

Представлены социальные, правовые, морально-этические, медицинские аспекты суррогатного материнства.

Ключевые слова: вспомогательные репродуктивные технологии, суррогатное материнство, суррогатная мать, генетические родители.

По данным разных авторов, частота бесплодных браков составляет 10 -20% от числа супружеских пар[10,11,19,21,24,25,27]. Государственное значение приобретает частота бесплодных браков от 15% и выше[9]. Сегодня благодаря методам вспомогательной репродукции стало возможно лечение бесплодия с использованием современных медицинских технологий[7,11,18,19,20,21,25]. Одним из самых этически спорных, неурегулированных методов вспомогательных репродуктивных технологий является суррогатное материнство[6,18,30]. Программа суррогатного материнства имеет двадцатилетнюю историю. В Великобритании в 1985 году П. Стептоу и Р. Эдвардс впервые предложили использовать для лечения бесплодия суррогатное материнство, а в 1989 году успешно осуществили его[7,20,31]. Сейчас законодательно суррогатное материнство разрешено в 15 странах мира [21,23]. Полностью запрещено суррогатное материнство во Франции и Германии[18,20]. С 1995 года программу суррогатного материнства стали применять в России [31]. Также активное развитие суррогатное материнство получило в Молдове, на Украине, в Казахстане, Узбекистане и Грузии[18]. В Республике Беларусь суррогатное материнство начали применять с 2006[16,17]. На практике при применении программы суррогатного материнства возникло множество правовых, морально-этических и медицинских вопросов [7,18,20,21,25,38]. В настоящее время суррогатное материнство распространяется все больше и больше, что требует принятия новых законов[18,36]. Вспомогательные репродуктивные технологии наиболее развиты и законодательно закреплены в странах Западной Европы[21]. В азиатских странах, практикующих методы вспомогательных репродуктивных технологий, ведутся дебаты о внедрении законов о вспомогательных репродуктивных технологиях ввиду религиозных традиций[39].

Юридические аспекты суррогатного материнства в Республике Беларусь закреплены в

следующих документах: в постановлении Совета Министров Республики Беларусь от 4.11.2006г.

№1470«О существенных условиях договора суррогатного материнства»[17], в постановлении

министерства здравоохранения Республики Беларусь №71 от 14.09.2006г. «Об утверждении перечня

медицинских показаний и противопоказаний к суррогатному материнству, порядок и объем

медицинского обследования суррогатной матери, генетической матери и их супругов» [16], в

Кодексе Республики Беларусь «О браке и семье» от 09.07.1999г. (в редакции от 23.06.2008г.) [15]. В

России правовые аспекты суррогатного материнства определены в Семейном кодексе Российской

Федерации (п.4 ст.51, п.3 ст. 52), федеральном законе «Об актах гражданского состояния» от

15.11.97№ 143, приказом МЗ РФ от 26.02.03. № 67 « О применении вспомогательных

Репродуктивных технологий в терапии женского и мужского бесплодия» [1,7,18,31,22]. В

Кодексе Республики Беларусь «О браке и семье» суррогатным материнством признаются

основанные на договоре имплантация эмбриона, вынашивание и рождение женщиной

(суррогатной матерью) ребенка, зачатого из яйцеклетки, изъятой из организма другой

женщины (генетической матери), если вынашивание и рождение ребенка генетической

матерью физиологически невозможны или связаны с риском для жизни генетической

матери и (или) ребенка[15]. При полном суррогатном материнстве отсутствует генетическая

связь между суррогатной матерью и ребенком[20]. Существует также понятие «частичное

суррогатное материнство», при котором используются ооциты суррогатной матери

и семя генетического отца[18,20,21].Некоторые авторы считают, что суррогатное материнство-это

форма проституции и рабства, эксплуатации бедных и нуждающихся теми, кто богат, а суррогатных

матерей называют «матерями-несушками» [28,33]. Многие утверждают, что этот метод превращает

детей в товар, а материнство - в работу[6,33].

