

Современные
репродуктивные
технологии: медико-
этические и социальные
проблемы

- *Репродуктивные технологии: история и современные методики искусственного оплодотворения.*
- *Социальное, правовое и этическое регулирование вмешательства в репродуктивную сферу человека. Права и обязанности биологических и социальных родителей, суррогатной матери. Права ребенка, родившегося в результате искусственного оплодотворения.*

- *К числу наиболее остро обсуждаемых тем современной биоэтики относятся медицинские практики, связанные с рождением человека.*
- *Применение новых репродуктивных технологий сопряжено со многими философскими, религиозными, правовыми и, конечно, моральными проблемами, большая часть которых не имеет однозначного решения.*

Среди таких технологий выделяют:

- *искусственную инсеминацию спермой донора или мужа;*
- *оплодотворение вне организма (экстракорпоральное, in vitro) с последующей имплантацией эмбриона в матку женщины;*
- *«суррогатное материнство» – когда яйцеклетка одной женщины оплодотворяется in vitro, а затем эмбрион имплантируется в матку другой женщины.*

- *Вопросы этики искусственного оплодотворения – это проблемы отношения к началу человеческой жизни. Но если в случае аборта врач и женщина вступают в моральное отношение с человеческой жизнью, пусть сроком в несколько дней, недель, месяцев, то в случае искусственного оплодотворения это отношение не столько к началу уже существующей жизни, сколько к возможности самого ее начала. И если аборт, контрацепция, стерилизация – это борьба с возникновением человеческой жизни, то искусственное оплодотворение – это борьба за возможность ее возникновения.*
- *Показательно, что в этой борьбе искусственное оплодотворение и искусственный аборт тесно связаны между собой; практика искусственного аборта поставляет пациентов для практики искусственного оплодотворения. Так, по некоторым данным, распространенность искусственного аборта как одного из способов планирования семьи ведет к росту вторичного бесплодия. Специалисты полагают, что вторичное бесплодие на 55 % является осложнением после искусственного аборта. И если в среднем уровень бесплодия остается примерно таким же, как и 20-30 лет назад, то в настоящее время его структура меняется в сторону увеличения вторичного бесплодия.*

- Таким образом, очевидно, что исторически потребность в искусственном оплодотворении вырастает отнюдь не только из потребностей борьбы с собственно бесплодием вообще, сколько из потребностей борьбы с трубным бесплодием – эпифеноменом медицинской деятельности и либеральной идеологии. Эпидемия абортс 2-ой половины ХХ века исторически и логически связана с разработкой методик искусственного оплодотворения.
- Давно уже перестали рассматриваться как фантастика идеи искусственного оплодотворения спермой «генетически полноценных доноров». Сегодня понятие «полноценность» предполагает подбор донора в смысле цвета глаз, волос, национальности и «этнических особенностей реципиентки».

- Очевидно, что до реализации идеи управления особенностями человека технологически, этически и. политически еще далеко. Сейчас же врачей и общественность беспокоит здоровье «пробирочных детей».

К опасениям общего характера относятся следующие:

- в какой степени беременность, возникшая у бесплодных женщин, способствует повышению генетического груза в популяции за счет рождения детей с врожденной и наследственной патологией;
- каково влияние медикаментозных средств, длительно используемых при лечении бесплодия, на плод;
- какова генетическая опасность использования спермы донора при искусственном оплодотворении.
- К этим опасениям можно добавить и следующие вопросы: не станет ли метод искусственного оплодотворения косвенной поддержкой тенденции «асексуального размножения» и в итоге основанием принципиальных сдвигов в традиционных формах семейно-брачных отношений? Можно ли опасаться культурологических, демографических сдвигов в результате изменения структуры семейно-брачных, родственных отношений? Ответы на эти вопросы предполагают освещение истории и динамики создания технологий искусственного оплодотворения.

- Первый известный науке опыт искусственного оплодотворения на собаках, был произведен в конце XVIII века (1780 год) аббатом Спаланцани. С 1844 года метод искусственного оплодотворения начинает использоваться для оплодотворения кобыл и коров.
- Среди пионеров-разработчиков этой методики в России известен И.И. Иванов. С 1899 года он начинает публиковать свои работы по искусственному оплодотворению различных видов животных.
- В конце XIX века идеи искусственного оплодотворения начинают использоваться и для «борьбы с женским бесплодием». В 1917 году доктор Ильин Ф. констатирует, что к 1917 году наука располагает 69-ю описанными и успешными случаями искусственного оплодотворения женщин спермой своего мужа.
- В 1944 году было достигнуто первое успешное культивирование ооцита человека и экстракорпоральное оплодотворение, приведшее к развитию 2-клеточного эмбриона.
- В 1978 году в клинике Бон-Холл (Кембридж, Англия) медику Р. Эдвардсу и эмбриологу Н. Стептоу удалось имплантировать в полость матки женщины, страдающей бесплодием, эмбрион, полученный в пробирке в результате соединения яйцеклетки и сперматозоида. Через 9 месяцев родился первый в мире «пробирочный» ребенок – Луиза Браун.

