницю з результатами контрольної групи – ($p<0,05$).

Хронічні екстрагенітальні захворювання, а саме хронічний пієлонефрит, виявлено у трьох

Таблиця 3

Частота гінекологічних захворювань у жінок із первинним непліддям та жінок, що народили живу доношену здорову дитину

Гінекологічні захворювання	Групи жінок:				P
	з первинним непліддям		що народили здорових дітей		
	n=90	%	n=90	%	
Фіброміома матки	8	8,9	3	3,3	<0,05
Склерокістоз яєчників	24	26,7	0	0	<0,05
Гідросальпікс, сактосальпікс	31	34,4	0		<0,05
Кісти яєчників	26	28,9	12	13,3	<0,05
Туберкульоз маткових труб	1	1,1	0	0	<0,05

жінок із первинним непліддям (13,3 %) та у двох – із групи контролю (10,0%), що статистично не відрізнялося ($p>0,05$). Хронічні інфекції спостерігалися у двох жінок (8,9 %) із первинним непліддям і шести жінок, що народили живу доношену здорову дитину ($p>0,05$).

Не було зареєстровано жодного випадку онкологічних захворювань у пацієнок обох груп.

В основній групі від непліддя лікувалося 35 жінок (38,9 %), що статистично відрізнялось ($p<0,05$) від даних контрольної групи, в якій тільки сім жінок (7,8 %) отримували лікування від непліддя.

Середнє значення віку початку менструації в жінок із первинним непліддям складало $(13,8\pm 0,9)$ років і не мало статистично значимої різниці ($p>0,05$) з даними жінок контрольної групи, у якій цей показник становив $13,5\pm 0,9$.

Менструальний цикл пацієнок обох груп становив 20-35 днів, менструації тривали три-вісім днів.

Регулярне вживання гормональних контрацептивів спостерігалось в 3,3 % жінок основної групи та в 3,3% жінок групи контролю.

Наявність фізичної травми та психічного стресу було заперечено в обох досліджуваних групах.

При порівнянні генетичного анамнезу жінок досліджуваної та контрольної груп не було зареєстровано жодних аномалій розвитку та генетичних порушень.

У сестри пацієнтки з первинним непліддям виявлено порушення слуху і мовлення та в сестри чоловіка в подружній парі з непліддям виявлений синдром Дауна, що статистично відрізнялося ($p<0,05$) з даними контрольної групи, де не спостерігалось жодних аномалій розвитку в близьких родичів.

В обох групах шлюб не був кровноспоріднений.

Отримані дані вказують про необхідність уваги фахівців щодо якості діагностики, повноти реєстрації та профілактичних заходів запобігання виникненню непліддя.

Висновки

1. Доведена достовірна різниця в частоті контакту членів сімей із професійними шкідливостями між основною та контрольною групами.

2. При порівнянні спектра гінекологічних захворювань пацієнок основної групи виявлено статистично значиму різницю з результатами контрольної групи – ($p<0,05$).

3. У досліджуваній групі від непліддя лікувалося 35 жінок (38,9 %), що статистично відрізнялося ($p<0,05$) з контрольною групою, у якій сім жінок (7,8 %) отримували лікування від непліддя.

4. Серед близьких родичів жінок досліджуваної групи, виявлено вади розвитку, що статистично відрізнялося ($p<0,05$) з контрольною групою, де не спостерігалось жодних аномалій розвитку в близьких родичів.

Перспективи подальших досліджень. Результати досліджень вказують на необхідність подальшого вивчення особливостей соматичного і репродуктивного статусу в подружжя з непліддям із використанням методу “випадок-контроль”, моніторингу генетичних порушень та природжених вад розвитку в жінок, чоловіків та їх близьких родичів з метою оцінки та запобігання факторам ризику виникнення ПВР у родинах із випадками непліддя в анамнезі, що дасть можливість проведення профілактики виникнення вад у плода, виявити ті фактори, на які можна вплинути.

