**Лекция №3**

**Тема: Этические проблемы искусственного оплодотворения и суррогатного материнства**.

**Добрый день! Уважаемые студенты, внимательно, не торопясь читаете лекцию, записывайте основные моменты (я их выделила курсивом и жирным шрифтом). Если возникают вопросы задавайте, в беседе в ВК. Фото Ваших конспектов присылайте до 15.00 . в беседе в вк**.

К уникальным особенностям последних десятилетий XX века относится то, что рождение человека, зачатие, бесплодие, материнство, отцовство стали не только объектом экспериментальных исследований биологии и медицины, но и целью технологических производств и даже предметом репродуктивного бизнеса. Вследствие этого в обществе появились новые понятия и виды практической деятельности: терапия бесплодия, технология зачатия, искусственное оплодотворение, суррогатное материнство, анонимное донорство половых клеток.

***Современная медицинская наука располагает новыми средствами технологического вмешательства в процесс зарождения человеческой жизни, получившими название «новых (вспомогательных) репродуктивных технологий».***

***Среди таких технологий выделяют:***

*- искусственную инсеминацию спермой донора или мужа;*

*- экстракорпоральное оплодотворение (оплодотворение вне организма, In VItro) с последующей имплантацией эмбриона в матку женщины;*

*- «суррогатное материнство».*

*Метод искусственной инсеминации известен около 200 лет – в конце 18 века итальянский аббат Спаланцини провел искусственное оплодотворение собаки, а в 1799 г. англичанин* У. Хантер применил искусственное оплодотворение у человека. В 1885 г. медицинскому факультету Парижского университета была представлена диссертация Ж. Жерара, обобщившего 600 случаев внутрисемейного искусственного оплодотворения. Факультет отверг эту диссертацию, приказав ее сжечь. Начиная с 60-х годов 20 века, этот метод постепенно становится одним из клинических методов лечения бесплодия.

Следует отметить, что при успешной инсеминации спермой мужа, биологические и социальные родители совпадают, поэтому такой метод сравнительно редко вызывает этические возражения, и не противоречит устоявшимся правовым нормам семейно-брачных взаимоотношений. Рождение же ребенка с помощью искусственной инсеминацией донора (ИОД) сопряжено со многими противоречиями морального порядка.

Прежде всего, это проблемы связанные с донорством половых клеток (яйцеклетки, сперматозоиды), что является одной из форм донации генетического материала. Если нравственный характер безвозмездного донорства крови ни у кого не вызывает сомнений то относительно *донорства гамет имеются противоречивые оценки.*

Позитивные: как любое донорство в медицине, это – проявление альтруизма, оно оправдывается счастьем семьи.

Негативные: 1. в практике ИОД значимым оказывается принцип «не навреди» – в частности в заявлении донора говорится «обязуюсь не скрывать перенесенных мною известных мне заболеваний, а также правдиво сообщить о моей наследственности...*».* Как видим соблюдения принципа «не навреди» зависит не от врачей, а от честности, порядочности донора. Особенен риск, когда имеет место недостаточное обследование донора.

2. В инструкции МЗ РФ регулирующей ИОД (1993 г.) говорится, что следует учитывать пожелания супружеской пары в отношении национальности донора и основных черт его внешности (антропометрические данные). В тоже время супруги заявители должны понимать, что рождение ребенка зависит от так называемой генетической лотереи. Поэтому в заявлении указывается «мы обязуемся не предъявлять претензии к врачу в случае рождения ребенка с аномалиями развития или с ярко выраженными отличиями от нашей национальности». Иными словами, принцип не навреди, в данной ситуации, ставится под сомнение, особенно если родится ребенок с аномалиями или внешними данными отличными от той национальности, которой принадлежат заявители. По этой причине супруги-заявители могут отказаться от ребенка, то моральное зло никак не может быть снято.

3. Более сложным является вопрос о вознаграждении доноров. Сама по себе сумма может быть интерпретирована как компенсация за потраченное время и вызванное неудобство. Однако в заявлении донора записано: «я предупрежден, что оплата за образцы спермы не будет производиться, если показатели спермограммы не будут соответствовать норме». Т.е. оплата, получаемая донором, оказывается ни чем иным как ценой за качественную сперму человека. Что это, как не купля продажа донорского материала? И еще один момент донор обязуется сообщать правдивые сведения о наследственности, перенесенных заболеваниях, выше сказанные обстоятельства подвергают сомнению правдивость донора, т.к. донор заинтересован в вознаграждении за качественную сперму.

