

# Допоміжне (сурогатне) материнство як медико-соціальна проблема

О.О. Берестовий

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

Проблема безплідності значно поширена у всьому світі, тому з метою її вирішення лікарями були розроблені новітні методики лікування – допоміжні репродуктивні технології (ДРТ), серед яких актуальним і поширеним явищем сьогодення є сурогатне материнство. За цією методикою жінка на підставі взаємної домовленості з особами, що звернулися до неї за наданням зазначеної послуги, проходить процедуру імплантації ембріона, створеного у результаті ДРТ, виношує дитину з метою народити та передати її даним особам, які будуть юридично вважатися батьками цієї дитини. Україна входить до категорії держав, де сурогатне материнство дозволене на законодавчому рівні, але нові правовідносини породжують нові запитання та низку проблем, пов'язаних з реалізацією права на материнство та батьківство.

**Ключові слова:** безплідність, допоміжні репродуктивні технології, допоміжне (сурогатне) материнство.

Щорічно у другу неділю травня відзначається всесвітній День Матері. Але за статистикою безплідних пар у нашій країні не кожна українка може стати мамою. У середньому кожна п'ята сім'я не має дітей, від 15 до 25% подружніх пар (близько 1 млн) з різних причин стикаються з проблемою безплідності, що можна розглядати як прямі репродуктивні втрати [1–2].

Безплідність у шлюбі – одна з надзвичайно важливих як особистісних, так і медико-соціальних проблем сьогодення для багатьох країн світу [3–4]. За складної економічної і демографічної ситуації в Україні ця проблема є дуже значущою і для нашої країни [5], у якій тільки за останні півроку за статистичними даними чисельність населення зменшилась на 120 тис. осіб [6].

Безплідність – нездатність зрілого організму до запліднення – серйозна проблема репродуктології, за якої є поєднання соціального, психічного і фізичного нездоров'я в сім'ї [7]. Серед соціальних факторів безплідного шлюбу виділяють: зниження соціальної активності найбільш працездатної групи населення; різний вплив частоти безплідного шлюбу на демографічну ситуацію у популяції і держави в цілому [7]. Психічне неблагополуччя характеризується лабільністю нервової системи, формуванням комплексу неповноцінності, розвитком тяжких психосексуальних розладів, що у результаті стає причинами або нестійких сімейних відносин, або призводить до їхнього руйнування взагалі [8].

Фізичне нездоров'я – це хвороба подружньої пари як єдиного цілого. На думку сучасних фахівців, у розвитку безплідності порушення фертильності у чоловіків і жінок відіграють приблизно однакову роль [9]. За науковими даними, майже у 80% випадків причиною безплідності у жінок вважають штучне переривання вагітності, у 15–25% – запалення статевих органів, у 12–18% – непрохідність маткових труб [10]. Найбільш поширеною причиною порушень генеративної функції чоловіків є інфекційно-запальні ураження уrogenітальної системи (35,5%), що призводить до порушень фертильності не тільки у них самих, але й у їхніх жінок [9]. У разі запліднення інфікованою спермою виникає вірогідність інфікування ембріона, внутрішньоутробної інфекції, вад розвитку плода і невиношування вагітності.

Безплідність у шлюбі – одна з дуже тяжких стресових ситуацій. Особистісні якості бездітних пар значно відрізняються від людей такого самого віку і соціального статусу, але які мають дітей. Психологічні тести характеризують більшу нестійкість, страх, невпевненість у собі, труднощі соціальних контактів [8]. Почуття провини за відсутність дітей у сім'ї вище у жінок, разом з тим у них сильніше розвинені швидкість реакції, відчуття напруження і емоції, які свідчать про наявність постійного вогнища пригнічення настрою [11].

Незважаючи на переконливі дані про значні психологічні відхилення у подружжя в безплідних шлюбах, до сьогодні не вирішено питання щодо первинності у виникненні даної патології: чи призвела відсутність дітей до психоемоційних розладів, чи такі відхилення спричинили порушення репродуктивної функції [12]. Аналогічна ситуація виникає під час розгляду питання про психосексуальні проблеми безплідних шлюбів: близько 30% пацієнтів мають відхилення від показників нормальної схеми сексуальної поведінки [13].

