

35 років успіху репродуктивної медицини в Україні



О. М. Юзько

ГО «Об'єднання «Українська асоціація репродуктивної медицини»

КЗОЗ «Медичний центр лікування безпліддя», м. Чернівці

Українська репродуктивна медицина пройшла шлях від перших експериментальних досліджень і створення лабораторій репродукції людини до сучасної системи допоміжних репродуктивних технологій, яка поєднує високотехнологічну клінічну практику, професійну самоорганізацію, державне фінансування окремих програм і міжнародне визнання. 19 березня 1991 року в Харкові народилася перша в Україні дитина після запліднення *in vitro*. Від цієї дати українська репродуктивна медицина відлічує 35 років розвитку, професійних здобутків, технологічних проривів і нових викликів.

Початок ери репродуктивної медицини

Початком ери репродуктивної медицини людини вважають 25 липня 1978 року, коли в Англії народилася перша дитина після запліднення *in vitro*. Для України такою датою стало 19 березня 1991 року, коли в Харкові народилася перша в нашій країні дитина після запліднення *in vitro* (ЗІВ; англ. *in vitro fertilization* — IVF) — Катерина К.

Цьому успіху передувала напружена робота як окремих ентузіастів, так і цілих колективів. Для історії важливо, щоб усі учасники цієї надзвичайно важливої для нашої країни події були названі поіменно. Однак так склалося, що піонерські центри біорепродукції та лабораторії, які започатковували цей напрям, згодом суттєво трансформувалися. Їхні керівники та співробітники, від діяльності яких кінцевий результат нерідко залежав не менше, ніж від роботи організаторів, ставали засновниками нових успішних центрів, продовжили роботу й творили історію репродукції людини.

Витоки: від експериментальної науки до клінічної практики

Репродукція людини в колишньому Радянському Союзі та в Україні пов'язана з іменем Григорія Миколайовича Петрова. Після закінчення у 1954 році Кримського медичного інституту він залишився в аспірантурі на кафедрі гістології та проводив дослідження на статевих клітинах тварин і щодо «штучного запліднення» яйцеклітин у пробірці поза організмом матері. Підсумки цієї «революційної» на той час роботи були представлені у 1959 році в його кандидатській дисертації на тему «Процес запліднення яйцеклітин деяких тварин та людини».

На жаль, цей епохальний історичний прорив у репродукції людини не отримав подальшого розвитку! Роки досліджень закінчилися нічим! Позиція офіційної науки була безкомпромісною: такі дослідження радянському народу і партії не потрібні. Тому науковця змусили припинити ці роботи та займатися питаннями анатомії.

Харківська школа і перші кроки запліднення *in vitro*

Становлення репродуктивної медицини нашої країни тісно пов'язане з людиною, яка розпочала в Україні цей украй важливий напрям медицини, — академіком Валентином Івановичем Грищенком.

У 1970–1980-х роках тривала робота над проектом «Розробка і впровадження нових напрямів у гінекології», науковим керівником якого був академік В. І. Грищенко.

Було визначено відповідальних виконавців за окремими напрямками:

- інсемінація спермою чоловіка — Набіль Мохаріб;
- інсемінація спермою донора (ІСД) — Ю. С. Парашук;
- імунологія репродукції — Т. А. Роговська;
- консультація «Шлюб та сім'я» — В. О. Резніков;
- лапароскопія, гістроскопія — О. М. Феськов;
- кріоконсервація ооцитів — Л. І. Луцька;
- алотрансплантація оваріальної тканини — В. А. Чадаєв;



- кріотерапія в гінекології — О. О. Гришина;
- вакуумрегуляція — В. А. Кропивко;
- запліднення *in vitro* — Ф. В. Дахно. У 1979 році він протягом 6 місяців проходив стажування в Данії, у Центрі Reference Bank for Immunology of Reproduction.

Окрім того, активно впроваджувалася клітинна регенеративна терапія — ембріональні стовбурові клітини та фетальні клітини; працювали Інститут проблем кріобіології і кріомедицини (ІПКіК), кріобанк клітин і тканин.

В 1974 році було проведено визначення анти-Zona Pellucida антитіл.

