Московское Общество Православных Врачей
Международная общественная организация
«Союз православных женщин»

А.В. Недоступ
Р.Н. Гетманов

«ЭТИЧНОЕ» ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ И РИСКИ

В помощь священнослужителям и мирянам
Русской Православной Церкви

РУССКИЙ ПЕЧАТНЫЙ ДОМ
Москва
2021

УДК 612.647
ББК 57.161.1
Н42

Редакционная коллегия:
Священник Максим Обухов, священник Феодор Клепко,
священник Олег Шляхтенко, Колкова Ю.М.

Недоступ А.В., Гетманов Р.Н.

«Этичное» экстракорпоральное оплодотворение.
Ответственность и риски. В помощь священнослужителям и мирянам
Русской Православной Церкви. - М.: ООО «РУССКИЙ ПЕЧАТНЫЙ ДОМ»,
2021. – 48 с.

Прежде, чем решить вопрос о благословении на ЭКО, необходимо оценить всю ответственность данного шага. Это издание расскажет вам о многочисленных последствиях и рисках вспомогательных репродуктивных технологий с точки зрения медицины, психологии и вопросов веры.

Александр Викторович Недоступ, доктор медицинских наук,
профессор Московской медицинской академии имени И. М. Сеченова,
председатель Московского общества православных врачей.

Гетманов Роман Николаевич, врач высшей категории перинатального
центра больницы имени Е.О. Мухина.

При поддержке:
Благотворительный фонд защиты семьи, материнства и детства имени
Святителя Николая Чудотворца

+7 (988) 750-95-49 info@Lifemodels.ru
ISBN 978-5-6042753-7-5

© Колкова Ю.М.

