

Нове керівництво ВООЗ із безпліддя: універсальне право на справедливу та доказову допомогу

Аналітичний огляд для пацієнтів і фахівців

За матеріалами редакційної статті M. Louise Hull, Kurt T. Barnhart, Nikhil C. Purandare, Aparna Sridhar, E. Goknur Topcu, Scott M. Nelson від імені комітету FIGO з репродуктивної медицини, ендокринології та безпліддя (Int J Gynecol Obstet, 2026)

Головне

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) опублікувала перше в історії глобальне керівництво із запобігання, діагностики та лікування безпліддя. Цей документ означає фундаментальний зсув: безпліддя більше не розглядається як приватна невдача чи «доля» — воно визнане медичним станом, що потребує профілактики, діагностики, лікування та підтримки на рівні державної політики.

Для **1 з 6 людей** у світі, які стикаються з безпліддям, це визнання має принципове значення. Воно важливе і для тих, хто формує політику та шукає відповіді на соціальні наслідки зниження народжуваності.

Керівництво містить **40 рекомендацій і 6 положень належної практики**, які охоплюють профілактику, діагностику й лікування. Його ключові принципи:

- прагматичні діагностичні шляхи;
- економічно ефективні втручання;
- психосоціальна підтримка;
- спільне ухвалення рішень лікарем і пацієнтом.

Від «долі» до діагнозу

Занадто довго безпліддя сприймали як наперед визначену долю: пари вважалися або «благословенними», або «проклятими» залежно від здатності мати дітей. Це була приватна боротьба на маргінесі глобальних пріоритетів охорони здоров'я.

Нове керівництво ВООЗ змінює цю рамку. Воно визнає безпліддя медичним станом, що вимагає системного обстеження, профілактики та доказового лікування, а репродуктивну автономію — фундаментальним правом людини, яке потребує системної підтримки.

Прагматичний підхід до діагностики

Одна з визначальних рис керівництва — прагматичний, орієнтований на анамнез підхід до діагностики. Замість широкого обстеження «на всяк випадок» документ рекомендує цілеспрямовану оцінку за клінічними показаннями:

- вибіркове визначення прогестерону в середині лютеїнової фази для підтвердження овуляції;
- оцінка прохідності маткових труб;
- структурований аналіз сперми з повторним тестуванням лише за відхилень.

Такий підхід зберігає діагностичну точність і водночас підвищує економічну ефективність.

Профілактика — це конкретні дії

Важливо, що профілактика в керівництві операціоналізована через конкретні низьковитратні втручання, а не загальні принципи. Рекомендовано включити до рутинної практики:

- освіту з питань фертильності;
- консультування щодо способу життя;
- відмову від тютюну;
- раннє лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом.

Навіть коротка клінічна взаємодія здатна суттєво знизити ризик безпліддя в майбутньому.

Психосоціальна підтримка та спільні рішення

Психосоціальна підтримка і цінності пацієнта поставлені в центр допомоги. Це свідоме зміщення акценту від суто технологічного підходу до спільного ухвалення рішень.

ВООЗ наголошує, що допомога при безплідді має бути **безпечнішою, справедливішою та доступнішою**. Керівництво підтримує включення допомоги при безплідді до національних стратегій охорони здоров'я, планів фінансування та переліків основних лікарських засобів.

Позиція FIGO: доступ без дискримінації

Керівництво ВООЗ тісно узгоджується з баченням Міжнародної федерації гінекології та акушерства (FIGO) щодо справедливої, адаптованої до місцевих умов допомоги.

FIGO підтримує:

- адаптацію послуг відповідно до місцевих ресурсів;
- доступ до допомоги **незалежно від сімейного стану, гендеру, сексуальної орієнтації чи соціоекономічних обставин**;
- економічну справедливість — допомога має бути доступною в державному секторі, а не лише в приватних платних клініках;

- формальне включення допомоги при безплідді до національних стратегій і фінансових рамок, а не статус «додаткової послуги».

Порівняння з регіональними настановами

Керівництва для країн із високим рівнем ресурсів (ASRM, ESHRE, ASPIRE) орієнтовані на широкий доступ до високотехнологічних методів. Керівництво ВООЗ натомість створене для адаптації до різних систем охорони здоров'я незалежно від економічного статусу.