У 1977 році отримано дозвіл Міністерства охорони здоров'я СРСР на проведення інсемінації спермою чоловіка та інсемінації спермою донора, а в 1978 році Ю. С. Паращук доповів, що проблему ІСД в Україні вирішено!

У 1980 році продовжилися дослідження на ооцитах тварин і людини.

1981 рік — в СРСР трьом містам — Москві, Ленінграду та Харкову — дозволили впроваджувати запліднення *in vitro*.

У 1983 році в Харкові В. І. Грищенко організував першу в Україні лабораторію репродукції людини. У ній 30 листопада 1984 року вперше в Україні було запліднено ооцит в умовах *in vitro* та виявлено дроблення ембріона протягом двох діб. Для підготовки та проведення запліднення *in vitro* була визначена група під керівництвом Федора Власовича Дахна. До її складу входили гінеколог-репродуктолог В. І. Піняєв, ембріолог-кріобіолог Н. Н. Чуб, сперматолог-кріобіолог М. Й. Крамар, медсестра-репродуктолог П. С. Пеліпенко. У 1990 році робота увінчалася успіхом: була отримана вагітність після екстракорпорального запліднення. У результаті 19 березня 1991 року народилася перша в Україні дитина після цієї процедури — Катерина К. Виконавцем цього складного, багатогранного процесу

був Федір Власович Дахно — керівник лабораторії репродукції людини Інституту проблем кріобіології Академії наук у Харкові.

Надалі науково-практичні шляхи В. І. Грищенко та Ф. В. Дахна розійшлися. Лабораторію репродукції людини в Харкові згодом було перейменовано на Центр репродукції людини «Імплант». Він успішно працює і сьогодні та носить почесне ім'я «Клініка репродуктивної медицини імені академіка В. І. Грищенко». У Центрі репродукції людини «Імплант» була проведена перша в Україні та країнах СНД програма сурогатного материнства. Жінка віком 48 років виносила і народила дитину для своєї дочки, яка не мала анатомо-фізіологічних можливостей для виношування вагітності через відсутність матки. У серпні 2003 року в Центрі «Імплант» народилася перша в Україні дитина після перенесення в матку пацієнтки власних ембріонів, які піддавалися кріоконсервуванню.

Валентин Іванович Грищенко пішов із життя 3 січня 2011 року, але залишився в серцях щасливих батьків та їхніх дітей, у серцях своїх колег і учнів. Він навчив нас учитися щодня, щогодини й щомиті, пам'ятаючи, заради яких цілей ми працюємо й живемо; любити й цінувати людей і щиро прагнути допомогти їм, зберігаючи традиції гуманізму, професіоналізму та колегальності.

Київський етап

Ф. В. Дахно у 1992 році відкрив у Києві власний медичний центр репродукції людини — «Лабораторія Дахно». Це була перша клініка допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) у Києві. Вже 26 лютого 1992 року народився перший киянин після ЗІВ, а у 1993 році — перша в Україні дитина після директної інтраперитонеальної інсемінації.

У 1994 році заклад було зареєстровано як Інститут репродуктивної медицини (ІРМ) у м. Києві. Серед важливих історичних успіхів ІРМ:

- 1992 рік — народження першого хлопчика після запліднення *in vitro*;

- 1993 рік — народження першої дитини в Україні після директної інтраперитонеальної інсемінації;
- 1995 рік — народження дитини у жінки з видаленими яєчниками;
- 1997 рік — запровадження принципово нового для України методу лікування безпліддя — інтрацитоплазматичної ін'єкції сперматозоїда (англ. Intracytoplasmic Sperm Injection — ICSI), який нині успішно використовують у більшості репродуктивних центрів нашої країни;
- 2003 рік — народження дитини після 6 місяців зберігання ембріонів у рідкому азоті за температури -196 °С, розморожування та перенесення в матку матері;
- 2011 рік — народження дитини після повторної кріоконсервації ембріонів.

Професор Ф. В. Дахно стояв біля витоків української прикладної репродуктивної медицини. Саме він у 1994 році організував першу Київську Школу репродуктологів.