4. ИОД некоторыми консерваторами иной раз рассматривается как одно из проявлений «селекции» человека, ведь супруги заявители могут выбирать донора по расовым и антропометрическим и иным признакам.

 5. Некоторые авторы усматривают косвенную поддержку гомосексуальных браков, особенно в тех странах, где эти браки разрешены законом. Т.е. при определенных условиях эта «супружеская пара» может иметь ребенка, где один из заявителей будет генетическим «родителем».

6. Одна из острых проблем в настоящее время связана с созданием надежной методики консервации спермы. Сохраняющаяся в замороженном состоянии сперма может быть использована в ИОМ и после преждевременной смерти мужа. Или в нашей стране впервые зарегистрирован случай, когда был рожден ребенок после смерти биологического отца. В качестве генетической матери выступал донор яйцеклетки, в качестве родительницы – «суррогатная мать». После рождения такого ребенка у бабушки (матери умершего мужчины донора) возникли проблемы правового характера. Бабушка ребенка, по нашему законодательству, может стать только опекуном, а не бабушкой, с вытекающими отсюда определенными проблемами связанными, например, с наследованием имущества и т.д.

***Другой современной репродуктивной технологией является оплодотворение «в пробирке» (IVF – In Vitro fertilization), иначе называемое «экстракорпоральным оплодотворением и переносом эмбриона» (ЭКО и ПЭ***).

Идея оплодотворения вне тела женщины возникла еще в прошлом веке, а практически к ее осуществлению приступили в 40-х годах ХХ в., когда американские ученые осуществили «зачатие в пробирке». Однако сохранить зародившуюся жизнь удалось лишь в течении нескольких часов. *Честь создания IVF метода принадлежит английским ученым – эмбриологу Р. Эдварсу и акушеру – гинекологу П. Стептоу (в июле 1978 г. в клинике Кембриджского университета родился первый «ребенок из пробирки» - Луиза Браун).*

*Отечественные ученые начали осваивать метод ЭКО и ПЭ с 70-х годов, особенно активно – в Лаборатории клинической эмбриологии РАМН. Именно здесь в 1986 г. и родился первый в нашей стране «ребенок из пробирки».*

*Показанием к применению ЭКО и ПЭ является, прежде всего, абсолютное бесплодие женщины (например, при отсутствии у нее труб или яичников).* По расчетам отечественных специалистов, в России имеется примерно 3 миллиона женщин детородного возраста, страдающих абсолютным бесплодием.

В процессе проведения ЭКО и ПЭ приходится осуществлять целую серию манипуляций с яйцеклеткой и сперматозоидами до момента их слияния.       Допустимо ли вообще подобное манипулирование с гаметами человека? Уже в «Положении» ВМА отмечается, что метод ЭКО и ПЭ в целом оправдан, так как «может быть полезен как для отдельных пациентов, так и для общества в целом, не только регулируется бесплодие, но и способствуя исчезновению генетических заболеваний и стимулированию фундаментальных исследований в области человеческой репродукции и контрацепции». В собственно этическом плане использование данной методики борьбы с бесплодием необходимо также интерпретировать как неотъемлемое право женщины (супругов) пользоваться благами научного прогресса (ст.27 «Всеобщей декларации прав человека» и ст.15 «Пакта об экономических, социальных и культурных правах»).

Через сутки с небольшим, после оплодотворения (образования зиготы) происходит первое в жизни нового биологического образования деление на 2 бластомера, а к концу третьих суток уже образуется 8 бластомеров (клеток). В соответствии с рекомендациями отечественной Инструкции по применению метода ЭКО и ПЭ, стадии 2,4,8 бластомеров считаются оптимальными для переноса в матку.

На этой стадии от манипуляций с гаметами медики переходят к манипуляциям с эмбрионами. Когда эмбрионы создаются искусственным путем и когда их приходится подвергать различным воздействиям, морально-этические и правовые проблемы статуса эмбрионов приобретают много специфических черт. Нам предоставляется обоснованной позиция, согласно которой зародыш (начиная с зиготы) обладает особым онтологическим и моральным статусом. Это означает, что эмбрион человека, в определенном смысле является носителем человеческого достоинства.

Во-первых, эмбрион не есть просто часть внутренностей женщины. Такой устаревший взгляд на его природу до сих пор исповедуют те медики, которые, например, оправдывают использование абортивных тканей в любых нужных им целях тем, что эти ткани «все равно пропадают» и что в медицине принято использовать для научных или учебных целей любой удаленный орган.

