

СУРРОГАТНОЕ МАТЕРИНСТВО

ПРЕЗИДЕНТ
РОССИЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ
РЕПРОДУКЦИИ ЧЕЛОВЕКА,
ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДИРЕКТОР
МЕЖДУНАРОДНОГО
ЦЕНТРА РЕПРОДУКТИВНОЙ
МЕДИЦИНЫ (САНКТ-
ПЕТЕРБУРГ)

Владислав Станиславович
Корсак



ЧЛЕН КОМИТЕТА ПО ЭТИКЕ
И ПРАВУ РОССИЙСКОЙ
АССОЦИАЦИИ РЕПРОДУКЦИИ
ЧЕЛОВЕКА, ЧЛЕН
ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА
РЕПРОДУКЦИИ ЧЕЛОВЕКА
И ЭМБРИОЛОГИИ (ESHRE)

Эльвира Валентиновна
Исакова



Бесплодие – большое человеческое горе, упоминание о котором встречается еще в ветхозаветных текстах. Так что идеи многих современных программ вспомогательных репродуктивных технологий зародились достаточно давно. В одном из индийских храмов есть фреска, иллюстрирующая легенду о зачатии Махавиры (599 год до н.э.), основателя джайнизма. Махавира случайно был зачат в чреве женщины низкого сословия. Царь богов Индра повелел перенести плод женщине, достойной родить великого героя. На фреске изображены две полулежащие женщины: одна из них Девананда – жена священника, в чреве которой был зачат Махавира, другая – королева Тришала, которой он был пересажен. Перенос эмбриона был осуществлен божеством с олень-

ей головой Харинегамешином. Как гласит легенда, плод был взят сквозь матку и пересажен в чрево другой женщины с величайшим искусством. Эта история – пример реализации идеи суррогатного материнства.

С появлением экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) суррогатное материнство, при котором эмбрионы генетических родителей переносятся в полость матки другой женщине – суррогатной матери, стало реальностью современной медицинской практики.

В 1985 году, несмотря на оппозицию со стороны Британской медицинской ассоциации, Патрик Стептоу и Роберт Эдвардс – пионеры ЭКО – впервые предложили использовать для лечения бесплодия суррогатное материнство в рамках ЭКО. После длительной дискуссии с независимым Этическим комитетом они провели программу суррогатного материнства с первой в Великобритании супружеской парой. Эмбрионы генетических родителей были перенесены сестре бесплодной женщины, и в 1989 году родился первый ребенок у суррогатной матери. Впервые в России и СНГ программа «Суррогатное материнство» была успешно проведена в 1995 году сотрудниками Международного центра репродуктивной медицины (МЦРМ) в Санкт-Петербурге.

ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Несмотря на то что программа «Суррогатное материнство» существует более 20 лет, многие медицинские, юридические и морально-этические проблемы в этой области до сих пор не имеют окончательного решения. Во многих странах, например в Италии, Германии, где практикуется ЭКО, эта программа запрещена.

На подготовительном этапе к осуществлению программы «Суррогатное материнство» нами были определены алгоритмы ее проведения, критерии отбора и объем обследования суррогатных матерей, медицинские показания. Многие из этих разработок было принято за основу соответствующего раздела методических рекомен-

Таблица 1

СУРРОГАТНОЕ МАТЕРИНСТВО В РОССИИ (2005–2009 ГОДЫ)

Год	Количество центров, со-общивших о применении СМ	Количество циклов ВРТ с участием СМ	Доля циклов СМ среди всех циклов ВРТ (число циклов ВРТ)	Беременности (% на перенос эмбрионов)	Роды (% из известных исходов)	Аборты, замершие беременности и др. (% из известных исходов)	Внематочные беременности (% из известных исходов)	Неизвестный исход беременностей (% из всех беременностей)
2005	28	289	1,7 (17242)	111 (38,4)	75 (78,1)	21 (21,8)	0	15 (13,5)
2006	29	308	1,4 (21343)	151 (50,3)	97 (80,8)	27 (22,5)	2 (1,6)	25 (16,5)
2007	33	367	1,4 (26670)	149 (40,6)	107 (73,8)	37 (25,5)	1 (0,7)	4 (2,7)
2008	38	430	1,3 (34222)	186 (43,3)	145 (79,5)	38 (20,5)	2 (1,08)	1 (0,5)
2009	44	524	1,3 (40961)	216 (41,2)	147 (79,9)	35 (19,0)	2 (1,08)	32 (14,8)

даций Российской ассоциации репродукции человека, а также включено в материалы действующего сегодня приказа Минздрава России от 26 февраля 2003 года №67 «О применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в терапии женского и мужского бесплодия».