Професійні об'єднання репродуктологів України

Історія професійних об'єднань репродуктологів України розпочалася у 1992 році під час проведення симпозиуму з міжнародною участю «Репродукція-92». Тоді було утворено Асоціацію репродуктологів України, президентом якої обрали Ф. В. Дахна. У 1999 році, у зв'язку зі змінами в законодавстві, було проведено перереєстрацію та змінено назву організації на «Об'єднання репродуктивної медицини».

У жовтні 2005 року у Львові, на з'їзді акушерів-гінекологів України, було ухвалено рішення про створення Української асоціації репродуктивної медицини (УАРМ). Це була потреба часу, пов'язана з бурхливим розвитком репродуктивної медицини в Україні. Асоціація об'єднала у своїх лавах більшість закладів охорони здоров'я України, які займалися ДРТ, незалежно від форми власності. Президентом УАРМ було обрано професора Олександра Михайло-



вича Юзька. Ідея такої реорганізації належала двом фахівцям: професору В'ячеславу Володимировичу Камінському та доценту Валерію Дмитровичу Зукіну.

У червні 2006 року в Києві відбулася перша конференція, яку провела новостворена Українська асоціація репродуктивної медицини. Надалі ці конференції стали щорічними, із залученням близько 10 000 спеціалістів: лікарів, ембріологів, лаборантів, юристів, адміністраторів та інших фахівців. У травні 2025 року у Львові було проведено 20-ту ювілейну конференцію.

Станом на 2026 рік УАРМ об'єднує у своїх лавах 56 закладів ДРТ України.

Знаковою подією в репродуктивній медицині України стало проведення у 2010 році кампусу Європейського товариства репродукції людини та ембріології. Це відбулося вперше в Україні й стало визнанням здобутків української репродуктивної медицини на європейському рівні!

Державне визнання і міжнародні здобутки

Високою нагородою та визнанням репродуктивної медицини України стало присудження Державної премії України в галузі науки і техніки 2011 року за роботу «Допоміжні репродуктивні технології лікування безпліддя». Лауреатами премії стали: д. мед. н., перший проректор Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика Ю. П. Вдовиченко; д. мед. н., завідувач кафедри Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика С. І. Жук; д. мед. н., професор Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика І. О. Судома; к. мед. н., професор Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, директор Інституту репродуктивної медицини Ф. В. Дахно; д. мед. н., професор, директор Київського міського центру репродуктивної та перинатальної медицини В. В. Камінський; д. мед. н., професор, завідувач кафедри акушерства і гінекології, проректор Бу-

ковинського державного медичного університету О. М. Юзько; д. мед. н., професор, завідувач кафедри Харківського національного медичного університету Ю. С. Парашук; д. мед. н., заступник директора Інституту педіатрії, акушерства і гінекології Національної академії медичних наук України Т. Ф. Татарчук; к. мед. н., доцент, директор клініки репродуктивної медицини «Надія» В. Д. Зукін; д. мед. н., народний депутат України, голова Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я Т. Д. Бахтеєва.

Здобутки репродуктивної медицини України набули світового значення. Так, 5 січня 2017 року в Україні вперше народилася дитина після процедури пронуکلєарного переносу — немовля з ДНК трьох осіб («від трьох батьків») у 34-річної жінки, яка страждала на безпліддя протягом 15 років. Суть методу полягає в тому, що ядра гамет пацієнтки та її чоловіка перенесли в донорську яйцеклітину, яка, зі свого боку, була позбавлена ядра. У результаті цієї маніпуляції лікарі отримали «реконструйовану» яйцеклітину. Кількість генів від «третього», які отримала дитина, була малою — лише 37 порівняно з 25 тисячами, отриманими від батьків. Наявність ДНК від трьох осіб підтвердили в лабораторіях України та Німеччини під час обстеження дитини у період вагітності матері. Цю новітню інноваційну технологію, аналогів якої у світі на той час не існувало, розробили спеціалісти Клініки репродуктивної медицини «Надія» під керівництвом директора закладу к. мед. н., доцента В. Д. Зукіна.