Проблема лікування безплідності подружніх пар є однією з найбільш актуальних у сучасній медицині. Допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) міцно посіли своє місце у комплексі медичного лікування безплідності і набувають усе більшої популярності у лікарській практиці [14–16], що дозволяє сьогодні «обійти» деякі фізіологічні проблеми, допомогти парам стати батьками і продовжити свій рід. ДРТ включають методику лікування, за яких маніпуляції з репродуктивними клітинами, окремі або всі етапи їхньої підготовки, процеси запліднення та розвитку ембріонів до перенесення їх у матку реципієнтки здійснюються в умовах *in vitro* [17]:

- запліднення *in vitro* (ЗІВ) – запліднення яйцеклітини *in vitro* з наступною трансплантацією ембріона у матку – застосовується практично при всіх формах безплідного шлюбу (чоловічий фактор безплідності, трубний, ендокринний, імунологічний фактори, ендометріоз);

- інтрацитоплазматична ін'єкція сперматозоїда – введення одного спермія у яйцеклітину – мікрomanipуляційна технологія, що застосовується при вираженій патоспермії у чоловіка; проводять у програмах екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) для збільшення вірогідності запліднення;

- при внутрішньоматковій інсемінації використовують сперму чоловіка або донора;

- донорія ооцитів (яйцеклітину отримують у здорової жінки-донора) застосовують у разі порушення функції яєчників, наявності спадкових захворювань, а також у жінок старшої вікової групи із частими невдачами після ЗІВ;

- кріоконсервування – технологія заморожування репродуктивних клітин та ембріонів, що дозволяє зберігати їх протягом тривалого часу та використовувати у наступних циклах лікування;

- допоміжне (сурогатне) материнство (ДМ) – перенесення ембріона, отриманого шляхом запліднення яйцеклітини біологічної матері (дружини) спермою біологічного батька (чоловіка), і виношування дитини біологічно «чужою» для жінки, яка добровільно погоджується завагітніти з метою винести і народити біологічно чужу їй дитину, а потім передати на виховання іншим особам – генетичному батькам.

ДМ – це одна з репродуктивних технологій, за якою здорова жінка на підставі угоди (договору) після штучного запліднення виношує та народжує дитину для іншої сім'ї. Зачаття відбувається в умовах спеціалізованого медичного закладу (без статевих актів), з метою чого можуть використовуватися яйцеклітини та сперма безплідної подружньої пари або донорський матеріал з урахуванням того, що дитина має мати генетичну спорідненість хоча б з одним із батьків [18]. При цьому в дане поняття мають також бути включені випадки, коли досягнути мети народити та передати дитину особам, які звернулися по таку послугу, з певних причин не вдається.

Виділяють два види ДМ:

1) повна або гестаційна сурогатність полягає у перенесенні ембріона від подружжя у матку сурогатної матері;

2) часткова або гендерна сурогатність – використовується яйцеклітина сурогатної матері, тобто є біологічний зв'язок плода із сурогатною матір'ю.

Останній вид має багато етичних недоліків, тому у більшості країн, у тому числі в Україні, заборонений. Суть даної технології полягає у тому, що сурогатна матір погоджується виносити чужу дитину особам, які хочуть стати батьками, тобто виступає так званим інкубатором для дитини майбутніх батьків цієї дитини [17]. Також можна зазначити, що сурогатна матір не може одночасно бути і гестаційною, і гендерною сурогатною матір'ю (віддати свою яйцеклітину та виношувати дитину), бо це вже буде продаж власної дитини, що карається кримінальним законодавством [19]. Такий вид ДРТ заборонений у більшості країн, у тому числі в Україні.

При дозволеному у нашій країні гестаційному типі ДМ сурогатна матір не має генетичного зв'язку з дитиною, добровільно погоджується виносити і народити генетично чужу дитину, яку потім віддадуть на виховання іншим особам – його генетичним (потенційним) батькам. Можливі такі варіанти [17, 20]:

1) ооцити донора + сперма чоловіка – вагітність виношує сурогатна матір (у разі старшого віку жінки, низької якості її ооцитів, передчасного виснаження яєчників, нездатності жінки виносити вагітність); дитина генетична тільки для чоловіка;

2) ооцити жінки + сперма чоловіка – вагітність виношує сурогатна матір (нездатність жінки виносити вагітність); дитина генетична для матері й батька;

3) ооцити жінки + сперма донора – у разі чоловічої безплідності та нездатності жінки виносити вагітність; дитина генетична тільки для матері;

4) ембріон донора, вагітна сурогатна матір – дитина не генетична для обох батьків.