Акцент зроблено не на дорогих технологіях, а на **економічно ефективних діагностичних і лікувальних шляхах**:

- летрозол як перша лінія індукції овуляції при ановуляторних розладах, зокрема при полікістозі яєчників;
- очікувальна тактика або стимульована внутрішньоматкова інсемінація при нез'ясованому безплідді — перш ніж переходити до ЕКЗ.

Це покроковий підхід, який віддає пріоритет ефективним і дешевшим варіантам.

Важливо розуміти: багато рекомендацій мають умовний характер і підкріплені доказами низької або дуже низької якості. Це відображає брак якісних даних у різних регіонах світу, а не відсутність клінічної значущості. Керівництво поєднує наявні докази з експертним консенсусом, щоб дати практичні рекомендації для різних умов.

Що керівництво поки не охоплює

ВООЗ визнає, що майбутні редакції мають доповнити документ. Наразі поза межами залишаються:

- **збереження фертильності**;
- **третєстороння репродукція** (сурогатне материнство, донорство гамет);
- **вплив супутніх захворювань** на фертильність;
- **чоловічий фактор** — висвітлений обмежено; не враховано зв'язок із метаболічним синдромом, апное сну, наслідками COVID-19;
- **ендометріоз** — потребує окремої уваги, адже сучасна трансвагінальна УЗД-діагностика дозволяє виявляти ендометріоми та глибоку інфільтративну форму з високою точністю.

Також важливим є питання **оваріального резерву**. У деяких регіонах, наприклад в Індії, середній вік менопаузи становить близько 46 років, тоді як в Австралії, Європі та США — 51–52 роки. Це означає раніше зниження оваріального резерву і вужче вікно для лікування.

Бар'єри для впровадження

У багатьох країнах із низьким і середнім рівнем ресурсів допомога при безплідді залишається переважно оплачуваною з власної кишені. Державне фінансування обмежене.

Основні перешкоди:

- недостатня кадрова та лабораторна спроможність;
- правові обмеження — вимоги щодо сімейного стану, заборони на третесторонню репродукцію;
- відсутність реєстрів допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), що унеможлиблює моніторинг безпеки, результатів і рівності доступу.

Подолання цих бар'єрів потребує інвестицій у культурно чутливі, недискримінаційні моделі допомоги.

Стигма та спільна відповідальність

Керівництво прямо звертається до глибоко вкоріненої стигми навколо безпліддя. Жінок непропорційно звинувачують у бездітності, і вони наражаються на підвищений ризик насильства з боку партнера.

Формалізуючи діагноз чоловічого безпліддя та вимагаючи обстеження обох партнерів, керівництво сприяє **спільній відповідальності** за репродуктивне здоров'я.

Висновок

Найбільший внесок нового керівництва ВООЗ — не лише в конкретних клінічних рекомендаціях, а в **переосмисленні безпліддя**: від занедбаного та стигматизованого стану до пріоритету громадського здоров'я в межах загального охоплення послугами.

Допомога при безплідді — це не «додаткова опція». Це ядро репродуктивного здоров'я та універсального охоплення.

У міру впровадження цих рекомендацій безпліддя має перестати бути джерелом сорому, соціальної ізоляції та фінансових труднощів — і стати визнаним медичним станом, підтриманим національними системами охорони здоров'я.

Джерело

Hull ML, Barnhart KT, Purandare NC, Sridhar A, Topcu EG, Nelson SM, on behalf of the FIGO REI committee. The new WHO infertility guideline: A universal right to equitable, evidence-based fertility care. *Int J Gynecol Obstet.* 2026;00:1–4. doi:10.1002/ijgo.71380

Про Центр

Центр менеджменту фертильності Вікторії Гудзяк працює відповідно до принципів доказової медицини, справедливого доступу та поваги до репродуктивної автономії кожної людини. Ми слідуємо за оновленнями міжнародних настанов, щоб пропонувати пацієнтам сучасну, безпечну та етичну допомогу.

Якщо у вас є питання щодо фертильності — звертайтеся до нас.

Ключові слова: безпліддя, керівництво ВООЗ, репродуктивне здоров'я, FIGO, доказова медицина, фертильність