- В России исследования в этой области начинают целенаправленно производиться с 1965 года в группе раннего эмбриогенеза, которая в 1973 году перерастает в лабораторию экспериментальной эмбриологии.
- Первый «пробирочный» в России ребенок появляется в 1986 году в результате работы лаборатории клинической эмбриологии (рук. – проф. Б.В. Леонов). Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН. По данным на 1994 год проф. Леонова, в лаборатории родилось более 1500 таких детей. Количество же центров, где производятся такие операции, в России приближается к 10, в мире же их около 300. В 1990 году в мире насчитывается около 20000 детей, зачатых «в пробирке». Причем динамика в цифрах такова, что еще в 1982 году их было всего 74. Оценка эффективности этого метода у разных специалистов, в разных странах, разная. Наши специалисты склоняются к цифре – 10-18 %.

- По определению Всемирной организации здравоохранения, бесплодным брак считается тогда, когда женщина не беременеет после одного - двух лет регулярной половой жизни без применения любых противозачаточных средств.
- По классификации Всемирной организации здравоохранения определены 24 причины, вызывающие бесплодие у женщин и 27 – у мужчин. Поэтому стратегия медицины – лечение обоих партнеров.
- Чем характеризуется и что лежит в основе сложной ситуации в сфере естественной популяции человека в современном обществе?
- По показателям коэффициента рождаемости Россия относится к десятке государств с самым малым уровнем детородной активности. Проблема бесплодия в браке выходит далеко за рамки интересов семьи, она тесно связана с медицинскими, демографическими, юридическими вопросами и имеет ярко выраженное социальное значение.

- Если в Западной Европе бесплодна каждая 6-7 брачная пара, то в России – каждая 4-5. По исследованиям специалистов, основными причинами бесплодия в России являются аномалии маточной трубы, мужской фактор и эндокринная патология. И еще следует заметить, что 55 % женщин становятся бесплодными после аборта.
- Всемирная организация здравоохранения рассматривает здоровье как физическое, психическое и социальное благополучие. Может ли идти речь о благополучии как таковом в условиях современного демографического контекста?! Жизнь и существование молодой семьи не имеют гарантии со стороны государства.
- Отсутствие психологической стабильности, веры в завтрашний счастливый день, стрессы и неврозы вызывают эмоциональные, гормональные и иные нарушения, которые носят характер эпидемии. А как следствие – половая неполноценность женщин и мужчин.
- Мужчины по своей природе в большей мере подвержены влиянию стрессов. Таким образом, эндокринные и психогенные формы импотенции, вызванные стрессом, становятся основным фактором риска, в свою очередь разрушающим репродуктивную функцию.

- *В дискуссиях и оценке репродуктивных технологий на сегодня лидирующее положение занимают либеральные позиции.*
- *В этой связи выдвигаются требования о легализации прав на свободную репродукцию и необходимости принятия всеобъемлющего закона, в котором должно быть гарантировано:*
 - право на лечения от бесплодия;*
 - право иметь ребенка для тех, кто не имеет партнера для репродукции;*
 - право на репродукцию одиноким людям и партнерам одинакового пола;*
 - право для женщин после менопаузы с использованием гамет;*
 - право на использование заменителей матки.*

Должен ли быть принят такой закон?

- *Противники подобного закона в качестве основного аргумента своей позиции выдвигают следующее: учет интересов ребенка. Дети не могут согласиться с возможностью появления на свет репродуктивным образом или отказом от нее, поэтому оказываются наиболее уязвимыми. То есть приоритет должен отдаваться интересам ребенка.*
- *Каким должен быть закон по репродукции – руководством к действию или средством защиты наиболее незащищенных? Этот вопрос на сегодня остается открытым. Тем более существует возможность деструкции феномена материнства при разрушении гетеросексуальных идеалов.*

- Среди методов искусственного оплодотворения различают искусственное осеменение спермой донора или мужа (ИОСД и ИОСМ).
- Существует два вида искусственной инсеминации: гомологическая и гетерономная. При гомологической инсеминации (ИОМ) в организм женщины вносятся сперматозоиды мужа, при гетерономной инсеминации (ИОД) – сперматозоиды донора. Последний метод часто используется при мужском бесплодии, особенно при крайней его степени – стерильности.
- Как правило, ИОМ вызывает мало этических возражений, в то время, как ИОД породило немало дискуссий.

