

Медико-соціальні особливості подружніх пар з безпліддям

О.О. Берестовий

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

Мета дослідження: вивчення сучасних медико-соціальних особливостей при безплідді у подружній парі.

Матеріали та методи. Об'єктом дослідження стали безплідні пари, одиницею спостереження – кожна безплідна пара. Нами було проанкетовано 100 подружніх пар із безпліддям, при цьому формувалася репрезентативна вибірка за якістю і кількістю з використанням методу систематичної випадкової вибірки.

Результати. Результати проведених досліджень свідчать, що медико-соціальні фактори мають велике значення для вирішення питання реалізації репродуктивної функції у подружніх парах. Основне значення мають стан репродуктивного здоров'я не тільки жінки, але і чоловіка або партнера, а також збереження етапності надання спеціалізованої медичної допомоги, починаючи з жіночої консультації та закінчуючи спеціалізованими клініками допоміжних репродуктивних технологій.

Заключення. Отримані результати необхідно враховувати при наданні медичної допомоги подружнім парам із порушенням репродуктивної функції.

Ключові слова: подружні пари, безпліддя, медико-соціальні особливості.

Medical-social features of married couples with sterility

O.O. Berestovy

The objective: to study modern medico-social features at sterility of married couples.

Materials and methods. Object of research about married couples with barrenness, sampling unit – each sterility married couple. 100 married couples with sterility were us study, representative selection on quality and quantity with use of method of a systematic random sample was thus formed.

Results. The received results – results of the conducted researches testify that medical-social factors are of great importance for the solution of a question of realization of genesial function at married couples. Major importance has condition of genesial health not only the woman, but also the husband or the partner, and also conservation of staging of carrying out specialized medical care, since women consultation and finishing specialized clinics of auxiliary reproductive technologies.

Conclusion. The conclusion – the received results needs to be considered when rendering medical care to married couples with disturbance of reproductive function.

Key words: married couples, sterility, medico-social features.

Медико-социальные особенности супружеских пар с бесплодием

О.А. Берестовой

Цель исследования: изучение современных медико-социальных особенностей при бесплодии супружеских пар.

Материалы и методы. Объектом исследования были супружеские пары с бесплодием, единицей наблюдения – каждая бесплодная пара. Нами было проанкетировано 100 супружеских пар с бесплодием, при этом формировалась репрезентативная выборка по качеству и количеству с использованием метода систематической случайной выборки.

Результаты. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что медико-социальные факторы имеют большое значение для решения вопроса реализации репродуктивной функции у супружеских пар. Основное значение имеет состояние репродуктивного здоровья не только женщины, но и мужа или партнера, а также сохранение этапности проведения специализированной медицинской помощи, начиная с женкой консультации и заканчивая специализированными клиниками вспомогательных репродуктивных технологий.

Заключение. Полученные результаты необходимо учитывать при оказании медицинской помощи супружеским парам с нарушением репродуктивной функции.

Ключевые слова: супружеские пары, бесплодие, медико-социальные особенности.

Сучасний рівень розвитку допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) є запорукою ефективного комплексного застосування у лікуванні безплідного шлюбу [1, 2]. Всебічне вивчення чинників ризику розвитку безпліддя дозволило виявити різні причини даної патології. Так, негативно впливають на репродуктивну функцію оперативні втручання на придатках, аборти, інфекції, що передаються статевим шляхом, гормональні і генетичні порушення [3–7]. У жінок виснаження фолікулярного резерву, а також супутня соматична патологія і оперативні втручання на репродуктивних органах в анамнезі істотним чином позначаються на репродуктивній функції [3, 4].

У структурі порушення репродуктивної функції на чоловічий чинник, за деякими даними, припадає до 50% випадків [5, 6],

особливо при загальному погіршенні якості сперми. Низкою авторів вивчалися різні причини, що призводять до чоловічого безпліддя, у тому числі вроджена патологія, запальні захворювання, оперативні втручання з приводу пахових гриж і варикоцеле, ендокринна патологія [1, 3, 4]. На якість сперми істотно впливають генетичні особливості, шкідливі чинники довкілля, шкідливі звички, харчові уподобання і професійні шкідливості [1].

Незважаючи на значну кількість наукових публікацій, присвячених проблемі безпліддя у подружній парі, не можна усі питання вважати повністю вирішеними.