В новом Федеральном законе Российской Федерации от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в статье 55 «Применение вспомогательных репродуктивных технологий» есть два пункта (9 и 10), посвященных суррогатному материнству:

«Пункт 9. Суррогатное материнство представляет собой вынашивание и рождение ребенка (в том числе преждевременные роды) по договору, заключаемому между суррогатной матерью (женщиной, вынашивающей плод после переноса донорского эмбриона) и потенциальными родителями, чьи половые клетки использовались для оплодотворения, либо одинокой женщиной, для которых вынашивание и рождение ребенка невозможно по медицинским показаниям.

Пункт 10. Суррогатной матерью может быть женщина в возрасте от 20 до 35 лет, имеющая не менее одного здорового собственного ребенка, получившая медицинское заключение об удовлетворительном состоянии здоровья, давшая письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Женщина, состоящая в браке, зарегистрированном в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, может быть суррогатной матерью только с письменного согласия супруга. Суррогатная мать не может быть одновременно донором яйцеклетки».

Таким образом, на сегодня законодательно определено содержание программы суррогатного материнства и требования к суррогатным матерям.

Важнейшее значение для применения программы «Суррогатное материнство» имеют пункты 1 и 3 статьи 55 закона:

«Пункт 1. Вспомогательные репродуктивные технологии представляют собой методы лечения бесплодия, при применении которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне материнского организма (в том числе с использованием донорских и (или) криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, а также суррогатного материнства).

Пункт 3. Мужчина и женщина, как состоящие, так и не состоящие в браке, имеют право на применение вспомогательных репродуктивных технологий при наличии обоюдного информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. Одинокaя женщина также имеет право на применение вспомогательных репродуктивных технологий при наличии ее информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство».

Этими положениями законодатель устранил действовавшие до этого ограничения на использовании суррогатного материнства, прописанные в Семейном кодексе Российской Федерации. Сегодня при наличии медицинских показаний пациенты вне зависимости от регистрации брака могут преодолеть бесплодие с помощью суррогатного материнства. Вместе с тем сохранена зависимость генетических родителей от суррогатной матери в части юридического оформления их отношения к ребенку. Существует и другой подход. Так, законодательство Казахстана прямо защищает интересы генетических родителей. В Кодексе Республики Казахстан о браке и семье сказано:

«Родителями ребенка, родившегося в результате применения ВРТ (суррогатное материнство), признаются генетические родители (заказчики).

Медицинское свидетельство о рождении ребенка оформляется в роддоме на имя генетической матери (заказчицы)».

Казахстанские законодатели предусмотрели ряд мер, которые направлены на защиту прав ребенка в возможной в принципе трудной ситуации:



«При отказе супругов (заказчиков) от ребенка эти лица обязаны выплатить компенсацию суррогатной матери в размере и в порядке, устанавливаемых договором.

Передача ребенка суррогатной матери либо государственным организациям оставляет за ребенком право наследника супругов (заказчиков)».

ЧАСТОТА ПРИМЕНЕНИЯ И РЕЗУЛЬТАТ

Российская ассоциация репродукции человека (РАРЧ) собирает сведения о применении программы «Суррогатное материнство» с 2005 года (табл. 1).

По данным РАРЧ, доля суррогатного материнства среди других программ ВРТ в России не превышает в среднем 1,5%. Частота наступления беременности (38,4–50,3%) несколько выше, чем в классическом ЭКО (35,4–37,5%). Частота завершения наступивших беременностей родами достаточно высокая (около 80%).

МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ

Минздравсоцразвития России определены показания, противопоказания и объем обследования для генетических родителей и суррогатных матерей.

Показания к суррогатному материнству:

- отсутствие матки (врожденное или приобретенное);
- деформация полости или шейки матки при врожденных пороках развития или в результате перенесенных заболеваний;
- облитерация полости матки;
- экстрагенитальная и генитальная патология, при которой вынашивание беременности противопоказано или невозможно;
- неудачные повторные попытки ЭКО при неоднократном получении эмбрионов хорошего качества, перенос которых не приводит к наступлению беременности.

Суррогатными матерями могут быть женщины, добровольно согласившиеся на участие в данной программе:

- родственники или знакомые бесплодной супружеской пары;
- специально обследованные добровольцы.

Требования, предъявляемые к суррогатным матерям:

- возраст от 20 до 35 лет (возраст при участии родственников или знакомых может колебаться в значительных пределах и не является критерием отбора);
- наличие собственного здорового ребенка.