Немало проблем может возникнуть и у семьи, решившей завести ребенка с помощью ИОД. Тут встает ряд вопросов:

- *должен ли знать ребенок биологических родителей? В нашей стране право усыновителей на тайну усыновление изложено в ст. 139 Семейного Кодекса РФ от 08.12.98г. (в ред. ФЗ №185 от 28.12.2004г.). Но не ущемляет ли это права ребенка на предоставление ему полной информации? И каковы будут последствия, если он узнает тайну своего происхождения от третьих лиц?*
- *какова вероятность инцеста при таком виде манипуляции? Ведь личность донора держится в тайне, и нет гарантии, что донором не окажется близкий родственник женщины;*
- *донором спермы может быть как холостой, так и женатый мужчина. В нашей стране позиция жены донора не принимается во внимание. Справедливо ли это? Конечно, есть закон, позволяющий распоряжаться своим телом по своему усмотрению. Но эта манипуляция касается и жены. Не расценивать ли эти действия как супружескую измену? Не нанесет ли это психологическую травму жене донора?*
- *компенсация за донорство зависит от качества спермы. Таким образом, гаметы становятся объектом купли-продажи. Не идет ли это вразрез с установкой, что донорство половых клеток должно быть безвозмездным?*
- *где гарантии, что биологический отец не предъявит права на ребенка? С 1990 г. в России муж, давший согласие на ИОД жены считается отцом ее ребенка.*

- *ИОМ тоже имеет свои проблемы, особенно в случае оплодотворения женщины спермой умершего мужа. В США широко применяется замораживание спермы и ее хранение в спермобанках. В случае преждевременной смерти мужа жена может пойти на оплодотворение его спермой. Но соответствует ли это общепринятой морали? Является ли этичным такое отношение к умершим? Как это обстоятельство повлияет на психику ребенка?*

Требования, предъявляемые к донору спермы:

- донором может быть здоровый мужчина 20-40 лет, не имеющий генитальной инфекции и предрасположенности к тяжелым наследственным заболеваниям;
- донор обязан оповестить врача о перенесенных ранее заболеваниях и о наследственных нарушениях в своей семье. Человек с трудно проверяемой информацией о генетических заболеваниях не может быть донором гамет;
- донор подписывается в заявлении-обязательстве под тем, что он оповещен об ответственности в случае заражения им венерической инфекцией.
- Вместе с донором гамет заявление-обязательство подписывает и главный врач учреждения, в котором проводится операция по ИОД.
- В случае использования при оплодотворении донорской спермы возникает ряд противоречий, идущий вразрез с основным принципом оказания медицинской помощи «не навреди», т.к. принцип «не навреди» в большей мере зависит не от врача, а от честности и порядочности донора.

Требования, предъявляемые к женщине (супругам),
решившим воспользоваться искусственным
оплодотворением, изложены в ст. 35 Приказа
Минздравмедпрома РФ от 28 декабря 1993 г.

- совершеннолетие и детородный возраст женщины. Эти два критерия должны присутствовать одновременно;
- если женщина состоит в браке, то обязательно двустороннее согласие супругов (ст. 19 КоБС). Если врач произвел без ведома жены ИОМ или ИОД (редко), то он отвечает за это в соответствии с Законом «О трансплантации органов и (или) тканей человека». Если жена без ведома мужа проведет искусственную инсеминацию, то это выходит за пределы соглашения о распоряжении собственным телом, т.к. это имеет значение для супруга, врача, донора и будущего ребенка.
- Практическое использование методики искусственной инсеминации выявляет еще ряд вопросов; правомерно ли ИОД женщины не состоящей в браке? Ведь ребенок имеет право расти в полной семье. Можно ли иметь детей женщинам, состоящим в гомосексуальных парах? Конечно же и такие пары имеют право на семейное счастье. Но не вырастят ли они ребенка с такими же наклонностями? А если и вырастят, является ли это угрозой для общества, если гомосексуализм не преследуется по закону, и каждый человек имеет право на выбор? По российским законам каждая женщина имеет право на искусственную инсеминацию независимо от того, замужем она или нет.

Экстракорпоральное оплодотворение (метод IVF (in vitro fertilization))

- ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение, дословно – оплодотворение вне тела) – наиболее совершенная и эффективная методика лечения бесплодия, в настоящее время во всем мире признанная основным методом лечения бесплодия и ставшая частью рутинной, ежедневной работы специалистов - репродуктологов. Несмотря на то, что история развития ЭКО составляет менее 30 лет, в мире родилось уже более 1 миллиона детей, зачатых с помощью этой методики. Проведенные многоцентровые исследования с большим числом стран-участниц показали, что дети, родившиеся после применения ЭКО, не отличаются от своих сверстников, появившихся у фертильных родителей. Дети, для рождения которых потребовалось применение ЭКО, ни по физическому, ни по ментальному развитию, ни по частоте пороков развития не отличаются от общепопуляционных показателей. Разумеется, к ЭКО, как и к любому другому виду лечения, есть свои показания: абсолютное показание (а раньше – и единственное) – трубное бесплодие, то есть отсутствие (врожденное или вследствие перенесенных операций) или непроходимость маточных труб (вследствие воспалительных заболеваний органов малого таза, перенесенных инфекций, передающихся половым путем, туберкулеза и т.д.).