Мета дослідження: вивчення сучасних медико-соціальних особливостей при безплідді в подружній парі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети об'єктом дослідження стали безплідні пари, одиницею спостереження – кожна безплідна пара. Нами було проанкетовано 100 подружніх пар із безпліддям, при цьому формувалася репрезентативна вибірка за якістю і кількістю з використанням методу систематичної випадкової вибірки.

Для вивчення медико-соціальної характеристики пацієнтів, виявлення факторів ризику, визначення рівня знань з питання збереження і відновлення репродуктивного здоров'я застосовували статистичний метод, метод викопіювання з амбулаторних карт, анкетування пацієнтів. Крім того, на даному етапі дослідження нами були визначені соціальні, економічні і родинні чинники, які характеризують репродуктивне здоров'я.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У процесі дослідження нами проведено соціологічне опитування (анкетування) пацієнтів, що звернулися в клініку ДРТ. Анкета включала питання медико-соціального характеру, а саме:

- вік,
- соціальний статус,
- дохід сім'ї,
- освіта,
- акушерсько-гінекологічний анамнез,
- наявність шкідливих звичок,
- інформованість пацієнток про методи лікування.

Було опитано 100 пар різного репродуктивного віку. Під час оцінювання вікових характеристик пацієнток з безпліддям було розподілено на групи таким чином:

- 1-а група – 20–25 років,
- 2-а група – 26–30 років,
- 3-я група – 31–35 років,
- 4-а група – понад 35 років.

Такий розподіл за віком дозволяє розрізнити жінок раннього, активного і пізнього репродуктивного віку. Переважна більшість (73%) опитаних жінок була у віці понад 30 років, причому 38% з них входять до 4-ї групи. На ранній репродуктивний вік (1-а група) приходить всього 5% безплідних жінок, причому у більшості пацієнток звернення до спеціалізованого центру пов'язане з чоловічим безпліддям; в 1% пацієнток є вади розвитку, при яких мимовільне настання вагітності взагалі неможливе; в 1% жінок в анамнезі або 2 трубні вагітності, або гідро-, піосальпіксис, у зв'язку з чим була виконана двобічна тубектомія. У 2-у групу увійшли безплідні пацієнтки віком 26–30 років (22%).

Отримані дані відповідають спостережуваним змінам з вікової народжуваності, підтверджуючи зсув реалізації репродуктивної функції на пізніший вік, в якому пацієнти набагато частіше стикаються з проблемою безпліддя, а позитивні результати програм ДРТ мають низький відсоток.

Аналогічним чином на групи за віком було розподілено партнерів пацієнток з безпліддям:

- 1-а група – 20–25 років,
- 2-а група – 26–30 років,
- 3-я група – 31–35 років,
- 4-а група – 36–40 років і старше 40.

Найменша частка чоловіків приходить на вік 20–25 років (2%), максимум становлять партнери у віці 31–35 років (32%), далі чоловіки у віці старше 49 років (28%) і однаковий відсоток становлять чоловіки у віці 26–30 років і 36–40 років (17% і 21% відповідно).

Розподіл за віком наочно демонструє, що серед пацієнток з безпліддям переважають жінки старшого репродуктивного віку, так само, як і серед їхніх партнерів, і у багатьох випадках

у зв'язку з віковими особливостями зафіксовано поєднання чоловічого і жіночого чинників безпліддя. Враховуючи дисбаланс чоловічого і жіночого населення, чоловіки старшого репродуктивного віку активно беруть участь у реалізації дітородної функції.

Що стосується соціального положення, то під час оцінювання доходу сімей і виду їхньої діяльності можна відзначити, що більшість пацієнток з безпліддям мають активну життєву позицію, соціально спроможні, з вищою освітою, середнім доходом і доходом вище середнього. Найбільша частка жінок – службовці (35%), робітниці і домогосподарки (19% і 18% відповідно), керівні пости посідають 15% пацієнток з безпліддям, по 3% доводиться на науковців і зайнятих іншою діяльністю, не працюють 7% жінок.