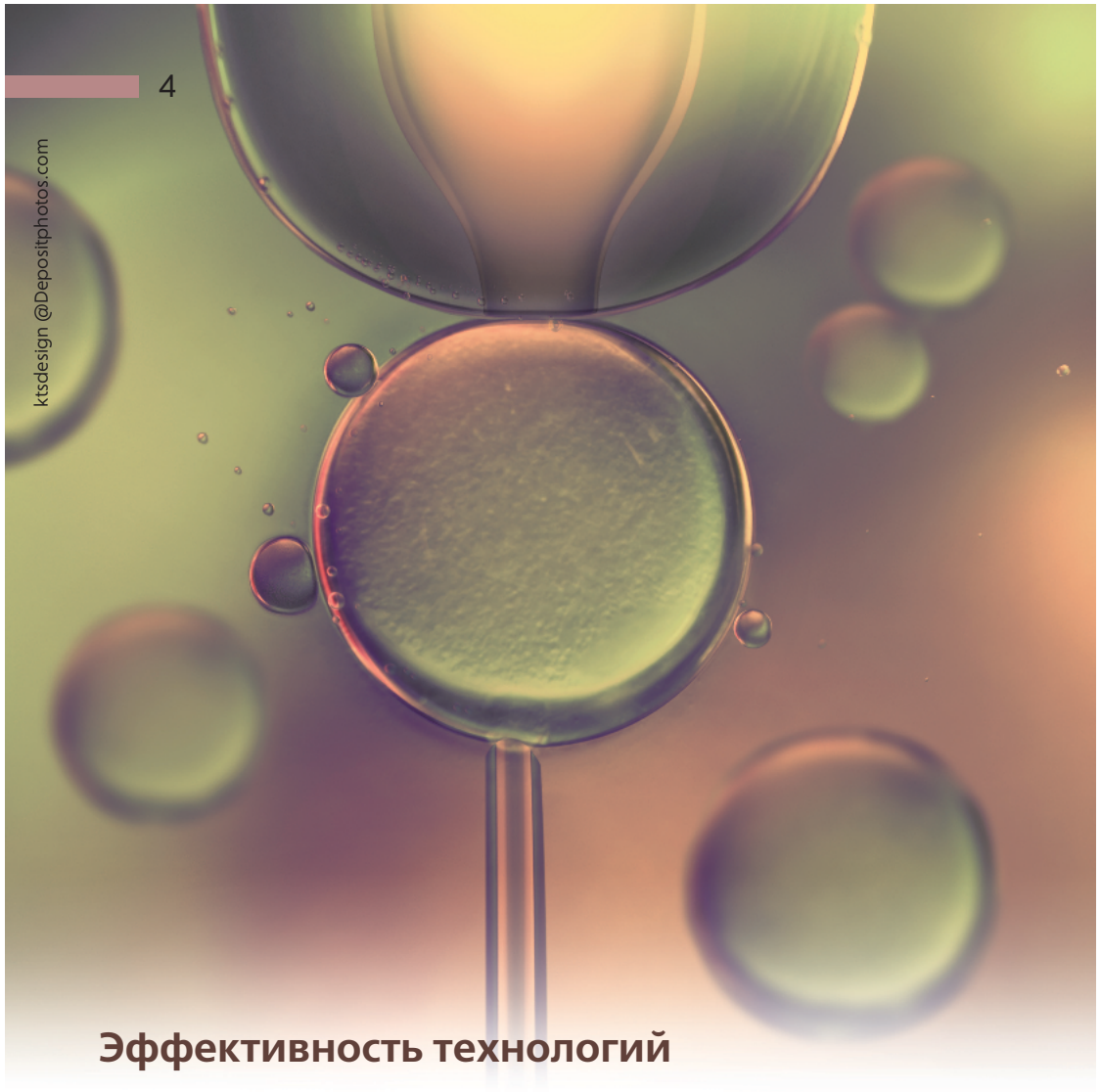
Введение

ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение) — это индустрия с многомиллиардными оборотами, агрессивно использующая сложное психологическое состояние женщин в свою пользу. ЭКО не является лечением бесплодия и несет в себе проблемы этического, медицинского и юридического характера.

Коммерциализация рынка вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) сделала его привлекательным для клиник, которые пересекаются с интересами фармацевтических и технологических компаний, а также политических движений, заинтересованных в изменении культурных и нравственных норм общества вплоть до евгеники и трансгуманизма. Немаловажным фактором является внушительный уровень государственных дотаций из средств налогоплательщиков (миллиарды рублей ежегодно), что вместе с коммерческими заказами составляет десятки миллиардов рублей. Понятно, почему участники рынка ВРТ не заинтересованы в распространении информации, о негативных последствиях применения ЭКО и других ВРТ.

Вспомогательные репродуктивные технологии

Это способы зачатия детей, происходящие вне тела матери (ЭКО). При этом половые клетки и эмбрионы могут использоваться либо непосредственно, либо замораживаться с целью их длительного хранения.


ktsdesign @Depositphotos.com

Эффективность технологий

Врачи утверждают, что благодаря ВРТ помогают женщинам обрести материнство. Однако средние результаты эффективности ЭКО колеблются от 40% у женщин в возрасте до 35 лет до 10–13% у женщин старше 50 лет. При этом стоит учитывать, что под результатом имеется в виду наступление беременности, но не ее благополучное разрешение родами со здоровым ребенком [11].

Виды репродуктивных технологий и как они осуществляются

Этапы ЭКО:

1. Овариальная стимуляция.

2. Пункция фолликулов яичников для получения ооцитов.

3. Инсеминация ооцитов специально подготовленной спермой мужа (партнера) методом простого ЭКО или путем инъекции сперматозоида в цитоплазму ооцита (ИКСИ).

4. Культивирование эмбрионов.

5. Перенос эмбрионов в полость матки.

6. Криоконсервация эмбрионов.

7. Разморозка криоконсервированных эмбрионов.

8. Внутриматочное введение размороженных эмбрионов.

9. Криоконсервация половых клеток (ооцитов, сперматозоидов).

ЭКО ИКСИ

ИКСИ (от англ. *ICSI — Intra Cytoplasmic Sperm Injection*, введение сперматозоида в цитоплазму) — один из вспомогательных методов искусственного оплодотворения, который используют при патологии подвижности сперматозоидов. Врач под микроскопом с помощью специальных манипуляторов помещает сперматозоид в стеклянную микроиглу, затем прокалывает яйцеклетку и вводит сперматозоид внутрь нее. В питательной среде в течение 2–5 дней созревают несколько эмбрионов, 1–3 из которых переносятся в полость матки. Оставшиеся эмбрионы уничтожаются или замораживаются [7].