Привертає увагу той факт, що в українському законодавстві донедавна взагалі не було визначення сурогатного материнства, навіть у формі норм з посиленням на міжнародні акти. Через брак вітчизняної термінології доводилося звертатися до формулювання, прийнятого Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) у 2001 році, у якому зазначається, що: «Гестаційний кур'єр: жінка, у якої вагітність настала у результаті запліднення ооцитів, що належать третій стороні, сперматозоїдами, що належать третій стороні. Вона виношує вагітність із тією умовою або договором, що батьками народженої дитини будуть одна або обидві людини, чий гамети використовувалися для запліднення». Гестаційний кур'єр – це, звичайно, сурогатна мати. Показово, що слова «мати» або «батько» у цьому визначенні навіть не використовуються, що свідчить про те, що ВООЗ розцінює відносини між донорами та сурогатною матір'ю у першу чергу як договірні [21].

Виходячи з наведеного вище, можна виділити такі ознаки ДМ в Україні:

- наявність взаємної домовленості між сурогатною матір'ю та замовниками;
- факт зачаття дитини шляхом проведення ЗІВ та імплантації ембріона;

- обов'язкове використання генетичного матеріалу замовників;

- специфічна мета – виношування та народження дитини для подальшого передавання її генетичним батькам.

Згідно з діючим законодавством України, ДМ можна застосовувати лише за медичними показаннями у жінок:

- які перенесли оперативні втручання на репродуктивних органах, наприклад операцію з видалення матки;

- з деформацією та/або аномаліями чи відсутністю матки, з деформацією порожнини або шийки матки;

- зі структурно-морфологічними або анатомічними змінами ендометрія, що призводять до втрати ефективності процесу імплантації ембріона та злипання порожнини матки та які не піддаються лікуванню;

- за наявності тяжких соматичних захворювань, які загрожують здоров'ю жінки і будуть перешкоджати сприятливому перебігу вагітності та пологів;

- після невдалих повторних спроб ДРТ при неодноразовому отриманні ембріонів високої якості, перенесення яких не призводило до вагітності [17, 22].

Порядок застосування ДРТ в Україні регламентує вимоги, що пред'являються до однієї зі сторін договору – сурогатної матері. Сурогатною матір'ю може бути повнолітня дієздатна жінка за умови наявності власної здорової дитини, добровільної письмово оформленої нею заяви за певною формою, а також за відсутності медичних протипоказань, тобто мати хороший, стабільний стан здоров'я [23]. Крім того, вона не може перебувати у безпосередньому генетичному зв'язку з дитиною, однак дозволяється виношування вагітності близькими родичами майбутніх батьків (мати, сестра, двоюрідна сестра тощо). Усі кандидати повинні пройти обов'язкове медичне обстеження, надати правдиві відомості про історію вагітності і пологів, перенесені захворювання та ін. Під час підготовки і проведення програм ЗІВ сурогатним матерям слід дуже відповідально відноситися до свого здоров'я, чітко і неухильно виконувати призначення і рекомендації лікуючого лікаря: обмежити вживання лікарських засобів, споживання спиртних напоїв, певних продуктів тощо, фізичні навантаження, а також виключити статеві контакти [23].

Спірним є віковий критерій для сурогатної матері. Медичною статистикою та рекомендаціями ВООЗ встановлено, що найбільш сприятливий репродуктивний вік жінки припадає на 20–35 років. З огляду на це, проект Закону України «Про допоміжне материнство» пов'язує виникнення права бути сурогатною матір'ю з настанням двадцяти одного року, а не вісімнадцятиліття [21].