Суррогатная или биологическая мать - это женщина, которая вынашивает и рождает ребенка[21,31]. По определению ВОЗ «суррогатная мать или носитель беременности - женщина, у которой беременность наступила в результате оплодотворения ооцитов третьей стороны спермой третьей стороны. (Третьей стороной являются генетические родители.) Суррогатная мать вынашивает беременность с намерением или по договоренности, что потомство будет усыновлено одним или обоими лицами, которые произвели эти гаметы»[8]. Суррогатными матерями могут быть женщины, давшие добровольное информированное согласие, родственники или знакомые бесплодной пары, специально обследованные добровольцы[5,7,20,21]. В Бразилии и Венгрии в роли биологической матери может выступать только родственница генетических родителей[7,20,23,31]. К требованиям, предъявляемым к суррогатным матерям, относятся: возраст от 20 до 35 лет, наличие собственного здорового ребенка, психическое и соматическое здоровье [1,7,21,23,25,31]. Суррогатная мать не может быть одновременно донором яйцеклетки[25]. Женщина, состоящая в браке, может быть суррогатной матерью только с письменного согласия супруга, который

должен пройти обследование на наличие инфекционных заболеваний[5,15,25,31]. Также суррогатная мать должна пройти следующие обследования: клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, определение группы крови и резус-фактора, анализ крови на RW, ВИЧ, антиген к гепатиту В, антитела к вирусу гепатита С, флюорографию, осмотр терапевта и заключение о состоянии здоровья и отсутствии противопоказаний к вынашиванию беременности, осмотр и заключение психиатра (однократно), общее и специальное гинекологическое обследование, обследование на выявление токсоплазмоза, краснухи, цитомегаловируса, вируса герпеса, мазки на флору из уретры и цервикального канала, определение степени чистоты влагалища, цитологическое исследование мазков из шейки матки[7,31]. Медицинскими противопоказаниями для суррогатной матери являются: пороки развития матки, опухоли яичников и матки, острые воспалительные и злокачественные заболевания любой локализации, психические и поведенческие расстройства, соматические заболевания, при которых беременность противопоказана[16].

Женщина, удовлетворяющая требованиям перечисленным выше, может стать суррогатной матерью либо на безвозмездной основе (когда не предполагается оплаты), либо на коммерческой основе[17,21,23,31]. В Англии, Канаде, Израиле суррогатное материнство допускается только на некоммерческой основе[21,31]. Для генетической матери отсутствие матки (врожденное или приобретенное), деформация полости или шейки матки являются основанием для суррогатного материнства[1,7,9,16,20,21,23,31,36]. Женщина с экстрагенитальной или генитальной патологией, при которой вынашивание беременности противопоказано или невозможно, имеет право воспользоваться программой суррогатного материнства [1,7,16,20,23,31]. Неудачные попытки экстракорпорального оплодотворения при неоднократном получении эмбрионов хорошего качества, перенос которых не приводит к наступлению беременности, синехии полости матки, не поддающиеся терапии, облитерация полости матки также являются показаниями к суррогатному материнству[1,7,16,20,31]. Медицинскими противопоказаниями для генетических родителей и супруга суррогатной матери являются психические и поведенческие расстройства[16]. В законодательствах Российской Федерации и Республики Беларусь четко не оговорено, что программой суррогатного материнства могут воспользоваться только супруги[30]. В мировой практике встречаются случаи применения суррогатного материнства лесбиянками и гомосексуалистами при отсутствии бесплодия, а по, так называемым, «социальным показаниям» [21,30]. Законодательство Франции и Дании запрещает применение методов вспомогательных репродуктивных технологий у лесбиянок и гомосексуалистов[39]. В 12-ти странах вспомогательные репродуктивные технологии предлагаются только супружеским парам, в 16-ти - также парам, живущим в гражданском браке не менее двух лет[21].