Относительные показания:

- -бесплодие более года после выполнения реконструктивно-пластических оперативных вмешательств, выполняемых лапароскопическим доступом в клиниках лечения бесплодия;
- -выявленный на подобной операции спаечный процесс III или IV степени в малом тазу;
- -длительное, безуспешное лечение бесплодия после обнаружения на лапароскопии наружного генитального эндометриоза (при адекватном лечении этого заболевания, включающем оперативный и последующий гормональный этапы);
- -безуспешное лечение эндокринного бесплодия. В последнее время, например, оспаривается целесообразность длительной терапии или оперативного лечения, направленных на реализацию репродуктивной функции у пациенток с синдромом поликистозных яичников;
- -различные аномалии развития женских половых органов, функциональная неполноценность яичников;
- -мужской фактор бесплодия, то есть нарушения продукции или выделения сперматозоидов. Выявление высокого уровня антиспермальных антител в сперме супруга, что трактуется как иммунологический фактор бесплодия;
- -идиопатическое бесплодие, т.е. бесплодие неясного генеза, при котором беременность не наступает, несмотря на нормальный гормональный и инфекционный статус, отсутствие какой-либо патологии органов малого таза и проходимость маточной трубы при лапароскопии, нормальную полость матки, выявленную при гистероскопии, эндометрий, соответствующий фазе менструального цикла, подтвержденный гистологическим исследованием, а также при нормальной спермограмме и нормальных показателях при других исследованиях.
- Впрочем, в настоящее время почти все из относительных показаний рассматриваются уже как абсолютные. В любом случае, необходимо отметить, что методика ЭКО эффективна при всех видах бесплодия.

- В данное время ЭКО является самой эффективной методикой лечения бесплодия – вероятность наступления беременности после одной попытки ЭКО, по данным разных исследований, составляет 25-40 %. Это при том, что частота наступления беременности у абсолютно здоровой в репродуктивном отношении супружеской пары не превышает 20-25 % на один менструальный цикл.
- Несомненно, основными факторами, влияющими на эффективность проводимой терапии, являются возраст женщины и причина бесплодия. Понятно, что эндокринно-здоровая женщина с удаленными маточными трубами имеет больше шансов на наступление беременности, чем женщина с выраженной эндокринной патологией. Вероятность наступления беременности начинает снижаться у женщин, перешагнувших 35-летний рубеж, и достаточно резко снижается у женщин старше 40 лет – так, успешность лечения бесплодия методом ЭКО у женщин 40 лет и старше составляет не более 5-10 % на одну попытку.

Противопоказания для проведения ЭКО:

- -соматические и психические заболевания, являющиеся противопоказаниями для вынашивания беременности и родов;
- -врожденные пороки развития или приобретенные деформации полости матки, при которых невозможна имплантация эмбрионов или вынашивание беременности;
- -опухоли яичников;
- -доброкачественные опухоли матки, требующие оперативного лечения;
- -острые воспалительные заболевания любой локализации;
- -злокачественные новообразования любой локализации, в том числе в анамнезе.

Возможные осложнения при проведении ЭКО:

- -синдром гиперстимуляции яичников;
- -аллергические реакции, связанные с введением препаратов для индукции суперовуляции и поддержки лютеиновой фазы стимулированного менструального цикла;
- -наружное и внутреннее кровотечение;
- -острое воспаление или обострение хронического воспаления органов женской половой сферы;
- -внематочная беременность;
- -многоплодная маточная и гетеротопическая беременность.

- *Метод ЭКО сопряжен с серьезными моральными проблемами:*
- *Во-первых, важной медико-этической обязанностью врача является полное и адекватное информирование пациентки о возможном риске многоплодной беременности и, стало быть, возможной редукции «лишних эмбрионов». То есть, по существу, речь идет об аборте. Как исключить подобный риск? Каковы возможные последствия редукции эмбрионов? Как оценить эти вероятностные факты с эτικο-юридической позиции?*
- *Во-вторых, поскольку наука сегодня располагает возможностью управления полом, а также большая вероятность появления возможностей генетических манипуляций на эмбриональном уровне, то возникает очень непростой медико-этический и социальный вопрос: допустимо ли вообще манипулирование с гаметам человека?*
- *В-третьих, в процедуре ЭКО есть очень важный эτικο-юридический аспект относительно будущего «избыточных» (т.е. оставшихся оплодотворенных яйцеклеток), ведь они могут храниться достаточно долго: они могут погибнуть; могут стать предметом донорства; объектом научных исследований.*
- *Что в данном случае делать с «лишними» эмбрионами? Не могут ли они стать предметом коммерческой деятельности? Этично ли оплодотворять такое количество яйцеклеток, которое бы превышало возможности матки?*

- В-четвертых, моральные проблемы возникают всякий раз и тогда, когда речь идет о риске возникновения аномалий у потомков «искусственных детей». А риск здесь гораздо выше, чем при обычном зачатии:
- количество выкидышей возрастает в 2-3 раза;
- внематочных беременностей – в 2-5 раз;
- многоплодных беременностей – в 20-27 раз;
- риск недоношенности увеличивается в 3 раза;
- возможность появления врожденных дефектов – в 2 раза.
- В-пятых, практика искусственного оплодотворения выявила и проблему социального и правового статуса ребенка, появившегося с помощью ЭКО.
- В-шестых, есть еще один трудный вопрос, возникающий при донорстве яйцеклетки: кто должен считаться матерью родившегося ребенка?
- Есть три возможных варианта ответа:
- матерью всегда является женщина, которая родила ребенка;
- родительница признается матерью лишь в том случае, если использованная яйцеклетка принадлежит ей;
- женщина-донор яйцеклетки признается матерью наряду с женщиной, которая родила ребенка.
- В ряде стран утверждён первый вариант. В России матерью считается женщина, давшая письменное согласие на имплантацию ей эмбриона.