Література

1. Гаврилюк А.М. Роль HLA-антигенів у порушеннях репродуктивної функції жінки / Гаврилюк А.М. // Мед. асп. здоров'я жінки. – 2010. – №2. – 29 с.
2. Гойда Н.Г. Нормативно-правове регулювання діяльності служби планування сім'ї та збереження репродуктивного здоров'я / Н.Г. Гойда, О.Ю. Бісарін // Нац. мед. акад. післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України. – 2012. – VII/VIII. – 4(90).
3. Снікєєва В.М. Наукове обґрунтування функціонально-організаційної моделі збереження репродуктивного здоров'я сільських жінок на регіональному рівні: автореф. дис. на здобуття наук. ступ. канд. мед. наук.: 14.02.03. – К.: 2007. – 20 с.
4. Засипка Л.Г. Вплив на репродуктивну функцію комплексу факторів зовнішнього середовища / Л.Г. Засипка // Одес. мед. ж. – 2008. – № 5 (109). – С. 31-33.

5. Крісвел Р. Заплановане батьківство в Україні: мотиваційні фактори та перешкоди на шляху використання абортів та контрацептивних послуг в Україні / Презентація, зроблена в Університетському коледжі Лондонської школи слов'янських та східноєвропейських досліджень, 15 вересня, 2008. http://ukraine.usaid.gov/sites/default/files/mtc_chapters1-3.pdf.
6. Пилипенко М.І. Елементи медичної статистики. Лекція 4. Аналіз якісної варіації / М.І. Пилипенко, В.Г. Книгавко, Є.Б. Радзішевська // Укр. реферат. ж. – 2000. – Т.8, № 4. – С. 387-391.
7. Результаты пренатального скрининга хромосомной патологии в Москве / М.А. Курцер, В.А. Гнетецкая, В.В. Миткин [и др.] // Акушерство и гинекол. – 2010. – № 3. – С. 32-35.
8. Роль застосування цитогенетичного дослідження та генетичного консультування при обстеженні подружніх пар з безпліддям, які звернулися до послуг допоміжних репродуктивних технологій / О.Г. Євсєєнкова, Л.І. Бришевац, Д.В. Процюк [та ін.] // Нац. мед. акад. післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. – К., Україна. – Інститут репродуктивної медицини, м. Київ, Україна. http://archive.nbuv.gov.ua/portal/chem_biol/Aragki/2010_19/140-155.pdf.
9. Руденко В.І. Аналіз медичної документації батьків, у яких народилися діти з природженими вадами розвитку / В.І. Руденко // Одес. мед. ж. – 2009. – № 2 (112). – С. 59-62.
10. Тимченко О.І. Генофонд і здоров'я: розвиток методології оцінки / О.І.Тимченко, А.М. Сердюк, С.С. Карташова. – К.: Міжрегіональний видавничий центр "Медінформ", 2008. – 184 с.
11. Тимченко О.І. Законодавче і методологічне забезпечення генетичного моніторингу населення України / О.І. Тимченко, О.І. Турос // Педіатрія, акушерство та гінекол. – 1999. – № 4. – С. 147.
12. Хасаян О.В. Результати клінічного обстеження жінок Буковинського регіону / О.В. Хасаян, Л.І. Іванюта // Бук. мед. вісник. – 2007. – Т. 11, № 1. – 22 с.
13. Юзько О.М. Застосування допоміжних репродуктивних технологій при лікуванні безпліддя в Україні / О.М. Юзько, Т.А. Юзько // Репродукт. мед. Жін. лікар. – 2010. – № 2. – С. 30-34.
14. Яцків О. Причини і форми чоловічого непліддя та методи діагностики еякуляту як основного показника чоловічого здоров'я / О. Яцків, А. Тарновська // Вісн. Львів. ун-ту. Серія біологічна. – 2012. випуск 60. – С. 4-20.
15. Annual Report 2003 with data for 2001 // International Clearinghouse for Birth Defects Monitoring System. Published by the International Centre for Birth Defects. Director P. Mastroiacovo. – Roma – Italy, 2004. – P. 112.