Программа суррогатного материнства включает: выбор суррогатной матери; синхронизацию менструальных циклов; процедуру экстракорпорального оплодотворения с переносом эмбрионов в матку суррогатной матери[1,7,23,31]; вынашивание и рождение ребенка; определение юридических отношений между супружеской парой и родившимся ребенком[23]. Подбор суррогатной матери осуществляется либо генетическими родителями, либо медицинским

учреждением[23,25,31]. Заключается нотариально заверенный договор между генетической матерью и суррогатной матерью, и подписываются заявление-согласие супружеской пары на перенос своих эмбрионов в полость матки суррогатной матери, заявление-согласие суррогатной матери на перенос эмбрионов[9]. Таким образом, супружеская пара и суррогатная мать дают информированное согласие на участие в программе и заключают договор с медицинским центром о проведении медицинской услуги[1,7,15,17,18,23,26,25,30].

Синхронизация менструальных циклов генетической и суррогатной матерей проводится с помощью

комбинированных оральных контрацептивов и гонадотропин-рилизинг гормонов, в некоторых случаях не требуется специальная синхронизация[7]. Менструальный цикл суррогатной матери формируется под воздействием комбинированных оральных контрацептивов. С 1-го дня менструального цикла генетической матери прекращается прием противозачаточных препаратов суррогатной матерью, и у нее начинаются менструальноподобные выделения. С 3-4-го дня суррогатная мать начинает прием препаратов эстрогенного профиля (эстрофем, прогинова, дивигель). Со дня забора ооцитов у генетической матери на фоне приема эстрогенов начинается введение препаратов гестагенной группы (утрожестана, дюфастона, прогестерона)[31]. На этапе экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона возникает целый ряд проблем: правовой и моральный статус искусственного оплодотворения[7,25], осуществление манипуляций с гаметамии вне организма, вовлечение третьего лица в процесс репродукции, перенос генетически чужеродных эмбрионов [21], уничтожение неиспользованных замороженных эмбрионов[28], уничтожение эмбрионов в полости матки суррогатной матери при многоплодной беременности[7]. Количество переносимых эмбрионов в среднем составляет 3-4 [7]. В Англии эмбрионы перед переносом в матку биологической матери замораживаются и хранятся в течение 6-ти месяцев карантина на ВИЧ[21]. В Германии, Швеции, Дании, Норвегии запрещен перенос генетически чужеродных эмбрионов и исследования на них[37]. Если эмбрионов было получено больше, чем это необходимо для переноса в текущем цикле, то их замораживают. В среднем длительность хранения замороженных эмбрионов составляет 5 лет[35]. Сегодня никто не может заверить будущую мать, что полученный путем экстракорпорального оплодотворения ребенок будет здоровым и полноценным психически и физически[28]. По данным разных авторов, после процедуры экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов в матку суррогатной матери беременность наступала в 36,6 - 64,8% случаев[7,34]. Многоплодная беременность наступила в 13,9-66,7% случаев[7,31].

На этапе вынашивания и рождения ребенка возникают вопросы следующего характера. Во время вынашивания ребенка происходит разрушение психической и духовной связи между генетической матерью и младенцем[7,31]. Во время беременности суррогатная мать испытывает настоящие материнские чувства, переживает за судьбу будущего ребенка. Имеем ли мы моральное право лишать такую мать естественных материнских чувств и потребности заботиться о выношенном и рожденном ребенке? [28]. Кто может дать гарантии, что биологическая мать не откажется отдать ребенка супружеской паре? Возникает проблема определения истинной матери ребенка[18]. В кодексе Республики

Беларусь «О браке и семье» (ст.53) определено, что матерью ребенка, рожденного суррогатной матерью признается его генетическая мать, отцом - супруг генетической матери[15]. Т.е. в Республике Беларусь закон стоит на стороне генетических родителей. В России приоритетное право решать судьбу ребенка имеет суррогатная мать[31]. Она имеет юридическое право оставить ребенка себе[18,21]. Права генетических родителей признаются только после отказа от него суррогатной матерью[7,31]. Комитет Совета Европы по биоэтике и искусственным методам деторождения допускает применение суррогатного материнства при двух условиях: суррогатная мать не получает материальной выгоды и имеет право после родов оставить ребенка себе[18]. Суррогатной матери дается 72 часа на принятие решения[6,14]. Суррогатным матерям оформляется декретный отпуск с 30-й недели беременности на 140 дней при одноплодной беременности и с 28-й недели на 194 дня при наличии многоплодной беременности [31].