Суррогатное материнство

- Суррогатная мать – это здоровая женщина, согласная на основе соглашения (договора) после искусственного оплодотворения выносить и родить ребенка для другой семьи. Зачатие происходит в условиях специализированного медицинского учреждения (без полового акта), для чего могут использоваться как яйцеклетки и сперма бесплодной супружеской пары, так и доноров.
- По медицинской статистике, 20 % всех супружеских пар не обладают естественной способностью к рождению детей. Значит, единственный выход для этих людей – усыновление ребенка. Замечено, что эмбрионы приживаются в матке другой женщины гораздо лучше. Вероятность возникновения беременности в таком случае составляет 30 % и более. Программа «суррогатного материнства» дает шанс иметь ребенка женщинам, у которых удалена матка или вынашивание беременности им противопоказано. В этих случаях используются яйцеклетки и сперма бесплодной супружеской пары.
- Суррогатными матерями могут быть женщины, добровольно согласившиеся на участие в данной программе.
- Требования, предъявляемые к суррогатным матерям:
 - возраст от 20 до 35 лет;
 - наличие собственного здорового ребенка;
 - психическое и соматическое здоровье.
- Показания к суррогатному материнству:
 - отсутствие матки (врожденное или приобретенное);
 - деформация полости или шейки матки при врожденных пороках развития или в результате заболеваний;
 - синехии полости матки, не поддающиеся терапии;
 - соматические заболевания, при которых вынашивание беременности противопоказано;
 - неудачные повторные попытки ЭКО при неоднократном получении эмбрионов высокого качества, перенос которых не привел к наступлению беременности.

- *Соглашение о суррогатном материнстве бывает коммерческое или некоммерческое, то есть альтруистическое. При коммерческом суррогатном материнстве суррогатная мать получает плату или какую-либо материальную выгоду.*
- *Некоммерческое суррогатное материнство не предполагает оплаты или материальной выгоды, кроме оплаты расходов, связанных с беременностью, например медицинского ухода. Чтобы избежать проблем, с суррогатной матерью необходимо заключить договор, в котором должны оговариваться:*
- *Компенсация расходов на медицинское обслуживание.*
- *Компенсация потерь в зарплате.*
- *Место проживания суррогатной матери в период беременности.*
- *Медицинское учреждение, где будет происходить искусственное оплодотворение.*
- *Последствия рождения неполноценного ребенка.*
- *Обязанность суррогатной матери соблюдать все предписания врача, направленные на рождение здорового ребенка.*
- *Чтобы было меньше проблем с поиском, заключением договора, ведением беременности, передачей ребенка стоит принять следующие положения:*
- *суррогатная мать – человек, который готов сделать вас счастливыми. Относитесь к ней с уважением;*
- *попытайтесь наладить с суррогатной матерью чисто человеческий контакт, даже если не чувствуете к ней подлинного расположения. А вообще, попробуйте через нее почувствовать то, что происходит с женщиной во время беременности – это сблизит вас;*
- *не настаивайте на полном отторжении женщины от привычной ей среды (разве что это среда неэкологична или чревата какими-то осложнениями для беременности). В привычной обстановке беременная будет чувствовать себя лучше.*

- Развитие методов ВРТ привело к переопределению юридического понятия материнства. Внедрение «суррогатного материнства» и возможность рождения генетически чужеродного ребенка привело к определению «генетической матери» – донора ооцитов, и так называемой, «суррогатной», или «биологической» матери, которая вынашивает и рождает ребенка. Полученные у генетической матери ооциты осеменяют спермой мужа *in vitro*, а затем переносят полученные эмбрионы в матку биологической матери, согласившейся вынашивать ребенка и после родов отдать его генетической матери. Суррогатное материнство практикуется только в 15 странах. В Бразилии и Венгрии в роли «биологической» матери может выступать только родственница «генетических» родителей [21]. В большинстве стран «суррогатное» материнство запрещено в силу сложившихся культурных или религиозных взглядов.
- Во Франции суррогатное материнство незаконно, оно противоречит законодательству об усыновлении и нарушает положение о «неотчуждаемости человеческого тела».
- В Германии преступлением считается любая попытка «осуществить искусственное оплодотворение женщины, готовой отказаться от своего ребенка после его рождения (суррогатной матери), или имплантировать ей человеческий эмбрион». Наказание за суррогатное вынашивание ребенка несет врач, но не предполагаемые родители или сама суррогатная мать.
- В Канаде соглашение о суррогатном материнстве не имеет юридической силы, но само оно не запрещено законом и поддерживается частными агентствами.