Проведення програм ЗІВ передбачає певні ризики для здоров'я сурогатної матері як під час стимуляції (етап підготовки ЗІВ), так і під час проведення ембріонотрансфера (перенесення ембріона), виношування вагітності та пологів. Нерідко може настати багатоплідна вагітність, адже при цьому найчастіше практикують «підсаджування» відразу 2–3 ембріонів, що збільшує шанс на вагітність. Ось чому при застосуванні ДРТ висока ймовірність народження двійні або трійні. Пологи у разі використання таких програм у більшості випадків закінчуються кесаревим розтином [17, 20].

Під час вибору кандидатур сурогатних матерів беруть до уваги не тільки медичні, а й інші фактори, у тому числі моральну і психологічну стійкість жінки, відповідальність, відсутність кримінального минулого [19]. Попередній досвід сурогатної матері, якщо він був, абсолютно неважливий. Лікарям, навпаки, радять подружжям вибирати жінок, які ще не виношували чужої дитини і відповідно не вживали гормонів для збереження вагітності. Зовнішність сурогатної матері ніяк не впливає на зовнішні дані малюка, він буде схожий тільки на генетичних батьків [18]. Але для подружжя важливо, аби людина була їм симпатична. Часто їм до душі жінки, які зовнішньо схожі на них самих.

Попереднє медичне обстеження подружньої пари і сурогатної матері обов'язкове. Діюче законодавство у сфері охорони здоров'я передбачає низку протипоказань для ЗІВ та імплантації ембріона [17, 22]. У зв'язку з цим медичне обстеження повинно бути проведене до підписання договору між подружжям і сурогатною матір'ю, або ж передбачити у договорі відкладену умову у випадку медичних протипоказань для здійснення програми ДМ: наприклад, обумовити строк набуття сили договору моментом отримання результатів медичного обстеження, що не перешкоджають відповідним процедурам [24].

У разі використання методу сурогатного материнства для продовження свого роду виникає багато морально-етичних і психологічних проблем. Противники ДМ виокремлюють такі негативні особливості даного методу:

- сурогатне материнство перетворює дітей на товар;
- йде комерціалізація даної сфери, тобто сурогатні матері потроху перетворюються на «агентства» з надання такого виду послуг, за що отримують свій зарібок;
- материнство стає договірною роботою, тобто відкидаються всі моральні настанови про єдність матері та дитини [25].

Крім цього, деякі феміністки вважають, що така практика сприяє експлуатації жінок, а деякі церковні групи вбачають у ДМ дегуманізуючу, аморальну тенденцію, що посягає на святість шлюбу та сім'ї [23].

Існує також занепокоєння, що сурогатних матерів може психологічно травмувати необхідність віддати «свою» дитину. Прихильники використання ДМ мають протилежну точку зору. Вони зазначають, що іноді для бездітної сім'ї це єдиний спосіб мати дитину, і розцінюють сурогатне материнство як гуманний акт любові та співпраці. Звичайно, цей акт пов'язаний із потенційною небезпекою для сурогатної матері, але вона може її оцінити і свідомо ризикувати. Прихильники сурогатного материнства не вважають його формою експлуатації жінок, вони стверджують, що жінка, яка добровільно вирішила стати сурогатною матір'ю, отримує за виконання цієї ролі достатню матеріальну компенсацію, а також моральне задоволення від користі, що вона приносить суспільству [26].

Недостатньо дослідженими є психологічні аспекти сурогатного материнства:

- психологія дитини, народженої сурогатною матір'ю;
- психологія сурогатної матері, якій необхідно розлучитися з дитиною, що внутрішньоутробно в ній розвивалася;
- психологія потенційних батьків, які не змогли реалізувати своє право на батьківство без ДРТ, тощо.

Не викликає сумнівів лише той факт, що сім'ї потрібна допомога кваліфікованого психолога, щоб уникнути непорозуміння та конфліктів, особливо якщо сурогатна матір із близького оточення сім'ї, з ким дитина буде безпосередньо контактувати протягом життя [23, 24, 26].

Вивчаючи досвід зарубіжних країн щодо регулювання сурогатного материнства, слід зазначити, що у світі існують *альтруїстичний, дозвільний та заборонний* режими стосовно використання послуг сурогатних матерів [27].