Исследованиям, в которых участвуют беременные женщины, уделяется пристальное внимание, поскольку в этих исследованиях есть плод, который принимает участие в исследовании, но не может дать на это согласие[3]. Поэтому плод нуждается в максимальной защите его здоровья, прав и интересов[12,25]. основополагающим принципом в программе суррогатного материнства должен быть принцип охраны благосостояния детей, рожденных в результате этого метода[7]. Профессор Колумбийского университета Р. Мэсленд считает, что необходима нравственная защита детей, рожденных с помощью методов вспомогательных репродуктивных технологий[28]. Российское законодательство допускает и защищает права генетических родителей скрывать от ребенка историю его развития[8]. Как рассматривать принцип «не навреди» по отношению к младенцу, которого забирают (на вполне законных основаниях) у негенетической, но физиологической матери?[28] При наличии у ребенка аномалий и отказе от него генетических родителей финансовая и юридическая ответственность ложится на биологическую мать[21,31]. Как правило, от такого ребенка биологическая мать также отказывается, и он остается ненужным ни одной, ни второй матери[9]. Генетический риск для детей, рожденных в результате методов вспомогательных репродуктивных технологий, не превышает среднепопуляционного[2,32].

Доступность современных методов лечения бесплодия во многом зависит от включения их в перечень процедур, покрываемых обязательным медицинским страхованием. В России большинство клиник работает на условиях полного хозяйственного расчета, где средняя стоимость одного цикла экстракорпорального оплодотворения составляет более 2000\$ США и вознаграждение суррогатной матери[21]. Решение финансовых аспектов этой проблемы во многом будет зависеть от принятых законов по этому поводу, а также в области репродуктивных прав[21,29]. Репродуктивные права - права, связанные с продолжением рода, с принятием решения о зачатии ребенка, с определением количества детей, с применением вспомогательных репродуктивных технологий в случае, если беременность не может наступить естественным путем[24]. В проекте федерального закона России «О вспомогательных репродуктивных технологиях» отмечено, что каждый человек имеет право на применение вспомогательных репродуктивных технологий в целях охраны репродуктивного здоровья и лечения бесплодия [25,13]. В структуре Российского общества акушеров-гинекологов создан Комитет по медицинской этике, защите прав врача и пациента. Среди

многих направлений деятельности Комитета имеет место работа по осуществлению правовой и морально-этической экспертизы в конфликтных ситуациях, возникающих при использовании методов вспомогательных репродуктивных технологий (в т.ч. и суррогатного материнства)[12].

Несмотря на медицинские, юридические и морально-этические сложности программа суррогатного материнства дает реальный шанс обрести счастье материнства и отцовства[12]. Общество должно выработать моральные законы для урегулирования отношений между ребенком, супружеской парой и суррогатной матерью[28].