Противопоказания для проведения ЭКО в программе «Суррогатное материнство» и объем обследования супружеской пары такие же, как и при проведении стандартного ЭКО.

Программа «Суррогатное материнство» проводится по следующему алгоритму:

- 1) выбор суррогатной матери;
- 2) синхронизация менструальных циклов;
- 3) процедура экстракорпорального оплодотворения с переносом эмбрионов в матку суррогатной матери.

Супружеская пара и суррогатная мать дают информированное согласие на участие в программе и заключают договор с медицинским центром о проведении медицинской услуги.

Следует отметить, что ни законы РФ, ни подзаконные акты не делают никаких ограничений в отношении возможной комбинации программы суррогатного материнства с донорскими программами.

ПАРАМЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ

Все немедицинские аспекты программы «Суррогатное материнство»: передача ребенка генетическим родителям, финансовые, бытовые и эмоциональные взаимоотношения сторон – лежат вне компетенции врача и не влекут ответственность центра, то есть решаются напрямую между генетическими родителями и суррогатной матерью, однако врач неизбежно оказывается в них вовлечен, особенно когда ситуация становится конфликтной. За 16 лет работы нами накоплен в определенном смысле уникальный опыт, как позитивный, так и негативный.

В какой степени генетические родители имеют право требовать от суррогатной матери изменения места жительства и образа жизни? Как правило, обе стороны находят компромиссные решения. Однако встречаются и крайние варианты. Молодая супружеская пара, живущая по принципу «все продается и покупается», с первых же дней беременности поместила суррогатную маму под замок в свой загородный дом. Суррогатная мать, обманув бдительность генетических родителей, все же убежала и длительное время скрывалась, общалась только с врачом по телефону, даже была готова оставить детей (это была двойня) себе. С большим трудом удалось разрешить конфликт, найти нужные слова для обеих сторон. Такие сложные отношения продолжались всю беременность, и все это время врачу приходилось вмешиваться в бытовые вопросы, объясняя генетическим родителям, что суррогатной матери действительно необходима специальная одежда и питание, аппарат для контроля за артериальным давлением и т.п. У суррогатной матери инстинкт материнства был настолько сильным, а недоверие к супружеской паре так велико, что после рождения детей она стала сомневаться: смогут ли генетические родители правильно ухаживать и воспитывать детей и можно ли их им отдавать. Юристу и врачам пришлось опять прибегнуть к убеждению.

Диаметрально противоположные отношения сложились в другом случае. Суррогатная мать была одинокой женщиной, жила с мамой и дочерью в коммунальной квартире. Для того чтобы создать благоприятные условия для развивающейся беременности, генетические родители сняли квартиру для суррогатной матери и постарались максимально с ней сблизиться: вместе ходили в театр, музеи, совершали прогулки по городу, получая друг от друга помощь, поддержку и положительные эмоции, которые, как обе стороны считали, крайне важны для будущего ребенка.

Были и такие случаи, когда, проживая в разных городах, генетические родители полностью доверяли сур-



рогатной матери, помогая ей только материально и не требуя доказательств соблюдения режима, рекомендаций врача и других условий договора.

Что является приоритетным для суррогатной матери – здоровье и интересы собственного ребенка или здоровье еще неродившегося, генетически чужого ей ребенка? В одном случае суррогатная мать вначале из-за угрозы прерывания беременности, а потом в связи с полным предлежанием плаценты почти семь месяцев была вынуждена находиться в стационаре, отказаться от собственной семьи (мужа и двоих детей) ради сохранения жизни генетически чужой ей двойни, осознавая реальность существующей угрозы ее собственной жизни.

В другом случае у суррогатной матери родной ребенок заболел гепатитом, и она, напуганная, не задумываясь о возможных последствиях, выписалась из стационара, где находилась в связи с угрожающим выкидышем позднего срока, поспешила к нему в больницу. Можно ли осуждать ее за это? И как эта женщина поступила бы в том случае, если бы вынашивала своего собственного ребенка? Генетические родители были очень огорчены и возмущены действиями суррогатной мамы, тяжело переживали случившееся, высказали врачу немало горьких слов.

Как известно, беременность – это функциональная проба на здоровье. Угроза жизни в связи с осложнениями беременности и родов – реальность. Любая беременная может заболеть, и очень тяжело. Но одно дело – это спонтанная беременность, собственный ребенок и совсем другое – беременность во имя решения, как правило, материальных проблем, наступившая в результате врачебного вмешательства, во время которой женщина вынашивает генетически не своих детей.