Альтруїстичний режим ДМ дозволяється державою, але сурогатна матір отримує компенсацію витрат лише на медичне обслуговування та інші витрати, пов'язані з вагітністю. Майбутні батьки, які укладають договір із сурогатною матір'ю, не мають права сплачувати за послугу щодо виношування та народження дитини. Мета цього підходу – уникнути перетворення на товар як сурогатної матері, так і дитини, що часто вважається продажем дітей. Альтруїстичний режим прийнятий в Австралії, Канаді, Великій Британії, Нідерландах, Бельгії [27].

Дозвільний режим дозволяє ДМ на законодавчому рівні, з певним регулюванням деяких аспектів. Приклади країн: Грузія, Казахстан, Російська Федерація, Україна, Індія.

Однак при цьому існують деякі варіації правового режиму. Наприклад, в Ізраїлі сурогатне материнство контролюється державою, тобто на кожен крок потрібно отримати дозвіл. У Південній Африці контракт із сурогатною матір'ю повинен бути підтверджений судом [27].

Заборонний режим, за яким укладання договорів про сурогатне материнство не дозволяється, діє у країнах, де керуються такими морально-етичними принципами, як уникнення перетворення дітей на товар та експлуатація сурогатних матерів, а також з метою захисту їхніх інтересів. Прикладами таких країн є Франція, Швеція, Угорщина, Німеччина, Ісландія, Італія, Японія, Швейцарія, Пакистан, Саудівська Аравія, Сербія [27].

На підставі наведеного вище, можна зробити висновок, що, дозволяючи використання процедури сурогатного материнства чи забороняючи його, держави керуються політикою, яку проводять у сфері сімейних відносин, а також моральними та релігійними підвалинами суспільства.

В українському суспільстві технологія сурогатного материнства є відносно новою, і на сьогодні немає єдиного затвердженого закону про репродуктивне здоров'я, який би визначав поняття сурогатного материнства і належним чином регулював здійснення цієї процедури в Україні. Згідно зі ст. 51 Конституції України, сім'я, дитинство, материнство та батьківство охороняються державою. Сімейний кодекс України (СКУ) також створює умови для зміцнення сім'ї та на державному рівні забезпечує її охорону [28]. Так, згідно з п. 1 ст. 49 СКУ, дружина має право на материнство, відповідно до п. 1 ст. 50 того самого Кодексу чоловік має право на батьківство. Лише деякі законодавчі акти опосередковано згадують про штучне запліднення та імплантацію ембріона і замість терміна «сурогатне материнство» вживають термінологію ДМ, у якій міститься метод допоміжних репродуктивних технологій. Наприклад, ст. 123 СКУ, а також ст. 48 чинного Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», згідно з якими застосування ЗІВ здійснюється відповідно до умов та Порядку, встановлених Міністерством охорони здоров'я України [28]. Нормативний акт, який у своєму змісті містить словосполучення «сурогатне материнство» без його тлумачення – Порядок про застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні № 787 від 09.09.2013 р., – зазначає, що є необхідними: умови для використання сурогатного материнства, алгоритм проведення ДРТ методом сурогатного материнства, показання до сурогатного материнства, а також перелік документів, необхідних для використання сурогатного материнства, з боку сурогатної матері із забезпеченням анонімності донора та збереженням лікарської таємниці. Розкриття анонімності донора може бути здійснено у порядку, передбаченому законодавством [20].

Захист прав та інтересів учасників програм ДРТ здійснюється на підставі не тільки положень законодавства, але й договорів між усіма учасниками цих програм [29]. Так, згідно з Цивільним кодексом України, отримання біологічними батьками дитини від сурогатної матері не може бути предметом договору. Правильно складений договір про сурогатне материнство має передбачати тільки виплату грошової (іншої матеріальної) компенсації, щоб створити для сурогатної матері найсприятливіші умови для виношування дитини та подальшої реабілітації. У договорі обов'язково слід передбачити відповідальність сурогатної матері за порушення його конфіденційності, приписів і рекомендацій лікарів (шкідливі звички, обмеження харчування, ігнорування режиму тощо), намагання залишити дитину собі, ухилення від підписання документів, потрібних для подальшої реєстрації дитини в органах РАГС, тощо. Порушуючи такі вимоги, сурогатна мати не тільки може втратити право на компенсацію, але й буде

змушена відшкодувати біологічним батькам усі їхні витрати за договором [28, 29].