Правова база репродуктивної медицини України

Одночасно з практичною роботою удосконалювалася правова база репродуктивної медицини України. Серед ключових нормативних актів:

- наказ МОЗ України № 489 від 10.12.2001 «Про затвердження статистичної документації з питань допоміжних репродуктивних технологій», зареєстрований у Міні-

стерстві юстиції України 25 грудня 2001 року за № 1068/6259;

- наказ МОЗ України від 23 грудня 2008 року № 771 «Про затвердження Інструкції про порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 20 березня 2009 року за № 263/16279; втратив чинність;
- наказ МОЗ України № 787 від 09.09.2013 року «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 2 жовтня 2013 року за № 1697/24229;
- наказ МОЗ України № 232 від 02.04.2014 року «Про затвердження Порядку контролюваної стимуляції яєчників при заплідненні “ін вітро” у жінок із безпліддям»;
- постанова Кабінету Міністрів України від 24 січня 2025 року № 78 «Про затвердження Порядку здійснення забору, кріоконсервації та зберігання репродуктивних клітин військовослужбовців та інших осіб на випадок втрати репродуктивної функції під час виконання обов'язків із оборони держави, захисту Вітчизни та інших покладених на них обов'язків відповідно до законодавства».

Важливою віхою історії успіху репродуктивної медицини України був наказ МОЗ України від 29.11.2004 року № 579 «Про затвердження Порядку направлення жінок для проведення першого курсу лікування безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій за абсолютними показаннями за бюджетні кошти», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 15 лютого 2005 року за № 224/10504. Безоплатне проведення першого курсу лікування безплідності методами ДРТ за бюджетні кошти у 2004–2024 роках здійснювали три медичні заклади в Україні: КРТ УДІР НУОЗ України імені П. Л. Шупика (м. Київ), ДЗ «Прикарпатський центр репродукції людини» МОЗ України (м. Івано-Франківськ), ДЗ «Український медичний центр акушерства, гінекології та репродуктології МОЗ України» (м. Харків).



ДРТ у Програмі медичних гарантій

З огляду на поточну ситуацію в Україні та з метою збільшення шансів українців на омріяне батьківство держава почала активно фінансувати програми лікування безпліддя за рахунок бюджетних коштів. У 2024 році до Програми медичних гарантій (ПМГ) Національною службою здоров'я України (НСЗУ) було додано новий пакет — «Лікування безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій (запліднення *in vitro*)».

Державна програма забезпечує безоплатне лікування безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій — екстракорпорального запліднення, а сама технологія стала доступнішою для багатьох родин.

У квітні 2024 року було отримано першу вагітність у межах Програми медичних гарантій НСЗУ за пакетом «Лікування безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій (запліднення *in vitro*)» у КЗОЗ «Медичний центр лікування безпліддя» (м. Чернівці), лікар — Вікторія Юзько. Вагітність перебігала фізіологічно, без ускладнень. 17 січня 2025 року народився здоровий доношений хлопчик масою 2 890 г і зростом 52 см.

Перша дівчинка у межах Програми медичних гарантій НСЗУ народилася 16 січня 2025 року у Львівському перинатальному центрі. Хлопчик Матвій і дівчинка Юстина з'явилися на світ передчасно.

За даними МОЗ, від початку 2025 року послугу лікування безпліддя отримали вже 6 924 українки. Для порівняння: за весь 2024 рік таких жінок було трохи менше ніж 2 000.

Станом на 26.03.2026 договір з НСЗУ про медичне обслуговування населення за ПМГ «Лікування безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних техноло-

гій (запліднення *in vitro*)» уклали 46 закладів охорони здоров'я. Це державні, комунальні та приватні клініки у 14 областях України та місті Києві.

Особливої уваги заслуговує можливість для військовослужбовців та інших категорій осіб (згідно з постановою КМУ від 11.02.2025 р. № 156), які виконують обов'язки з оборони України, у межах Програми медичних гарантій отримати безоплатну послугу із забору, кріоконсервації та зберігання репродуктивних клітин. Це дає шанс зберегти репродуктивний потенціал на випадок його втрати під час виконання бойових завдань чи внаслідок отриманих травм. Усі заклади ДРТ України активно долучилися до цієї роботи.