АНАЛІЗ ФАКТОРОВ ВОЗНИКНОВЕННЯ ВРОЖДЕНИХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ В СЕМЬЯХ, ГДЕ БЫЛИ СЛУЧАИ БЕСПЛОДИЯ В АНАМНЕЗЕ

Н.В. Зборовская, Н.С. Лукьяненко

Резюме. Проспективно проведен анализ клинико-эпидемиологических и медико-статистических данных первичной документации за период 2010-2013 гг., подобранных методом "случай-контроль", а именно регистрационных карт супружеских пар, у которых наблюдались случаи бесплодия в анамнезе. На каждый зарегистрированный случай бесплодия заполнена "Карта регистрации первичного бесплодия" и в качестве контроля 1 "Карта регистрации супружеской пары, у которой родился живой доношенный здоровый ребенок", который родился в самый короткий промежуток времени [13]. Зарегистрировано три женщины (10,0 %) с первичным бесплодием, которые контактировали с профессиональными вредностями (мастера по пошиву одежды, которые пострадали от воздействия шума и вибрации) и ни одного случая у женщин контрольной группы ($p<0,05$). У пациенток группы исследования в 66,7 % случаев наблюдались гинекологические заболевания: гидросальпинкс и сактосальпинкс – девять пациенток (30,0 %), у пяти – кисты яичников (16,7 %), у трех – склерокистоз яичников (10,0 %) и зафиксирован один случай туберкулеза яичников (3,3 %), что статистически отличалось ($p<0,05$) от контрольной группы, в которой только у двоих пациенток обнаружены кисты яичников (6,7 %). В группе исследования 17 женщин получали лечение от бесплодия, что статистически отличалось ($p<0,05$) от контрольной группы, в которой только две женщины получали лечение (6,7 %). Среди близких родственников пациенток группы исследования обнаружено нарушение слуха и речи у сестры женщины с первичным бесплодием и синдром Дауна у сестры мужа супружеской пары с бесплодием, что статистически отличалось ($p<0,05$) от контрольной группы, где не наблюдалось аномалий развития у близких родственников.

Ключевые слова: эпидемиология, женское бесплодие, мужское бесплодие.

ANALYSIS OF FACTORS OF CONGENITAL MALFORMATIONS IN FAMILIES WHERE THERE WERE CASES OF INFERTILITY IN ANAMNESIS

N.V. Zborovska, N.S. Lukianenko

Abstract. Analyses of clinical, epidemiological, medical and statistical data of source documents over the period of 2010-2013 have been carried out prospectively. The data were selected using the method "case-control", namely, registration forms of couples with infertility cases in anamnesis. For each registered case of infertility "Registration Card of primary infertility" was filled in and, as a control, "Registration card of a couple who gave birth to alive full-term healthy baby" born in the shortest period of time (according to methodical recommendations "The organization of genetic monitoring" [13]. 3 women (10,0 %) with primary infertility who contacted with occupational hazards (masters of tailoring services who suffered from noise and vibration) and no such cases in women in the control group ($p<0,05$). In women, of the studied group in 66,7 % of cases were observed gynecological diseases: Hydrosalpinx and saktosalpinx – 9 patients (30,0 %), 5 – Ovarian cysts (16,7 %), 3 – Ovarian sklerokistoza (10,0 %) and recorded one case of ovarian tuberculosis (3,3 %), that is statistically different ($p<0,05$) from the data of the control group – in which only two patients had ovarian cysts (6,7 %). In the studied group 17 women (56,7 %) were treated for infertility, which was statistically different ($p<0,05$) from the data of

the control group, in which only 2 women (6,7 %) received treatment for infertility. Among the relatives of women of the studied group were people with loss of hearing and speech. That was the sister of the woman with primary infertility. And the husband's sister of the couple with infertility suffered from Down syndrome that is statistically different ($p < 0,05$) from the data of the control group, in which there were no anomalies among the relatives.