Во-вторых, особый онтологический статус эмбриона, заключается в том, что самого его существование есть звено применения метода лечения бесплодия (клинического метода как синтеза научных знаний и технологии). Искусственный путь происхождения эмбриона становится органическим моментом его бытия (так же как состояния «смерть мозга» имеет ятрогенное происхождение, т.е. является следствием предпринимаемых врачом реанимационных действий). Тогда особый моральный статус эмбриона определен этическими и правовыми нормами применения данного терапевтического метода. Например, согласно современным этическим и правовым нормам, манипуляции с человеческим зародышем InVitro допустимы лишь до момента прикрепления его к стенке матки, пока он в определенном смысле еще не представляет собой биологической ценности.

Это исключительно важное обстоятельство отражает и в современной терминологии – зародыш до 14-го дня развития многие специалисты называют «предэмбрионом» или «ранним эмбрионом». Изъятие у него одного – двух бластомеров, например для определения пола либо наличие хромосомной или генетической мутации, не оказывает повреждающего воздействия на последующее развитие.

Как известно, симулируя гиперовуляцию, врачам удается извлечь из организма женщины несколько (иногда до 10 и более) яйцеклеток. В целях повышения вероятности оплодотворения все яйцеклетки подвергаются инсеминации, и большинство из них становятся зиготами. Примерно на 3-и сутки после оплодотворения предстоит следующий важнейший этап – перенос зародыша в маку. Чтобы повысить вероятность беременности, переносят в полость матки несколько эмбрионов. Несмотря на предусматриваемое ограничение, риск многоплодной беременности остается во много раз большим, чем при естественном зачатии. Требование биоэтики и здесь является неукоснительным: пациентка, супруги должны быть информированы о степени риска о многоплодной беременности.

С целью избежать негативных последствий многоплодной беременности, которые могут быть особо опасными при применении процедур ЭКО, иногда осуществляют операцию, называемую «репродукцией эмбрионов». Иными словами, если после переноса в матку одновременно приживается более трех эмбрионов, часть из них абортируется. Такая практика, однако, в ряде стран считается юридически или этически неприемлемой.

Практика искусственного размножения человека ставит непростые вопросы и о социальном и правовом положении ребенка, появившегося на свет с помощью искусственной инсеминации или ЭКО и ПЭ. Наиболее простой ситуацией, конечно, является гомологическое оплодотворение, когда биологические и социальные родители ребенка совпадают, и вообще не возникает вопрос о законнорожденности ребенка. Однако и в таких случаях существует опасность дискриминации детей, которые появились на свет с помощью искусственного зачатия. В «Положении» ВМА в связи с этим подчеркивается: «Врач должен действовать, прежде всего, в интересах ребенка, который родится в результате процедуры». Здесь необходимо еще раз подчеркнуть *важность правила конфиденциальности в отношении любых медицинских вмешательств в репродуктивные процессы, но в особенности – метода искусственного оплодотворения.*

***Согласие супругов на применение методов искусственного оплодотворения в некоторых странах оформляется их отдельными заявлениями. В России каждый из супругов ставит свою подпись под общим заявлением.*** В медицинской практике известны случаи, когда в центре искусственного оплодотворения обращалась женщина с просьбой осуществить ей искусственное оплодотворение спермой донора, но тайно от мужа. В практике французских врачей был случай, когда к ним обратился мужчина африканского происхождения с просьбой осуществить искусственную инсеминацию двух его жен спермой донора, которые бы, однако, считали, что было произведено гомологическое искусственное оплодотворение. *Как бы ни были убедительны моральные аргументы в пользу «святого обмана» в подобных случаях, и профессиональная этика, и буква закона (а для многих также требования религиозной морали) не допускают применения методов искусственного оплодотворения без согласия обеих сторон брачного союза.*

***Чрезвычайно бурные споры ведутся вокруг «суррогатного материнства».*** Суррогатное материнство, как правило, используется при бесплодии семейной нары. Сущность этого метода состоит в том, что яйцеклетка одной женщины оплодотворяется искусственным путем, а полученный эмбрион подсаживается другой женщине, которая его вынашивает, рожает и передаст семейной паре. При этом одна женщина называется донором (или генетической матерью), а другая (вынашивающая ребенка) – суррогатной матерью.

Возможно и так называемое частичное суррогатное материнство, когда женщина – суррогатная мать одновременно выступает и донором яйцеклетки. В этом случае она же является и генетическим родителем.