Діюче законодавство України не приділяє належної уваги питанню реалізації громадянами своїх прав у сфері репродуктивних технологій, тим самим створюючи колізії у правовому регулюванні. Частина 2 ст. 123 СКУ визнає батьками дитини, народженої сурогатною матір'ю, подружжя. Таке саме положення міститься у Правилах державної реєстрації актів цивільного стану. Тобто наведені нормативно-правові акти звужують право одиноких осіб на материнство (батьківство) у рамках застосування ДРТ [30].

Практика свідчить, що стороною договору на боці генетичних батьків можуть бути іноземці. При цьому виникає низка проблем, за яких залишаються незахищеними права сторін договору сурогатного материнства та дитини, народженої сурогатною матір'ю. Виникає проблема вивозу дитини в ті країни, де така процедура не є дозволеною. У таких випадках дитині забороняють в'їзд у дану країну, а її батькам не надають запису, що дитина є законно їхньою [27].

Реалії часу вимагають подальшого реформування галузі репродуктивної медицини, що повинно відобразитися у його нормативно-правовому регулюванні з метою створення досконалої правової бази, захисту від неправомірних посягань на біологічні права людини. На жаль, ще багато аспектів сурогатного материнства в Україні взагалі не визначені законом або допускають неоднозначне тлумачення. Відсутнє законо-

давчо затверджене визначення поняття сурогатного материнства, у сімейних кодексах мова йде лише про запліднення *in vitro*. Відсутня чітка регламентація комерційної програми сурогатного материнства. Не висвітлена інформація щодо ситуації, коли подружжя-замовники під час участі у програмі розлучаються або помирають. Дискусійним є юридичне оформлення дотримання права дитини на інформацію щодо жінки, в утробі якої вона розвивалася до народження. Необхідно також звернути увагу на юридичне оформлення документів щодо тимчасової втрати працездатності жінками, які отримують лікування з приводу безплідності з використанням ДРТ. Слід також захистити сурогатну матір на випадок відмови подружжя-замовників від народженої дитини з різних причин, зокрема у випадку народження хворої дитини. Наразі на доопрацюванні у Верховній Раді України знаходиться проект Закону «Про регулювання питань щодо допоміжного материнства та забезпечення державними гарантіями рівних прав та можливостей матерів» (реєстр. № 4647), у якому чітко визначені основні правові передумови сурогатного материнства з подальшими перспективами застосування [14, 24].

Отже, ДМ в Україні посідає належне місце серед репродуктивних технологій у лікуванні безплідності, але, незважаючи на те що завдяки цій технології багато бездітних пар мають можливість стати батьками і виховувати дитину, існує низка проблем морально-етичного, психологічного та юридичного значення, які все ще чекають свого вирішення.

### Вспомогательное (суррогатное) материнство как медико-социальная проблема

О.А. Берестовой

Проблема бесплодия широко распространена во всем мире, поэтому с целью ее решения врачами были разработаны новейшие методики лечения – вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ), среди которых актуальным и распространенным явлением современности является суррогатное материнство. По этой методике женщина на основании взаимной договоренности с лицами, обратившимися к ней за предоставлением указанной услуги, проходит процедуру имплантации эмбриона, созданного в результате ВРТ, вынашивает ребенка с целью родить и передать ее данным лицам, которые будут юридически считаться родителями этого ребенка. Украина входит в категорию стран, где суррогатное материнство разрешено на законодательном уровне, но новые правоотношения порождают новые вопросы и ряд проблем, связанных с реализацией права на материнство и отцовство.

**Ключевые слова:** бесплодие, вспомогательные репродуктивные технологии, суррогатное (вспомогательное) материнство.

### Auxiliary (surrogate) motherhood as a medical and social problem

O.O. Berestovoy

The problem of infertility is widespread all over the world, therefore, with the aim of solving it, the doctors developed the newest methods of treatment – assisted reproductive technologies (ART), among which the actual and widespread phenomenon of modernity is surrogate motherhood. According to this method, a woman, on the basis of mutual agreement with persons applying to her for providing this service, undergoes the procedure of implantation of an embryo created as a result of ART, nurtures a child in order to give birth and transfer it to these persons who will be legally considered the parents of this child. Ukraine is included in the category of countries where surrogate motherhood is allowed at the legislative level, but new legal relations generate new issues and a number of problems related to the realization of the right to motherhood and paternity.