РИСКИ ЭКО ДЛЯ МАТЕРИ

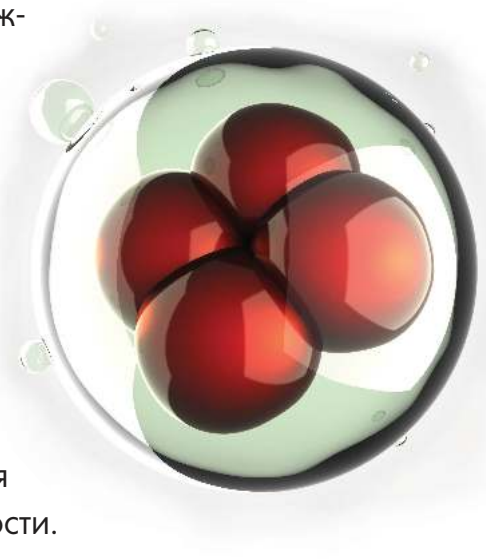
Проблема информирования

При подписании обязательного добровольного информированного согласия пациентка не узнает о смертельных случаях от гиперстимуляции яичников или случаях хищения яйцеклеток и эмбрионов [46]. Часто единственным источником информации для нее становятся лишь рекламные материалы о репродуктивных технологиях. Пары, решившие прибегнуть к помощи ВРТ, изначально настроены на получение положительных результатов, что резко снижает возможность критической оценки информации.

Риски при овариальной стимуляции

Стимуляция овуляции с помощью гормонов проводится с целью достичь одновременного созревания нескольких яйцеклеток. Это противоестественно, так как обычно у женщины созревает только одна яйцеклетка. **Такая стимуляция может вызвать синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ).**

Гиперактивная выработка гормонов эстрогенов и прогестерона ведет к разрушению эндотелия (клеток, которые выстилают сосуды) и повышению проницаемости кровеносных сосудов. Плазма крови скапливается в естественных полостях и межклеточном пространстве мягких тканей. При легкой форме СГЯ вызывает тошноту и боли внизу живота, а при критической — почечную недостаточность и тромбоэмболию.



videodoctor @Depositphotos.com

СГЯ может проявиться как сразу, так и после завершения ЭКО и наступления беременности. В этом случае производится прерывание беременности. Лечение СГЯ варьируется от амбулаторного в легких случаях до стационарного в критических. Тогда протокол ЭКО прерывают в связи с угрозой жизни пациентки. У пациентки может развиться синдром преждевременного истощения яичников. То есть они перестают секретировать необходимые

гормоны и производить яйцеклетки еще в репродуктивном возрасте. Это состояние называют ранним климаксом.