- *Правовые аспекты суррогатного материнства, определены действующим законодательством Российской Федерации: пункт 4, статья 51, пункт 3 статья 52 Семейного Кодекса Российской Федерации, пункт 5 статья 16 Федерального закона «Об актах гражданского состояния» от 15.11.97 г. № 143-ФЗ.*
- *Супружеская пара и суррогатная мать дают письменное информированное согласие на участие в программе «Суррогатное материнство».*
- *В новом Семейном кодексе РФ, в разделе IV, главе 10, имеются две статьи, связанные с данной проблемой. Ст. 51, п. 4, ч. 2: «Лица, состоящие в браке между собой и давшие свое согласие в письменной форме на имплантацию эмбриона другой женщине в целях его вынашивания, могут быть записаны родителями ребенка только с согласия женщины, родившей ребенка (суррогатной матери)». Ст. 52, п. 3, ч. 2: «Супруги, давшие согласие на имплантацию эмбриона другой женщине, а также суррогатная мать не вправе при оспаривании материнства и отцовства после совершения записи родителей в книге записей рождений ссылаться на эти обстоятельства». То есть приоритетное право решать судьбу ребенка принадлежит суррогатной матери, и на практике может возникнуть ситуация, когда генетическим родителям будет отказано в материнстве и отцовстве. Кстати, если суррогатная мать на момент заключения договора состояла в браке, то согласие мужа на участие жены в ЭКО является необходимым условием действительности договора. Включение акушера в состав участников договора суррогатного материнства необходимо для того, чтобы бесплодные супруги могли получать полную информацию о состоянии суррогатной матери в период беременности.*

Проблемы суррогатного материнства

- *Вопросов при проведении программы суррогатного материнства возникает множество, и не на все существует однозначный ответ.*
- *Могут ли генетические отец и мать потребовать от женщины, сдавшей свое чрево внаем, отказаться на 9 месяцев от привычного для нее образа жизни?*
- *А если возникнут осложнения при течении беременности или родах, придется, например, делать кесарево сечение, кто возместит ущерб, нанесенный здоровью суррогатной матери?*
- *Как быть в случае выкидыша или рождения неполноценного, больного малыша, урода?*
- *Закон на эти вопросы не отвечает.*
- *Эти вопросы должны обсуждаться генетическими родителями с суррогатной матерью еще до заключения договора. И хорошо если эти вопросы будут описаны в договоре.*
- *Одна из самых сложных проблем, возникающих при рождении детей таким способом, – отношения между «суррогатной» матерью и генетическими родителями. Последние заинтересованы в том, чтобы их ребенок родился здоровым, поэтому должны создать для беременной женщины наилучшие условия жизни. Однако эти отношения складываются по-разному.*

Проблемы суррогатного материнства

- *Одной из основных проблем программы суррогатного материнства является психологическая нестабильность женщины, которая решила стать суррогатной матерью. Часто она психологически ломается и к тому моменту, когда появляется ребенок, сказываются законы природы – она начинает его любить. Такие женщины часто отказываются отдать ребенка. Подобные проблемы чаще всего возникают с незамужними женщинами.*
- *Психологические проблемы подстерегают обе стороны программы суррогатного материнства.*
- *Для мужа суррогатной матери сознание того, что жена, вынашивает чужого ребенка для чужой семьи, также является тяжелой психологической травмой.*

В процессе реализации «суррогатного» материнства может возникнуть ряд этико-юридических проблем:

- *«биологическая» мать может пожелать оставить ребенка себе;*
- *в случае рождения ребенка с какой-либо патологией «генетические» родители могут отказаться;*
- *платить или не платить «биологической» матери?*
- *Общепринятым считается мнение, что клиницисты не должны вовлекаться в отношения между родителями и «биологической» матерью. основополагающим же принципом в программе «суррогатного» материнства должна быть охрана благосостояния детей, рожденных в результате данного метода.*
- *Наиболее серьезные юридические проблемы возникают в случае так называемого «частичного суррогатного», а фактически «натурального» материнства, при котором используются ооциты суррогатной матери. При этом «биологическая» мать является и «генетической» для ребенка. Некоторые авторы утверждают, что суррогатное материнство – форма «проституции и рабства, эксплуатации бедных и нуждающихся теми, кто богат».*

- Таким образом, моральные и юридические проблемы, связанные с проблемой суррогатного материнства, оказываются наиболее сложными.
- Доводы противников:
- Дети превращаются в товар, а материнство – в договорную работу, оплачиваемую обеспеченными бездетными супругами. Безопасность здоровья будущего ребенка и суррогатной матери отходят на второй план перед материальной выгодой.
- Суррогатная мать психически травмируется необходимостью «отдать» рожденного ею ребенка.
- Ребенок может наследовать генетические дефекты от суррогатной матери, некоторые из них не могут быть выявлены современными методами.
- Опасения внушает психическая адаптация ребенка, когда он узнает о своем рождении, при общении с суррогатной матерью и т.д.
- Разнообразные этические вопросы связаны с индивидуальными и общественными суждениями о надлежащем поведении в области продолжения рода. В прошлые эпохи считалось, что на каждый из этих вопросов есть только один верный ответ. Сегодня же мы понимаем, что правильность тех или иных ответов относительна, так как все больше знакомимся с разными религиями и культурами, с самым широким спектром взглядов.
- Каждый человек должен сам делать собственный выбор и не навязывать свои взгляды другим.
- Несомненно, что вмешательство со стороны человека в его репродуктивную систему преследует благие цели. Другое дело, что сначала человечество должно научиться культуре использования достижений своего же научно-технического прогресса. При неумелом использовании этих достижений человечеству придется решать проблемы, связанные с использованием современных технологий и их ликвидацией. Человек может стать заложником своего же детища, как это случилось в других отраслях.
- Это проблема не только государства, но и каждого человека, т.к. самое главное – это доверие к друг другу и честность отношений.