Key words: epidemiology, female infertility, male infertility.

Institute of Hereditary Pathology of National Academy of Medical Sciences of Ukraine (Lviv)

Рецензент – проф. О.М. Юзько

Buk. Med. Herald. – 2014. – Vol. 18, № 4 (72). – P. 172-177

Надійшла до редакції 16.09.2014 року

© Н.В. Зборовська, Н.С. Лук'яненко, 2014

УДК 614.2(477)

Г.М. Урсол¹, О.А. Скрипник², О.М. Василенко³

ПРИВАТНИЙ СЕКТОР СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ – АКТИВНИЙ РЕЗЕРВ ПІДВИЩЕННЯ ДОСТУПНОСТІ ТА ЯКОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: ДОСВІД КІРОВОГРАДСЬКОЇ ОБЛАСТІ

¹Приватне підприємство приватна виробнича фірма «Ацинус»

²Департамент охорони здоров'я Кіровоградської облдержадміністрації

³Приватне підприємство «Лікарня Святого Луки»

Резюме. У статті відображені основні проблеми функціонування системи охорони здоров'я України, особливості формування та переваги приватного сектору системи охорони здоров'я України та висвітлено досвід діяльності приватних медичних структур Кіровоградської області.

Ключові слова: медична допомога, приватні установи охорони здоров'я, державні соціальні стандарти, державно-приватне партнерство, програма соціального замовлення.

Вступ. Структурно-функціональна модель організації надання медичної допомоги в Україні базується на державних і комунальних медичних закладах за партнерської участі приватної медицини як невід'ємної її складової.

Приватний сектор медицини України, що налічує понад 22000 зареєстрованих суб'єктів підприємницької діяльності, де працює близько 200 тисяч співробітників галузі охорони здоров'я, постійно надає медичну допомогу десяткам мільйонів населення України, забезпечує його необхідною кількістю медикаментів, товарів і виробів медичного призначення, щорічно розвантажуючи державний бюджет охорони здоров'я України на 1,8-2 мільярди гривень.

Окрім основної мети – надання доступних та якісних медичних послуг населенню, – діяльність приватних установ охорони здоров'я спрямована на отримання прибутку та, як правило, на залучення інвестиційних коштів.

Держава підтримує розвиток приватного сектору в медичній сфері: щорічно МОЗ України видає близько двох тисяч ліцензій на здійснення господарської діяльності в медичній практиці фізичним особам-підприємцям і юридичним особам. Крім того, один із законопроектів із питань запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, який був внесений до парламенту України, передбачає

можливість участі в системі страхування медуктанов недержавної форми власності.

Хоча слід зауважити, що кроків, яких вживає держава щодо розвитку державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, недостатньо. На даний час з боку держави не розроблена дієва система сприяння приватній медицині, як соціально значимому сектору економіки, в основі якої повинен бути відповідний комплекс заходів щодо пільгового оподаткування, кредитування, оплати комунальних послуг, партнерського рівноправ'я державних і приватних закладів охорони здоров'я тощо. Тому розвиток приватної медицини зумовлений виключно потребами ринку, на якому медичні послуги виступають як товар.

Кон'юнктура сучасного ринку медичних послуг є певною мірою сприятливою для приватного сектору медицини, про що свідчить поступове збільшення за останні роки темпів росту (понад 200 %) більш потужних клінік, медичних центрів. Однак врегулювання складних економіко-соціальних відносин між державними і комунальними закладами охорони здоров'я з одного боку, приватними медичними закладами – з другого боку та державою з її фіскальними і ліцензійними вимогами до приватних закладів охорони здоров'я як до суб'єктів господарювання – з третього боку, на даний час не є державною прерогативою, а тому вирішуються приватними за-