Високотехнологічна галузь: можливості та внутрішні виклики

Можна стверджувати, що спільною рисою всіх центрів ДРТ є «елітність» — і в сенсі використання високих технологій, і щодо кваліфікації співробітників, і в надзвичайно важливому сьогодні комерційному аспекті.

Так склалося, що, крім стоматології, мало яка сфера медицини нині є настільки самостійною в господарському відношенні та настільки незалежною від бюджетного фінансування, як сфера лікування безпліддя. Звичайно, це створює певне напруження через високий рівень відповідальності, проте водночас дає більшу свободу у виборі методів лікування та слугує могутнім стимулом для подальшого розвитку.

Практично всі центри репродукції України сповідують принцип: «Зупинився — значить відстав». Постійно триває удосконалення технологій, оновлення парку високоспеціалізованих приладів, обладнання та лабораторного оснащення, а також підготовка й підвищення кваліфікації персоналу.

Водночас ці обставини, на жаль, інколи спричиняють нездорову конкуренцію та ревності з недобросовісними прийомами витіснення конкурентів. Хочеться вірити, що це тимчасове явище швидко відійде в історію.

Без сумніву, маємо 35 років успіху репродуктивної медицини України.

Україна і критерії «ідеальної країни» у сфері ДРТ

Водночас варто проаналізувати, наскільки репродуктивна медицина України відповідає європейським критеріям «Ідеальної країни у сфері допоміжних репродуктивних технологій при лікуванні безпліддя», що визначив European Atlas of Fertility Treatment Policies 2024.

Розглянемо послідовно всі дев'ять критеріїв з погляду поточної ситуації в Україні станом на 2026 рік.

Критерій 1. Законодавство: спеціальні закони про ДРТ для стабільного доступу

Згідно з European Atlas of Fertility Treatment Policies 2024, із 49 країн Європи спеціальний закон про ДРТ мають 42 країни (85,7 %).

У правовому регулюванні ДРТ можна виділити три рівні: перший — міжнародний, що переважно охоплює медичний аспект ДРТ; другий — законодавство держав, зазвичай законодавство про охорону здоров'я та сімейне законодавство; третій — договірне регулювання, тобто цивільно-правові договори про процедури або послуги ДРТ.

В Україні ДРТ прописані в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» 1992 року, зокрема у статті 48, а також у Сімейному кодексі України 2002 року, Цивільному кодексі України 2003 року та Законі України «Про правовий статус інозем-



ців та осіб без громадянства» 2012 року. Це цілком забезпечувало роботу галузі репродуктивної медицини нашої країни.

Водночас зрозуміло, що на порядку денному — розроблення окремого закону про ДРТ, який не має погіршити роботу галузі. Потрібна регуляція, як у Європейському Союзі, а не надмірна зарегульованість і заборони, які пропонувалися в попередніх законопроектах!

Критерій 2. Управління даними: національні реєстри процедур ДРТ і донорів

Згідно з European Atlas of Fertility Treatment Policies 2024, у Європі з 49 країн 32 країни (73,5 %) ведуть національні реєстри процедур ДРТ, а менше половини — 22 країни (44,9 %) — ведуть реєстри донорів.

Наша галузь працює успішно. Водночас, якщо ми рухаємося в Європу, необхідно запроваджувати національні реєстри в репродуктивній медицині. Це непросте питання, але воно потребує обговорення та вирішення на професійній основі, зокрема законодавчого врегулювання.

Кількість закладів ДРТ зростає. Заклади охорони здоров'я, які займаються лікуванням безпліддя методами ДРТ, повинні щорічно подавати обов'язкові звіти — форму галузевої статистичної звітності № 41-здоров «Звіт про допоміжні репродуктивні технології» — до Центру статистики.

Заклади ДРТ, які є членами УАРМ, такі звіти подають. А інші? Ніхто не знає їхньої точної кількості, немає повної інформації про те, що саме вони роблять, якою є їхня професійна спроможність тощо. Не секрет, що деякі заклади ДРТ жодного разу не подавали обов'язкових звітів про проведені процедури ДРТ — десятками років! Із 2017 року в країні скасовано реєстрацію та звітність щодо безпліддя. Ситуація є сумною!