Осложнения после пункции фолликулов яичников

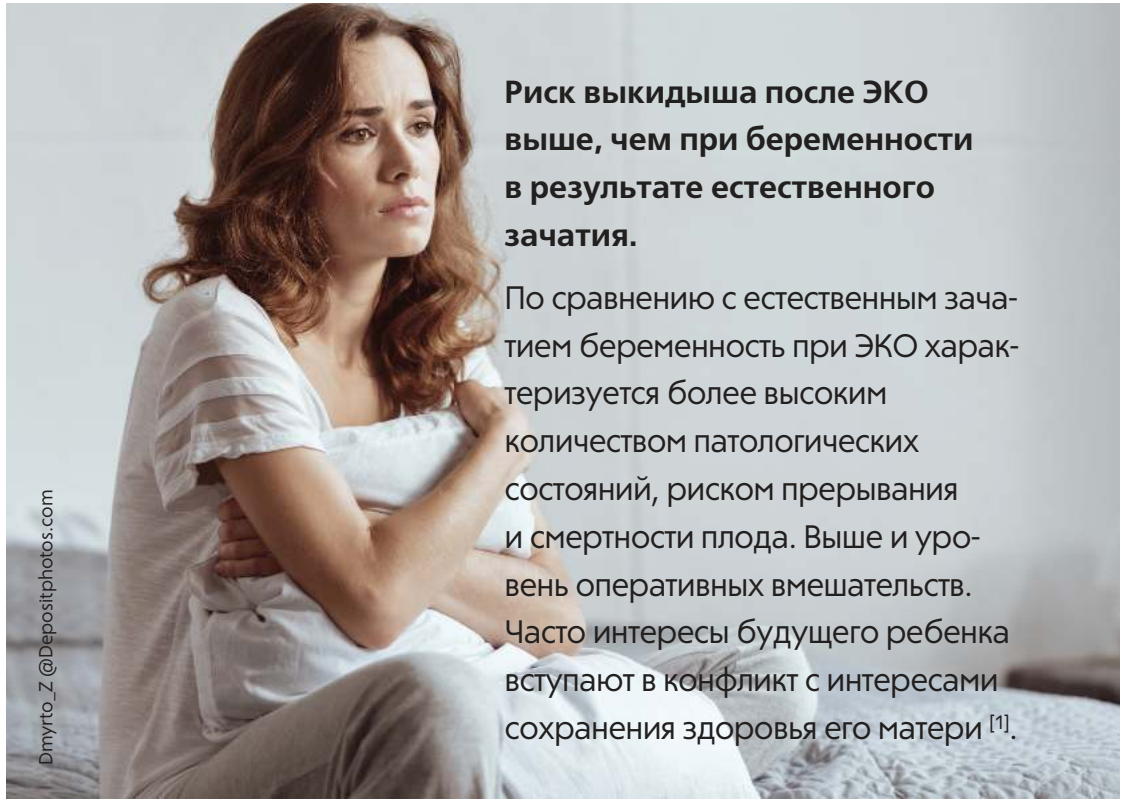
Пункция — это прокол созревших фолликулов и отбор яйцеклеток. На месте проколотых фолликулов образуются желтые тела. В некоторых случаях процесс сопровождается кистозным увеличением яичников, которое проходит через несколько недель. Возможно смещение увеличенных органов и вероятность разрыва и перекрута яичников. Тогда требуется немедленная операция вплоть до удаления яичников. Также могут возникнуть кровотечение, нагноение, несостоятельность швов, повреждение мочевого пузыря, кишечника и других соседних органов.

При отсутствии адекватного лечения этих последствий ЭКО существует прямая угроза жизни женщины.

Негативные последствия при переносе эмбрионов

На 3–5-й день развития эмбрионов производится их перенос в полость матки через цервикальный канал с помощью тонкого катетера. На этом этапе возникает риск развития кровотечения или инфекционного процесса.

Риски во время вынашивания ребенка



Dmyrto_Z @Depositphotos.com

Риск выкидыша после ЭКО выше, чем при беременности в результате естественного зачатия.

По сравнению с естественным зачатием беременность при ЭКО характеризуется более высоким количеством патологических состояний, риском прерывания и смертности плода. Выше и уровень оперативных вмешательств. Часто интересы будущего ребенка вступают в конфликт с интересами сохранения здоровья его матери [1].

Возможен ли протокол с одним эмбрионом?

Чем старше пациентка, тем меньше шансов на удачный исход ЭКО, поэтому репродуктологи переносят в полость матки сразу несколько эмбрионов. Но многоплодная беременность чаще всего протекает с развитием осложнений и нередко заканчивается преждевременными родами. Поэтому производится редукция (то есть убийство) второго и/или третьего эмбриона. В 7–9% случаев процедура заканчивается выкиды-

шем и оставшегося плода. Кроме того, у оставшегося эмбриона после рождения может появиться синдром «исчезнувшего близнеца» [31, 40, 14].

Порядка 50% беременностей при ЭКО являются многоплодными [44, 26].

Хронические воспалительные процессы в органах малого таза

После процедуры ЭКО хронические воспалительные процессы в области малого таза могут обостряться. Это приводит к различным осложнениям беременности, в том числе и к инфицированию плода. В этом случае пациенткам приходится принимать дополнительные медикаменты, что отрицательно влияет на течение беременности.

Стоит задуматься...

В целом можно сказать, что зачастую бесплодие — своеобразная естественная защита организма от рисков, связанных как с рождением больных детей, так и со здоровьем матери. Бесплодие может быть вызвано плохой наследственностью, хроническими заболеваниями, возрастом и накопленными мутациями. Преодолевая естественную защиту организма через насильственную беременность при помощи ЭКО, мы нарушаем природу со всеми вытекающими последствиями.