У одной из суррогатных матерей, тщательно обследованной до проведения программы, впервые во время беременности (при сроке 15/16 недель) манифестировал лимфогранулоцитоз. Какой-то период времени суррогатная мать неадекватно оценивала ситуацию, хотела отказаться от наблюдения гематологов и сохранить беременность. Согласие суррогатной матери на прерывание беременности лечащим врачам удалось получить только после вмешательства врача МЦРМ.

Отчаявшись после семи неудачных попыток ЭКО, в наше учреждение обратилась супружеская пара, в которой жена имела российское гражданство, а муж был подданным другой страны. Первая их попытка в программе суррогатного материнства также оказалась безуспешной. С целью повысить вероятность наступления беременности пара обратилась с просьбой провести им ЭКО с переносом эмбрионов не только самой бесплодной женщине, но и двум суррогатным матерям. Так как регламентирующих документов в этой области нет, мы решились на такой вариант, исходя из того что средняя частота наступления беременности в нашем учреждении 45%, а значит, есть шанс наступления беременности у одной из женщин. Каково же было потрясение, когда беременность наступила у всех трех женщин: у одной суррогатной матери – одноплодная беременность, у второй – тройня и у самой бесплодной женщины – двойня. Мечта генетических родителей сбылась: вот они дети

и сразу много. Для людей обеспеченных маленький детский сад – это не проблема. Но первые минуты безоблачного счастья сменились суровой действительностью: как зарегистрировать детей, которые наверняка родятся в разные сроки, на одних родителей? как везти такое количество детей в страну, в которой суррогатное материнство запрещено, а рождение трех детей вызывает широкий общественный резонанс? За решение этих проблем взялся юрист, но достаточно скоро появились и медицинские проблемы.

У суррогатной матери с одноплодной беременностью в конце первого триместра развилось тяжелое обострение хронического пиелонефрита на фоне мочекаменной болезни, о которой беременная не знала. В результате прогноз на благополучный исход беременности оказался сомнительным. По согласованию с генетическими родителями было принято решение прервать беременность. Однако следует признать, что если бы это была единственная беременность, а не одна из трех от данной пары, то усилия по ее сохранению были много значительней. Врачи в этом случае вынуждены были принимать медицинское решение с учетом иных, немедицинских обстоятельств. За две недели до этого события у второй суррогатной матери была проведена редукция количества плодов до одного. Через месяц после операции у нее развились явления угрожающего выкидыша. Несмотря на терапию, беременность сохранить не удалось: при сроке 16/17 недель произошел самопроизвольный выкидыш. У самой генетической матери течение беременности было осложнено длительной угрозой прерывания, в третьем триместре рано развился гестоз. На 35-й неделе беременная была родоразрешена операцией кесарева сечения. Родились недоношенные мальчик и девочка. Дети были выписаны домой.

Этот случай демонстрирует, что одновременное использование сразу нескольких суррогатных матерей может повлечь за собой возникновение серьезных морально-этических и социальных проблем, в связи с чем мы приняли решение не проводить в будущем таких вариантов программы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Осуществление программы «Суррогатное материнство» сопряжено с непредсказуемыми, часто конфликтными ситуациями, большим эмоциональным напряжением, огромной ответственностью, часто не только профессиональной. Уйти от участия в решении этих проблем, как и закрыть программу, невозможно, поскольку число женщин, нуждающихся в программе, неуклонно растет. Суррогатное материнство с медицинских позиций не может быть анонимным. Эта программа таит в себе множество социальных, морально-этических и юридических проблем. Изменения в законодательстве Российской Федерации не решили всего круга проблем. Приоритетное право решать судьбу ребенка законодательно закреплено за суррогатной матерью, что в конфликтной ситуации может стать предпосылкой для



шантажа. Не защищены права ребенка. В существующих условиях врач испытывает не только профессиональную, но и большую моральную ответственность. Мы убеждены, что взрослые дееспособные люди имеют полное право самостоятельно принимать решение о проведении ЭКО или использовании себя в качестве суррогатной матери. Задача врача состоит в том, чтобы предоставить исчерпывающую информацию обеим сторонам об их участии в этой программе, качественно провести обследование

и лечение. Поэтому в МЦРМ пара и суррогатная мама дают только информированное согласие, а заключение договора между ними является их личным делом. Мы считаем, что врач не должен принимать участие в обсуждении и оформлении юридического соглашения между парой и суррогатной матерью. Программа «Суррогатное материнство» является одним из видов медицинской помощи и должна проводиться по установленным медицинским показаниям.