Рекомендации

- При изучении данной темы важно обратить внимание на то, что резко возросшее бесплодие как женщин, так и мужчин; рост венерических заболеваний, ведущих к бесплодию (в том числе протекающих почти бессимптомно и трудно диагностируемых, например, урогенитальный хламидиоз); частые спонтанные аборт – все эти феномены могут быть расценены как проявление естественного отбора. Но этот естественный отбор не исчерпывается биологическим измерением. Все это несет на себе глубокий отпечаток психических особенностей современного человека, социальных отношений между людьми, культуры сексуальных отношений, продиктованных не только «зовом плоти», но и морально-этическими аспектами отношений между полами, а также умения иди неумения пользоваться технологиями научного прогресса.
- Бесплодие в браке никогда не рассматривалось обществом как «просто болезнь», в отличие от многих других заболеваний, включенных в Международную классификацию болезней. Бесплодие – это болезнь семьи – первичной ячейки и основы государства. При упоминании о бесплодии всегда затрагиваются социальные аспекты этого состояния на уровне отдельного индивидуума (психологические, религиозные), семьи (межличностные отношения), общества в целом (демографические показатели, экономические потери, юридические проблемы), внимание к ним все же остается недостаточным.
- Бурное развитие методов ВРТ, их высокая стоимость, а также отсутствие во многих странах законов, разрешающих весь круг юридических вопросов, касающихся проблемы лечения бесплодия, вызывает большой интерес, так и беспокойство общественности и пациентов. Многие из них выражают неудовлетворенность по различным аспектам применения этих методов или ограничением доступности.

- Неоднозначное отношение общества к лечению бесплодия вообще и к отдельным методикам ВРТ является одной из причин этических и законодательных проблем. Наиболее важными вопросами в решении являются спектр гарантий защиты репродуктивных прав граждан, реальная доступность лечения бесплодия право на информацию о лечении бесплодия.
- Упрощенный подход к искусственному оплодотворению влечет за собой упрощенный подход к человеческому эмбриону, а также возможность выбора подходящего времени для того, чтобы иметь ребенка. Этот метод дает шанс заниматься евгеникой. Наконец, сегодня, в нашем промышленном мире, искусственное оплодотворение – это мероприятие, представляющее для практикующих врачей экономический интерес. Жизнь человека имеет тенденцию обесцениваться, когда на другой чаше весов находится материальное благосостояние.
- Думается, ни в коем случае не допустимо попираание святости и неприкосновенности человеческой жизни, начиная с первого же момента ее существования. Техника жизни, которая рука об руку идет со смертью, – вот в чем заключается главный парадокс методов искусственного размножения человека. Этот парадокс напоминает одну фразу из Устава святого Бенедикта: «Существуют такие дороги, которые люди считают правыми, но их действительный конец лежит в самой бездне ада». Внедрение новых репродуктивных технологий невозможно без учета этических вопросов и проблем.

Литература

- Введение в биоэтику / Под ред. Б.Г. Юдина, П.Д. Тищенко. – М., 1999.
- Медицинская валеология. Г.Л. Апанасенко, Л.А. Попова. Серия «Гиппократ». – Ростов-на-Дону, 2000.
- Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы. – М., 2002.
- Балашов Н. Репродуктивные технологии: дар или искушение? / Православие и проблема биоэтики. – М., 2001.
- Бахтиярова В.О. Состояние здоровья детей, родившихся в результате экстракорпорального оплодотворения и искусственного осеменения. – М., 1993.
- Ильин Ф. Искусственное оплодотворение в борьбе с бесплодием женщины // Журнал акушерства и женских болезней. 1917. Т. 32. № 1-2.
- Гаварини Л. Искусственное оплодотворение: сто лет дебатов. – Пол, секс, человек. – М., 1993.
- Шорохова А.А. Искусственное оплодотворение у людей. Труды 5 съезда Всесоюзного общества гинекологов и акушеров. – М., 1925.
- Леонов Б.В. Рождение in vitro // Человек. 1995. № 3.
- Бахтиярова В.О. «Искусственные» дети / Биоэтика: принципы, правила, проблемы. – М., 1998. С. 130-135.
- Иванов В.И., Ижевская В.Л., Дадали Е.Л. Биологические проблемы генной терапии // Медицинское право и этика. 2002. № 4.
- Федеральный закон «О временном запрете на клонирование человека» от 20.05.2002. № 54-ФЗ.
- Кэмпбелл А., Джилетт Г., Джонс Г. Медицинская этика / Под ред. Ю.М. Лопухина, Б.Г. Юдина. – М., 2005.
- Шамов И.А. Биомедицинская этика. – М., 2005.
- Юсупова А.Н., Альбицкий В.Ю., Шарапова Е.И. Репродуктивное здоровье и поведение женщин России. – М.: Медицина, 2001.
- Биоэтика: Учебное пособие. – Саратов: Изд-во СГМУ, 2007.
- Джон Р. Уильямс. Руководство по медицинской этике. – М., 2006.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. При искусственном оплодотворении женщина имеет право:
 - а) на информацию о процедуре искусственного оплодотворения;
 - б) на информацию о внешних данных донора;
 - в) на информацию о национальности донора;
 - г) на выдачу листа нетрудоспособности;
 - д) на информацию о паспортных данных донора.