Частка службовців серед чоловіків становить 34%, керівні посади посідають 31%, робітників було 15%, зайнятих іншою діяльністю (в основному приватний бізнес і підприємництво) – 12%, наукових співробітників – 5%, не працюють 3%. Отже, отримані дані підтверджують припущення про те, що багато пар прагнуть реалізуватися у соціальній сфері і досягти певного добробуту, перш ніж народити дитину.

У зареєстрованому шлюбі перебували 71% жінок з безпліддям, у цивільному – 25% пацієнток, розлучених – 4%, неодружені – 1% з числа тих, що звернулися по допомогу. Отже, майже кожна третя пацієнтка (30%) з тих, що звернулися у відділення ДРТ, не має зареєстрованого шлюбу і не розглядає своє положення як можливу причину відмовитися від народження дитини поза шлюбом, тобто така поведінка підкреслює усвідомленість рішення реалізувати дітородну функцію.

Переважає більшість жінок закінчили вищу учбову закладу (89%), середню спеціальну і незавершену вищу освіту мають по 6% респондентів. Дещо інші результати отримані при вивченні рівня освіти у чоловіків. Так, 76% чоловіків з вищою освітою, з незавершеною вищою – 11%, із середньою спеціальною освітою – 10%, середню освіту мають 4% чоловіків.

Для оцінювання доходу сімей до анкети були включені питання, що стосуються житлових умов і суб'єктивної оцінки доходу сім'ї. Більшість безплідних пар (67%) мешкають в окремій квартирі, у приватному будинку – 17%, мають кімнату в квартирі – 10%, інші варіанти відповідей надали 7% опитаних. Свій дохід як нижче середнього оцінили близько 2% опитаних, середній дохід – 73%, дохід вище середнього – 21%, високим дохід сім'ї вважали 4% респонденток. Підсумовуючи зазначене вище, більшість тих, хто звернувся за спеціалізованою допомогою, мають дохід, що дозволяє оплачувати програми ДРТ.

Серед шкідливих звичок оцінювали пристрасть до куріння і вживання алкоголю. Більшість жінок (74%) не мають звички табакокуріння, 20% курять інколи у компаніях. До таких, що часто курять, віднесли себе 4%, курять постійно 2% пацієнток. Щодо вживання алкоголю, то 31% жінок взагалі не вживають алкоголь, 70% вживають спиртні напої інколи, тобто належать до групи, яка називається в англійській літературі *social drinking*. Наявність професійних шкідливостей на робочому місці відзначили лише 13% жінок. Серед них 46% до професійних шкідливостей віднесли роботу з персональним комп'ютером; стресовий чинник відзначили 23% пацієнток, добоовий графік роботи був у 8%. Вібрацію, як шкідливий виробничий чинник, пил, роботу з шкідливими рідинами відзначили по 8% анкетованих респонденток.

З метою оцінювання гінекологічного анамнезу до анкети були включені такі питання, як вік менархе, вік початку статевого життя і вступ до шлюбу, наявність різних захворювань, оперативних втручань на органах малого таза, інфекції, що передаються статевим шляхом тощо. Середній вік настання менархе становив $12,8 \pm 1,2$ року. Загалом вік настання менструації варіював від 10 до 18 років.

У більшості пацієнток (80%) вік менархе становив 12–14 років. Раннє менархе виявлене у 14% жінок, пізніше менархе – у 6%. Середній вік початку статевого життя становив $18,1 \pm 1,8$ року (варіював від 15 до 23 років). Середній вік вступу до шлюбу або початку родинного життя для тих, хто знаходяться у цивільному шлюбі, становив $23,7 \pm 2,6$ року.

Під час аналізу структури безпліддя у досліджуваній групі у 41% пацієнток діагностували первинне безпліддя, у 59% – вторинне. У жінок із вторинним безпліддям у 21% пацієнток на момент звернення до відділення ДРТ були діти, 8% жінок відзначили, що діти від інших шлюбів є або у них, або у їхніх партнерів. В анамнезі від 2 до 4 вагітностей відзначили 12% жінок із вторинним безпліддям.

Отже, серед опитаних жінок у 41% не було вагітностей в анамнезі, тобто ці пацієнти звернулися у відділення ДРТ з приводу первинного безпліддя. Враховуючи тенденції до пізнішого дитородіння і наявність сучасних засобів контрацепції, багато жінок відкладають зачаття і народження дитини до 30 років, у зв'язку з чим можливе зростання первинного безпліддя через зниження репродуктивної здатності у цьому віці.