***К основным моральным проблемам, связанным с суррогатным материнством, относятся следующие.***

* *1. Разрушение целостности семейных отношений. Суррогатное материнство становится все более доступным и массовым, что не может не вызвать озабоченность с точки зрения традиционных представлений о семье и семейных ценностях.*
* *2. Проблема установления материнства и права матери. В различных странах этот вопрос регулируется по-разному. Имеется немало случаев, когда суррогатная мать отказывалась возвращать ребенка в семейную пару. Действительно, ситуация, когда у ребенка сразу две матери, создает острые конфликты. С помощью правового регулирования стремятся разрешить или хотя бы смягчить эту проблему.*
* *3. Общее количество родителей. Теоретически, если использовать донорство половых клеток, возможно наличие максимально пяти родителей у ребенка(!). Это женщина-донор, мужчина-донор, суррогатная мать и семейная пара – заказчик (социальные родители). Очевидно, что это совершенно экстраординарная ситуация.*
* *4. Суррогатное материнство даст возможность стать матерью в неограниченно пожилом возрасте. Это подрывает все традиционные понятияо материнстве вообще, а также создает угрозу правам ребенка, так как вряд ли естественный уход и забота о ребенке возможны при наличии престарелой матери.*
* *5. Коммерциализация деторождения ведет к тому, что суррогатная мать, вынашивая ребенка за вознаграждение, становится товаром, женщиной – инкубатором.*
* *6. Моральные и психологические проблемы ребенка – они могут быть довольно острыми, если он узнает о своем происхождении.*

***Тестовые задания***

*Выберите один правильный ответ*

1. СУРРОГАТНОЕ МАТЕРИНСТВО В РОССИИ

а) разрешено законом

б) не разрешено законом

в) законодательство по этой проблеме отсутствует

г) закон об суррогатном материнстве находится на стадии обсуждения

д) разрешено законом, но не реализовано в практическом здравоохранении

2. ПЕРВЫЙ ИЗВЕСТНЫЙ ОПЫТ ИССКУСТВЕННОЙ ИНСЕМИНАЦИИ БЫЛ ОСУЩЕСТВЛЕН

а) Спаланцани

б) Жерар

в) Иванов

г) Ильин

3. СОЗДАТЕЛЕМ ТЕХНОЛОГИИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

а) В. Демихов

б) К. Бернард

в) Р. Эдвардс

г) Т. Мальтус

д) З. Фрейд

4.ПЕРВЫЙ РЕБЕНОК, ЗАЧАТЫЙ ПУТЕМ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛАДОТВОРЕНИЯ РОДИЛСЯ В

а) 1901 г.

б) 1978 г.

в) 1990 г.

г) 2001 г.

д) 1988 г.

5.ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЕ (ЭКО) В НАШЕЙ СТРАНЕ ВПЕРВЫЕ БЫЛО ПРОВЕДЕНО

а) в 1900 г.

б) в 1960 г.

в) в 1986 г.

г) в 1996 г.

д) в 2000 г.

6.НА ПРИЗНАНИЕ ЭТИЧЕСКОЙ ДОПУСТИМОСТИ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА ПРИ ИСКУССТВЕННОМ ОПЛОДОТВОРЕНИИ IN VITRO В ИСЛАМЕ ВЛИЯЕТ

а) допущение, что вынашивающей матерью может быть вторая жена мужа

б) запрещение донорства яйцеклеток

в) оценка суррогатного материнства как морально недопустимого явления

7.ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЗАПРЕЩАЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

а) в целях выбора пола будущего ребенка

б) для предотвращения наследования тяжелого заболевания, сцепленного с полом

в) при аномалиях развития половых органов

г) при мужском бесплодии

д) при женском бесплодии

8.ЯЙЦЕКЛЕТКИ, НЕ ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ В ПРОЦЕДУРЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ МОГУТ БЫТЬ

а) уничтожены с согласия донора

б) уничтожены без согласия донора

в) подвергнуты криоконсервации без согласия донора

г) оплодотворены и подвергнуты криоконсервации без согласия донора

д) использованы в научных целях без согласия донора

9.ПРОЦЕДУРА «СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА» ЗАПРЕЩЕНА В

а) Италии

б) России

в) Франции

г) Нидерландах

д) Швецарии

10.ПОКАЗАНИЕМ К «СУРРОГАТНОМУ МАТЕРИНСТВУ» ЯВЛЯЕТСЯ

а) острое воспалительное заболевание органов репродуктивной сферы

б) патология, при которой вынашивание беременности невозможно

в) инвалидность супруга

г) нежелание женщины вынашивать беременность

д) иммунологическая несовместимость

11.СУРРОГАТНОЕ МАТЕРИНСТВО - ЭТО

а) вид эвтаназии

б) решение женщины дать жизнь ребенку без дальнейшего выполнения материнских обязанностей

в) генетическое исследование

г) вид клонирования

д) метод трансплантации