2. Какие этико-юридические проблемы возникают при суррогатном материнстве:
 - а) проблема биологических родителей;
 - б) проблема социального и правового статуса ребенка;
 - в) проблема социальных родителей;
 - г) возможность превращения женщины в живой «инкубатор» или живой способ торговли своим телом;
 - д) проблема тайны усыновления;
 - е) проблема идентичности рожденного ребенка.

3. В каких случаях с этической точки зрения не допустимо искусственное оплодотворение?

- а) женщинам, не состоящим в браке;
- б) женщинам, состоящим в гомосексуальных парах;
- в) всем женщинам, имеющих детей и способных к деторождению;
- г) женщинам, не достигшим фертильного возраста.

4. Кого считать матерью искусственного ребенка по российскому законодательству?

- а) женщину, обратившуюся для проведения искусственного оплодотворения;
- б) женщину-донора яйцеклетки;
- в) женщину, выносившую ребенка.

5. Генетическое прогностическое тестирование производится:

- а) только в лечебных целях;
- б) только в целях медицинских научных исследований;
- в) с целью осуществления искусственного отбора населения;
- г) с целью создания благоприятных социальных условий для лиц с повышенными интеллектуальными способностями;
- д) с целью создания совершенного общества с помощью искусственного отбора;
- е) для медицинской и моральной подготовки и повышенной заботы о будущем ребенке и в целях уточнения клинического диагноза.

6. Генетическое прогностическое тестирование обнаруживает:

- а) генетическую предрасположенность или восприимчивость к какой-либо болезни;
- б) социальную опасность человека;
- в) творческую или деловую несостоятельность личности.

7. Вмешательство в геном человека может быть осуществлено во всех перечисленных целях, кроме:

- а) изменения генома половых клеток;
- б) профилактических целей;
- в) диагностических целей;
- г) терапевтических целей.

8. Этическая неприемлемость «аномальной техники деторождения» связана:

- а) с нарушением права ребенка быть рожденным в традиционном браке естественным путем;
- б) с признанием и осуждением неполноценности супруга (супруги) и попыткой найти ему (ей) замену (в случае использования донорского материала);
- в) с легализацией неполных и нетрадиционных семей;
- г) с уничтожением «лишних» человеческих эмбрионов;
- д) с обеспечением ценности и значения материнства и материнской любви в случаях легализации суррогатного материнства;
- е) со всеми перечисленными факторами;

9. Вмешательства в сферу здоровья человека может осуществляться на основании:

- а) свободного, осознанного и информированного согласия больного;
- б) медицинских показаний;
- в) редкости картины заболевания и его познавательной ценности;
- г) требования родственников;
- д) извлечения финансовой выгоды;

Ситуационные задачи

- *Задача № 1*

С этической точки зрения считается недопустимым искусственное оплодотворение женщины, не состоящей в браке. В то же время, существует право на выбор, право на моральную автономию личности. По какому пути сегодня идет процесс разрешения проблемы искусственного оплодотворения в этой связи?

- *Задача № 2*

Суррогатной матери имплантируется яйцеклетка женщины-донора, оплодотворенная спермой мужчины-донора. Можно ли однозначно утверждать, что суррогатная мать в данном случае полностью лишена права на родительство? Будут ли эти аргументы аналогичными в ситуации, когда производится искусственная инсеминация спермой супруга из семьи, обратившейся к суррогатной матери?

Ключ к тестам:

- 1.а, б, в
- 2.а, б, в, г, д, е
- 3.б, г
- 4.в
- 5.а
- 6.а
- 7.а
- 8.е
- 9.а

Ключ к задачам:

- № 1. Этот процесс идет по пути либерализации. В соответствии со ст. 35 Закона «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» «Каждая совершеннолетняя женщина детородного возраста имеет право на искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона».
- № 2. Нет. Ст. 51, п. 4, ч. 2 Семейного кодекса РФ гласит: «Лица, состоящие в браке между собой и давшие свое согласие в письменной форме на имплантацию эмбриона другой женщине в целях его вынашивания, могут быть записаны родителями ребенка только с согласия женщины, родившей ребенка (суррогатной матери)».
- Нет.