Литература

1. Афанасьева, И. В. // Медицинское право. 2006. № 4. С. 35-40.
2. Барашев, Ю. И. // Рос. вестник педиатр. и перин. 2001. №1. С. 6-11.
3. Ботина, А. В., Медведева, Т. Г., Незнанов, Н. Г. // Качеств. клин. практика. 2002. № 3. С. 43-46.
4. Глашев, А. А. // Медицинское право: практическое руководство для юристов и медиков. М., 2004.
5. Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» // Вопросы организации и информатизации здравоохранения // 2008. № 3. С. 72.
6. Иваева, Э. А. // Медицинское право. 2008. № 3. С. 23-26.
7. Исакова, Э. В., Корсак, В. С., Громько, Ю. Л. // Проблемы репродукции. 2001. № 3. С. 23-28.
8. Корсак, В. С. // Проблемы репродукции. 2006. № 3. С. 6.
9. Кулаков, В. И. Бесплодный драк // М.: «Геотар медиа». 2006. С. 12, 443.
10. Кулаков, В. И. Акушерство и гинекология // М.: «Геотар медиа», 2008. Вып. 2. С. 472.
11. Кулаков, В. И., Леонов, Б. В., Кузьмичев, Л. Н. Лечение женского и мужского бесплодия. В кн.: Вспомогательные репродуктивные технологии. М., 2005.
12. Кулаков, В. И., Серов, В. Н., Шарапова, О. В., Кира, Е. Ф. // Акушерство и гинекология. 2005. № 5. С. 3-8.
13. Леонтьев, О. В., Балло, А. М., Курганский, Ю. Н и др. // Особенности юридической ответственности в медицине. Экспертный контроль за медицинской деятельностью. СПб., 1999.
14. Материалы к круглому столу «Репродуктивные права в России и пределы законодательного регулирования». М., 2000.
15. Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. 1999. № 55.
16. «Об утверждении перечня медицинских показаний и противопоказаний, порядок и объем медицинского обследования суррогатной матери, генетической матери и их супругов»: Постановление министерства здравоохранения Республики Беларусь // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. 2006. № 162.
17. «О существенных условиях договора суррогатного материнства»: Постановление Совета Министров Республики Беларусь № 1470 от 4 ноября 2006 г. // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. 2006. № 186.
18. Никитин, Е. // Бесплодие. Что предлагает медицина // М.: Эскимо. 2008.
19. Паюк, И. И. // Медицинская панорама. 2007. № 3. С. 24.

20. Пересада, О. А., Лебедько, А. В. // ВРТ // Медицинские новости. 2005. № 6. С. 5-11.
21. Померанцева, Е. И., Козлова, А. Ю., Супряга, О. М. // Проблемы репродукции. 2001. № 2. С. 58-66.
22. Приказ Минздрава РФ от 26 февраля 2003г. № 67 «О применении вспомогательных репродуктивных технологий в терапии женского и мужского бесплодия» // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. 2003. № 32.
23. Романовский, Г. Б. // Проблемы репродукции. 2006. № 1. С. 31-38.
24. Романовский, Г. Б. // Проблемы репродукции. 2007. № 5. С. 33-38.
25. Сергеев, Ю. Д., Лебедев, С. В., Павлова, Ю. В., Деркачев Н.А. // Медицинское право. 2008. № 2. С. 3-10.
26. Сергеев, Ю. Д., Павлова, Ю. В. // Медицинское право. 2006. № 3. С. 3-8.
27. Славянова, И. К. // Акушерство и гинекология. Ростов н/Д, 2007. С. 353.
28. Филиппов, О. С. // Проблемы репродукции. 2004. № 2. С. 38-40.
29. Хазова, О. А. Репродуктивные права в России: пределы законодательного регулирования. 2000. 4:16.
30. Чистякова, Ю. А. // Медицинское право. 2006. № 4. С. 35-40.
31. Чернуха, Е. А., Кузмичев, Л. Н., Киндарова, Л. Б., Васильченко, О. Н. // Акушерство и гинекология. 2006. № 4. С. 23-26.
32. Яманова, М. В., Салмина, А. Б., Серебренникова, О. А. // Проблемы репродукции. 2002. № 3. С. 61-67.
33. Ver, R. // Theor Med Bioeth. 2000. 21(2), 153-69.
34. Brinsten, P.R., Appleton, T.C., Murray, E. et al. // BMJ. 2000. 1:320(7239)924-8.
35. Ester Polak de Fried // IFFS surveillance 98.Fertil Ster. 1999. 71:5(2):14S-16S.
36. Liu, C.H. // J Formos Med Assoc. 2000. 99(2), 100-6.
37. Ludwing, M., Pergament, D., Schwinger, E., Diedrich, K. // Prenat diag. 2000. 20:7:567-70.
38. Olivennes, F., Fanchin, R. et al. // Hum. Reprod. Update. 2002. Vol. 8. № 2. P. 117-128.
39. Schenker, I.G. Marital status in ART. IFFS surveillance 98.Fertil Ster. 1999. 71: 5(2): 10S-11S