Наявність оперативних втручань на слизовій оболонці матки відзначила більше половини (65%) усіх жінок, що мали безпліддя. У 15% зі всіх опитаних жінок одна або декілька вагітностей виявилися такими, що не розвиваються, у зв'язку з чим було виконано інструментальне видалення плодового яйця, вишкрібання слизової оболонки матки. Практично половина жінок з безпліддям (49%) в анамнезі мали аборти. Позаматкова вагітність в анамнезі зафіксована у 4% пацієнток, причому в 1% жінок з безпліддям було видалено обидві маткові труби. У 8% жінок в анамнезі виявляли міому матки з підслизовим розташуванням вузлів, поліпектомія або вишкрібання з приводу гіперплазії ендометрія була виконана у 19% пацієнток.

У всіх пацієнток із вторинним безпліддям було проведено те або інше оперативне втручання на слизовій оболонці матки, тоді як у пацієнток з первинним безпліддям такі втручання відзначено лише у 23% жінок.

Під час аналізу гінекологічної захворюваності відзначено, що інфекції, які передаються статевим шляхом, перенесли 67% опитаних жінок, причому мікст-інфекція констатована у 8% респондентів. Запальні захворювання органів малого таза в анамнезі відзначили 28%, міома матки різної локалізації зустрічалася у 18% жінок. Патологію шийки матки виявлено у 35% пацієнток, 25% жінок мали в анамнезі ендометріоз різних локалізацій, синдром полікістозних яєчників діагностували в 11% опитаних. Так само 21% жінок відзначили порушення менструальної функції різного характеру. Передчасне виснаження яєчників мало місце у 7% жінок з безпліддям ($14,2\%$ – у віковій групі 26–30 років, $42,9\%$ – у вікових групах 31–35 років і понад 35 років). Аномалії розвитку статевих органів спостерігали в 1% випадків. Різні утворення яєчників та апоплексія виявлені в анамнезі у 28% пацієнток з безпліддям. Лише 8% пацієнток не мали в анамнезі гінекологічних захворювань.

Отже, отримані дані збігаються з даними літературного огляду і свідчать, що зі збільшенням репродуктивного віку підвищується ризик накопичення гінекологічної патології, збільшується частка оперативних втручань на репродуктивних органах, що часто впливає на результативність програм ДРТ.

Зі всіх опитаних жінок уперше звернулися за лікуванням до спеціалізованої клініки ДРТ 21% пацієнток; 79% жінок раніше лікувалися від безпліддя або в різних клініках та центрах, або в державних установах. Серед жінок, які проходили лікування за допомогою різних методик ДРТ, 24% пацієнток раніше проходили програму ЕКЗ, 13% жінок – програму ЕКЗ + ІКСІ, 23% раніше виконували інсемінацію, 2% пацієнток раніше проходили лікування методом ЕКЗ у природному циклі. Декілька різних програм проводили 38% пацієнткам.

Багато пацієнток намагаються пройти лікування у різних установах в надії завагітніти. Деяким хворим у зв'язку із супутньою патологією або анамнестичними даними відмовляють в одних центрах, і вони, не розголошуючи інформацію, яка, на їх думку, може бути причиною відмови у лікуванні, звертаються до іншого центру ДРТ.

Кількість спроб програм ДРТ в анамнезі варіювало від 1 до 7 і більше. Частка жінок зменшується зі зростанням кількості спроб ДРТ в анамнезі, тобто максимальна кількість жінок мають в анамнезі 1 спробу (31%), 2 спроби застосували 28% пацієнток, у 4% респондентів 7 спроб виконані раніше. Багато хто, сподіваючись на настання вагітності, проходить лікування в різних клініках (79%). Орієнтуючись на заяві засобів масової інформації (ЗМІ) про самостійне настання вагітності і пологи у вікових жінок, пацієнтки пізнього репродуктивного віку, що не мають власних дітей, втрачають можливість виносити і народити власних дітей, відкладаючи вагітність на ще пізніший вік, у зв'язку з чим пацієнткам потрібні програми не лише з використанням донорських клітин, але і за участю сурогатних матерів.