**Key words:** infertility, assisted reproductive technologies, assisted (surrogate) motherhood.

### Сведения об авторе

Берестовой Олег Александрович – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5; тел.: (050) 353-33-61

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дудник СВ, Кошеля ІІ. Тенденції стану здоров'я населення України. Україна. Здоров'я нації. 2016;4(40):67-77.
2. Пальян ЗО, Бондаренко ІГ. Статистичне оцінювання сучасних тенденцій і перспектив чисельності та складу населення України. Статистика України. 2017;3(78):65-72.
3. Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report. WHO and the International Bank for Reconstruction and Development; 2017. 88 p.
4. Tomas Frejka, Stuart Gietel-Basten. Fertility and Family Policies in Central and Eastern Europe after 1990. Comparative Population Studies. 2016;41:3-56.
5. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік. МОЗ України, ДУ «УСД МОЗ України». – 2017. – 516 с.
6. Соціально-економічний розвиток України за січень-червень 2018 року. Експрес-випуск від 07.08.2018 р., відп. Вишневецька ОА. Офіційний сайт Державної служби статистики України. [Інтернет] 2018. Режим доступу: [http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/infografika/2018/soes/ukr/sed/ser\\_06\\_2018.pdf](http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/infografika/2018/soes/ukr/sed/ser_06_2018.pdf)
7. Юзько ОМ. Репродуктивне здоров'я жінки: медико-соціальні аспекти. [Інтернет. Слово о здоровье. 2016;68(грудень). Доступно: <http://ozdorovie.com.ua/reproduktivne-zdorovya-zhinki-mediko-sotsialni-aspekti/>
8. Блох МЕ. Психологическая помощь в комплексном подходе к решению проблем репродуктивного здоровья. Журнал акушерства и женских болезней. 2013;62(3):16-19.
9. Поворознюк МВ. Причины нарушений репродуктивного здоровья у чоловіків із безпліддям у шлюбі. Здоровье мужчины. 2015;2(53):162-165.
10. Фон Вольф М., Петра Штуте. Гинекологическая эндокринология и репродуктивная медицина / пер. с нем. под общ. ред. проф. Е.Н. Андреевой. – М.: МЕДпресс-информ, 2017. – 512 с.: ил.
11. Чаркіна ОА. Психологічні детермінанти жіночого ідіопатичного безпліддя. Молодий вчений. 2014;12(15):271-274.
12. Злишков ВЛ, Лукомська СО, Федан ОВ. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. – К.: Педагогічна думка, 2016. – 219 с.
13. Столярчук ОА. Психологія сучасної