УАРМ залишає за собою право проявити ініціативу та працювати в цьому напрямі.

Критерій 3. Інклюзивний доступ: лікування та донорські послуги доступні всім, хто їх потребує

За цим критерієм ситуація в Україні загалом є позитивною. В Україні надаються послуги IVF/ICSI з власними гаметами для гетеросексуальних пар; у Європі такі послуги дозволені у 100 % країн. Також в Україні дозволено застосування донорської сперми (ДС) для гетеросексуальних пар; у Європі це дозволено у 91,8 % країн. ДС для самотніх жінок також дозволена; у Європі відповідний показник становить 75,5 %. Водночас в Україні не дозволено використання ДС для жіночих пар, тоді як 42,9 % європейських країн це дозволяють.

В Україні дозволено використання донорської яйцеклітини (ДЯ) для гетеросексуальних пар; у Європі це дозволено у 83,7 % країн. Також в Україні дозволено ДЯ для самотніх жінок; у Європі відповідний показник становить 63,3 %. Водночас в Україні не дозволено ДЯ для жіночих пар, тоді як 32,7 % європейських країн це дозволяють, а також для чоловічих пар, що дозволено у 12,2 % країн Європи.

Критерій 4. Генетичне тестування: доступ до генетичного тестування ембріонів

Констатуємо, в Україні генетичне тестування ембріонів дозволено та фінансується державою в межах пакета медичних гарантій лікування безпліддя за допомогою ДРТ через НСЗУ. Тобто цей критерій захищений. Водночас кошти, які виділяються на цю процедуру, є вкрай мізерними, що суттєво звужує можливості застосування генетичного тестування.

Критерій 5. Прозорість: неанонімне пожертвування з розкриттям особистості донора дітям

Згідно з чинним наказом МОЗ України № 787, «... донорами

ооцитів можуть бути: родички або знайомі жінки анонімні донорів; пацієнтки програм ДРТ, які за поінформованою письмовою добровільною згодою надають реципієнту частину своїх ооцитів».

Донація ембріонів: «Донорами ембріонів можуть бути добровольці або пацієнти програми ЗІВ, у яких після завершення формування повної сім'ї (народження дитини) залишаються у кріобанку невикористані кріоконсервовані ембріони.

... за письмовою згодою пацієнтів-донорів або донорів-добровольців ці ембріони можуть бути використані для донації безплідній подружній парі-реципієнту, а також жінкам-реципієнтам, які не знаходяться у шлюбі». Чудово прописано!

Зауважте, у нас не прописано, що «дитина має право знати донора». В той же час, підкреслюю, в 26,5 % країн Європи донорство тільки неанонімне, в 42,9 % — виключно анонімне, в 24,5 % — змішане. Потрібно обговорення питання «...розкриття донора...» для нашої країни з суспільством та юристами! Отже, цей критерій «ідеалу» можна вважати виконаним лише частково.

Із перших п'яти критеріїв «ідеальної країни» у сфері ДРТ Україна частково відповідає третьому, четвертому та п'ятому критеріям, однак не повністю в кожному з них.

Критерій 6. Фінансування: повне фінансування 4 циклів внутрішньоматкової інсеминації та 6 циклів IVF/ICSI по всій країні

На жаль, за цим критерієм Україна суттєво відстає. Він не реалізований у такому обсязі в нашій країні. Внутрішньоматкова інсеминація (ВМІ) взагалі не фінансується, а 2 цикли IVF/ICSI в Україні фінансуються за вкрай мізерну суму.

Як у Європі? До 4 циклів ВМІ фінансують 46,9 % країн; повністю 6



і більше циклів IVF/ICSI — 16,3 % країн; частково — 14,3 % країн.

До «ідеалу» у сфері ДРТ за цим критерієм Україні ще потрібно підтягнутися!

Критерій 7. Послуги підтримки: фінансована психологічна підтримка як частина лікування безпліддя

У Європі цьому критерію відповідають лише 20,4 % країн. В Україні така підтримка на державному рівні не запроваджена.