Отже, при аналізі кількості спроб встановлено, що у 40% пар в анамнезі більше 2 спроб ДРТ, що свідчить про недостатнє обстеження, необхідність вживання інших програм ДРТ. Проведення медико-генетичного консультування з метою дообстеження дозволить заощадити час і кошти хворого, а також оптимізувати подальший вибір програм ДРТ для досягнення позитивного результату.

За відповідями на запитання «Як ви оцінюєте своє здоров'я?» пацієнтки розділилися на три групи: 49% жінок визнали своє здоров'я хорошим, 45% – задовільним і лише 7% – поганим.

Під час оцінювання тривалості обстеження і консервативного лікування в умовах поліклініки були отримані наступні дані. Мінімальна тривалість обстеження і спостереження пацієнтки щодо безпліддя у поліклініці становила 6 міс, деякі пари спостерігалися у жіночій консультації з приводу безпліддя протягом 10 років, перш ніж звернутися до спеціалізованого центру. У більшості випадків лікарі жіночої консультації обстежували пацієнток у зв'язку з відсутністю вагітності і чекали мимовільного настання вагітності у них протягом 2 років до моменту звернення у спеціалізовану клініку (37%), протягом 1 року або 3 років спостерігалося по 19% пацієнток. Наведені дані свідчать, що спостерігається недотримання стандартів діагностики безпліддя і відсутність спадкоємності у роботі амбулаторно-поліклінічних установ і спеціалізованою допомогою у клініках ДРТ. Цікаво, що тривалість спостереження в консультації протягом 5 років відзначена у 13% жінок протягом 6 міс, 1,5 року, 4, 6 і 10 років не перевищувала 4% з відповіддю «важко» 9% зі всіх опитаних пацієнток.

Так само слід зазначити, що тільки 35% жінок було направлено за отриманням спеціалізованої допомоги лікарями жіночої консультації, 51% пацієнток звернулися самостійно, 14% жінок звернулися по допомогу фахівця за наполяганням родичів, що є прикладом порушення етапності надання медичної допомоги. У зв'язку з відсутністю настання вагітності 65% пацієнток вперше звернулися до різних державних медичних установ, 35% жінок – по допомогу приватних фахівців. Цікаво відзначити, що зі всіх опитаних пацієнток, не дивлячись на обстеження, що проводилося лікарями, і лікування намагалися самостійно вилікуватися від безпліддя 12% жінок, що свідчить про низьку інформованість самих жінок щодо питань безпліддя.

Середній вік жінок, яким діагностували безпліддя, становив $32,3 \pm 3,1$ року, його мінімальне і максимальне значення становило 23 і 40 років відповідно. Частіше безпліддя діагностували пацієнткам у віковій групі 31–35 років (37%), безпліддя у віковій групі 26–30 діагностовано у 31% жінок, у

групи 20–25-річних – 19%, у віці понад 36 років безпліддя діагностується у 13% випадків. Відповіли «важко» на питання, в якому віці їм діагностували безпліддя, 2% пацієнток. Отже, середній вік діагностики безпліддя у 50% жінок становив 30 і більше років. Це істотним чином відбивається на результатах програм ДРТ. Даний віковий інтервал як вік діагностики безпліддя може визначитися відкладанням реалізації дітородної функції на більш старший вік або невіправдано тривалом спостереженням на рівні надання первинної медико-санітарної допомоги, або недотриманням принципу спадкоємності надання медичної допомоги.

У 24% випадків зафіксовано поєднання чоловічого і жіночого чинників безпліддя. Суто чоловічий чинник виявлений в 11% випадків, аналогічний відсоток пацієнток не знають, який чинник безпліддя у них є, оскільки звернулися по спеціалізовану допомогу вперше або не проходили повноцінне обстеження. У 53% безпліддя обумовлене лише жіночим чинником.

Під час аналізу структури жіночого безпліддя можна відзначити, що в 23% випадків фіксують трубно-перитонеальний чинник, у 15% – ендокринну патологію, шийчний чинник виявлений у 2% пацієнток, абсолютний трубний чинник – у 4% випадків, на матковий чинник доводиться 8%, а також у 7% випадків спостерігається передчасне виснаження яєчників. Ще 21% респондентів не знають, у чому причина безпліддя. Майже у 20% випадків констатують поєднану патологію, що призводить до безпліддя.