- сім'ї: навч. посіб. – Кременчук: ПП Щербатих О.В., 2015. – 136 с.
14. Лесовська СГ. Стан впровадження допоміжних репродуктивних технологій в Україні [Інтернет] Слово о здоровье. 2017;8(квітень). Режим доступу: <http://ozdorovie.com.ua/stan-vprovadzhennya-dopomizhnih-reproduktivnih-tehnologiy-v-ukrayini/>
15. Lin PC. Reproductive outcomes in women with uterine anomalies. J. Women. Health. 2017;13(1):33-39.
16. Копков ВС. Допоміжні репродуктивні технології у вирішенні демографічних проблем. Правові аспекти. Медицинские аспекты здоровья женщины. 2013;4:55-57.
17. Дахно ФВ, Камінський ВВ, Юзько ОМ. Допоміжні репродуктивні технології лікування безпліддя. Навчальний посібник. – К., 2011. – 338 с.
18. Ватрас ВА. Суб'єктивний склад право-відносин щодо імплантації ембріона дитини жінці із генетичного матеріалу подружжя. Вісник Хмельницького інституту регіонального управління та права. 2010;2:71-74.
19. Звірко ОЄ. Кримінальна відповідальність за порушення умов та порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). Матеріали V Всеукр. наук.-прак. заочної конф. Сучасні науки: теорія і практика; 2014 Черв 27-28; Київ. К.: Партнерство «Нова Освіта». 2014;139-141.
20. Наказ МОЗ України №787 від 09.09.2013р. Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні (зі змінами, внесеними згідно з Наказом МОЗ України №165 від 06.03.2014). Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я. 2014;5:4-40.
21. Рибак КО. Поняття та роль сурогатного материнства в сучасному суспільстві. Юридичний науковий електронний журнал. 2015;3:79-83.
22. Капустін ЕВ, Геречив ГЙ. Місце та роль допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) у лікуванні непліддя та збереженні фертильності. Акушерство. Гінекологія. Генетика. 2016;2(2):30-33.
23. Вустенко ВВ. Сурогатне материнство: правовий та морально-етичний аспекти [Інтернет]. Газета «Новости медицины и фармации». 2007;20(228). Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/4100>
24. Міщук ІВ, Слаб'як ТБ. Правове регулювання сурогатного материнства. Молодий вчений, 2017;5.1(45.1):73-76.
25. Клэр де ла Хуг, Пюпенк Г. Суррогатное материнство как нарушение прав человека и достоинства личности [Інтернет]. Режим доступа: <http://www.familypolicy.ru/rep/int-13-051.pdf>
26. Майданик РА. Репродуктивні права. Сурогатне материнство. – К.: Алерта, 2013. – 48 с.
27. Онщенко ОВ, Козіна ПЮ. Сурогатне материнство в Україні та за кордоном: порівняльно-правовий аспект. Юридичний вісник. 2015;3(36):102-108.
28. Явор ОА. Правові аспекти сурогатного материнства. Університетські наукові записки. 2012;4(44):127-133.
29. Федорченко Н. Особливості укладення договору про сурогатне материнство. Підприємництво, господарство і право. 2016;12:65-68.
30. Квіт НМ. Інститут сурогатного материнства: проблеми колізійного регулювання. Альманах міжнародного права. 2016;14:38-48.

Статья поступила в редакцию 16.10.2018

СТАТЬИ В ЖУРНАЛЕ «ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ»  
ТЕПЕРЬ ИМЕЮТ ВОЗМОЖНОСТЬ ПОЛУЧАТЬ

**УНИВЕРСАЛЬНЫЙ ИДЕНТИФИКАТОР ЦИФРОВОГО ОБЪЕКТА  
DIGITAL OBJECT IDENTIFIER (DOI)  
СИСТЕМЫ БИБЛИОГРАФИЧЕСКИХ ССЫЛОК CROSSREF**

**CrossRef** объединяет издательские организации со всего мира, представляющие 20 тыс. научных изданий и 1500 библиотек, обеспечивая перекрестную связь между публикациями в научных журналах более чем 2800 издательств с помощью цифровой идентификации объектов.

Использование DOI позволит представить отечественные научные достижения мировой науке, улучшит обмен научной информацией между учеными, будет способствовать повышению рейтинга и индекса цитирования ученых Украины за рубежом, позволит вывести отечественные журналы в международное информационное поле.

Внедрение системы DOI в издательскую деятельность повышает публикационную активность изданий, увеличивает доступность научных публикаций за пределами Украины и дает возможность авторам быть представленными в известных наукометрических базах данных. Ценность идентификатора DOI для авторов заключается в том, что его использование в любое время обеспечивает быстрый поиск научной статьи, книги и другой печатной продукции без необходимости проведения поиска на сайтах журналов или поисковых систем.

Идентификатор цифровых объектов DOI является необходимым звеном доступности для анализа научной продукции, который осуществляется информационно-аналитическими системами наукометрических баз данных.

**Адрес для переписки:** ООО «Группа компаний Мед Эксперт», Украина, 04211, г.Киев-211, а/я 80;

**Контактный телефон редакции** +38 044 498-08-80

**Сайт** [www.med-expert.com.ua](http://www.med-expert.com.ua)

**e-mail:** [pediatr@med-expert.com.ua](mailto:pediatr@med-expert.com.ua)

**Контактное лицо:** Шейко Ирина Александровна