Критерій 8. Консультації: розробники політики у сфері ДРТ консультуються з асоціаціями пацієнтів щодо законодавчих змін

У Європі таких країн 38,8 %. В Україні такої практики немає.

Критерій 9. Освіта: державні програми навчання з питань безпліддя

Лише 4 країни Європи (8,2 %) мають такі програми: Ірландія, Німеччина, Латвія та Велика Британія. В Україні їх також немає. Отже, критерії 7, 8 і 9 для України не можуть бути зараховані.

Таким чином, за 35 років репродуктивна медицина України зробила дуже багато, однак до критеріїв «ідеальної країни у сфері ДРТ» у Європі нам усім ще потрібно наполегливо попрацювати.

Результативність ДРТ в Україні

Водночас слід зазначити, що результативність роботи медичних закладів ДРТ України є досить

високою. Так, у 2022 році, згідно з даними звітів Європейського товариства репродукції людини та ембріології, за показниками основного методичного методу запліднення — інтрацитоплазматичної ін'єкції сперматозоїда — Україна була визнана однією з найкращих у Європі.

За період із 1999 по 2024 рік, за 25 років згідно галузевої статистики, із використанням цих технологій в Україні було проведено 406 785 циклів ДРТ і народилася 131 471 дитина. Ефективність становила 32,32 %, що є досить високим показником. Слід врахувати, що по цей вид медичної допомоги до нашої країни звертається велика кількість громадян із багатьох країн світу, оскільки ці технології в Україні є високоефективними, якісними та доступними для всіх.

Концепція розвитку репродуктивної медицини України на 2026–2030 роки

ГО «Об'єднання "Українська асоціація репродуктивної медицини"» розробила Концепцію розвитку репродуктивної медицини України на 2026–2030 роки відповідно до Стратегії розвитку системи охорони здоров'я України на період до 2030 року, схваленої Кабінетом Міністрів України 17 січня 2025 року (розпорядження № 34-р). Концепція спрямована на виконання оперативної цілі Стратегії, зокрема в частині «впровадження комплексних заходів з підтримки материнства та дитинства, спрямованих на збільшення народжуваності, завдяки розвитку та підтримки репродуктивних технологій». Документ відповідає принципам людиноцентричності, доказо-

вості та ефективності, закладеним у Стратегії МОЗ, і спрямований на наповнення її стратегічних цілей конкретним галузевим змістом.

Ми переконані, що підтримка розгляду цього питання — зокрема інформаційна підтримка, ініціювання зустрічей, залучення фондів — допоможе зрушити з місця багато питань розвитку репродуктивної медицини нашої країни та суттєво покращити демографічну ситуацію.

На жаль, Україна перебуває в умовах критичної демографічної кризи. Сумарний коефіцієнт народжуваності знизився до рівня 0,7–0,9, що є одним із найнижчих показників у світі. Збройна агресія російської федерації, внутрішня міграція та інші негативні чинники призвели до безпрецедентного скорочення населення. У цьому контексті репродуктивна медицина набуває значення не лише клінічного, а й стратегічного — як інструмент збереження людського потенціалу країни.

На відміну від більшості напрямів демографічної політики, допоміжні репродуктивні технології здатні продемонструвати вимірюваний результат у найкоротшій перспективі: від початку лікування до народження дитини — 9–12 місяців. У 2024 році частка дітей, народжених в Україні після ДРТ, склала біля 6 %. Добре відомо, що при досягненні рівня 3 % і більше галузь ДРТ починає суттєво впливати на сумарний коефіцієнт фертильності, переходячи з суто клінічної категорії в демографічно значимий фактор. Це робить галузь репродуктивної медицини найшвидшим і найбільш прогнозованим інструментом підвищення народжуваності в арсеналі державної політики. А 35-річний успіх репродуктивної медицини України підтверджує наші можливості.

Надійшла: 21.04.2026

Відомості про автора

Олександр Михайлович Юзько — д. мед. н., професор, президент ГО «Об'єднання «Українська асоціація репродуктивної медицини», медичний директор КЗОЗ «Медичний центр лікування безпліддя»

Адреса: м. Чернівці, вул. В. Трепка, 1 А

E-mail: uarm.kiev@gmail.com