Відомо, що у зв'язку з діагностикою безпліддя можуть змінюватися психологічний стан, поведінка в соціумі, тому до анкети були включені запитання, що дозволяють визначити, що змінилося в житті пацієнтів після діагностики безпліддя. Двадцять дев'ять відсотків жінок відзначили, що після встановлення діагнозу в їхньому житті нічого не змінилося, в 1% опитаних шлюбні стосунки стали міцнішими, у 5% випадків розпався шлюб, 4% жінок змінили роботу; 7% пацієнток повідомили, що у них погіршали стосунки в сім'ї, у 8% відсотках випадків діагностика безпліддя призвела до погіршення інтимних стосунків, 11% пацієнток занурилися у роботу, що привело до кар'єрного росту, 9% жінок внаслідок безпліддя відмовилися від шкідливих звичок, 18% жінок вважають, що

до них стали більше проявляти уваги родичі і колеги. У 10% жінок діагностика безпліддя призвела до зміни декількох із зазначених вище життєвих аспектів. Отже, лише у 29% жінок не змінився характер соціального функціонування після діагностики безпліддя, тоді як останні респонденти потребували тих або інших реабілітаційних заходів.

Наявність будь-якого дефекту або відчуття своєї неповноцінності у людини часто приводить до заперечення проблеми, зміни поведінки, замкнутості. Так і пацієнти з безпліддям часто приховують, що удаються до ДРТ. За нашими даними, 36% пацієнток негативно віднеслися до того, аби хтось дізнався про те, що вони народили дитину «з пробірки», 58% жінок нейтрально відносяться до того, аби ті, хто оточують, знали про їхню проблему, і майже 6% пацієнток охоче розповідають про свій стан.

При вивченні доступності ДРТ відзначено, що здобуття медичних послуг з лікування безпліддя недоступно у фінансовому плані для багатьох громадян. Згідно з нашими даними, 80% жінок повідомили, що гроші на лікування – це особисті заощадження. У 13% випадків лікування допомагає сплатити сім'я, кредит узяли майже 3% опитаних, як особисті засоби, так і родинні заощадження вклали у лікування майже 4% жінок, кредит і особисті заощадження використовує майже 1% пацієнток. Сорок відсотків опитаних жінок вважають, що вартість лікування за допомогою репродуктивних технологій висока, 55% вважають, що ціна прийнятна.

ВИСНОВКИ

Отже, результати проведених досліджень свідчать, що медико-соціальні фактори мають велике значення для вирішення питання реалізації репродуктивної функції у подружніх парах. Основне значення мають стан репродуктивного здоров'я не тільки жінки, але й чоловіка або партнера, а також збереження етапності надання спеціалізованої медичної допомоги, починаючи з жіночої консультації та закінчуючи спеціалізованими клініками допоміжних репродуктивних технологій.

Отримані результати необхідно враховувати при наданні медичної допомоги подружнім парам із порушенням репродуктивної функції.

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. E-mail: pror-first@nmapo.edu.ua

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дарій О.С., 2018. Оптимізація тактики допоміжних репродуктивних технологій у подружніх пар з обтяженим генетичним анамнезом // Здоров'я жінчини : 8 : 103-107.
2. Денисенко С.В., 2016. Оптимізація сучасної діагностики хромосомних аномалій, виявляємых у супружеских пар с нарушением репродуктивной функции // Здоровье женщины : 10 : 56-59.
3. Палига І.Е., 2017. Прогнозування невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій // Здоровье женщины : 2 : 122-124.
4. Палига І.Е., 2017. Профілактика

- невдалих спроб допоміжних репродуктивних технологій // Здоровье женщины : 3 : 110-113.
5. Суслікова Л.В., 2017. Сучасні допоміжні репродуктивні технології в Україні // Мистецтво лікування. Журнал сучасного лікаря : 4 : 13–15.
6. Юзько О.М., 2017. Тактика до-

- поміжних репродуктивних технологій на сучасному етапі // Практична медицина: 2 : 46-52.
7. Callan V.J., Hennessey J.F., 2016. The psychological adjustment of women experiencing infertility. British Journal of Medical Psychology : 61 : 137-140.

Статья поступила в редакцию 17.09.2019