РИСКИ ДЛЯ РЕБЁНКА

Научные исследования свидетельствуют о повышенном риске для детей, рожденных после ЭКО. Это различные перинатальные состояния (недоношенность, малый вес, врожденные пороки развития), а также последствия этих состояний (угроза неонатальной и младенческой заболеваемости и смертности, субоптимальных неврологических исходов, хирургических вмешательств из-за частоты врожденных аномалий развития) [11].

Распространенность нехромосомных врожденных дефектов

У детей, рожденных с помощью ЭКО, чаще наблюдаются сердечно-сосудистые, урогенитальные, хромосомные и костно-мышечные дефекты. На 40% чаще такие дети рождаются с нехромосомным врожденным дефектом (например, расщелина губы и/или неба или врожденный порок сердца) [26].

Риск серьезных врожденных дефектов после ИКСИ и ЭКО

Младенцы, зачатые с помощью ИКСИ или ЭКО, имеют в 2–3 раза более высокий риск серьезного врожденного дефекта, чем зачатые естественным путем. В результате исследования, проводившегося в течение пяти лет учеными Западной Австралии, было установлено, что к первому году жизни до 9% детей, зачатых с помощью ИКСИ или ЭКО, имели серьезный врожденный дефект. Это более чем в 2 раза выше, чем при естественном зачатии [35].

irinaK81 @Depositphotos.com

Современные данные также подтверждают повышенный (в 1,3-2,0 раза) риск врожденных пороков развития у детей, рожденных после ВРТ [16].

Факторы, увеличивающие риски врожденных дефектов

Факторами, увеличивающими риски врожденных дефектов для ребенка, могут быть причины бесплодия, возраст бесплодных пар, побочные эффекты от лекарств, используемых для индукции овуляции или поддержания беременности на ранних стадиях. Процедуры замораживания эмбрионов, половых клеток, задержка оплодотворения яйцеклетки также увеличивают такой риск.

Наследственное бесплодие детей, рожденных после ЭКО

Мальчики, рожденные с помощью ИКСИ, могут унаследовать бесплодие своего отца. Согласно данным ВОЗ, у них в четыре раза больше шансов иметь низкое качество спермы. Это связано с тем, что выбор ИКСИ для их зачатия в первую очередь был обусловлен плохим качеством спермы отца, которое чаще всего имеет генетическое происхождение. Если такие гены будут унаследованы сыном, то будущим поколениям этих детей также придется прибегнуть к ВРТ, чтобы стать родителями [27]. «Потребуется дорогостоящее медицинское лечение, чтобы им произвести на свет собственное потомство», — считает профессор Джон Эйткен [42].

Общее состояние здоровья и развития детей, рожденных после ЭКО

У детей, появившихся на свет в результате ЭКО, в два раза больше врожденных аномалий развития, риск онкологических заболеваний, отклонений в росте, психомоторном и физическом развитии, эндокринных нарушений. Количество крупных пороков развития выше на 40%, чем у детей, рожденных при естественном зачатии [12, 51, 48, 43, 18].

Убийство эмбрионов и манипуляции с человеческими жизнями

Криоконсервация эмбрионов и отложенное материнство

Суть технологии криоконсервации заключается в глубоком замораживании клеток и тканей в целях сохранения «избыточных» эмбрионов для последующей их разморозки и использования. Однако 70% родителей, имеющих замороженные эмбрионы, откладывают принятие решения об их судьбе на 5 и более лет [41], и только 54% готовы использовать их для повторной беременности [39].

В результате количество замороженных эмбрионов постоянно растет. Только в США к 2018 году зафиксировано около 1 млн замороженных эмбрионов [30]. Однако с возрастом из-за естественных изменений в женском организме увеличивается вероятность рождения ребенка с врожденными дефектами. Ложная надежда на отложенное материнство, которую обещает криоконсервация, часто оборачивается личной трагедией.

В настоящее время нет обоснованных научных данных ни о последствиях перенесенной заморозки, ни о ее безопасных сроках.

Избыточное количество эмбрионов

Метод ЭКО основан на гиперстимулированных циклах, когда у женщины получают большое количество яйцеклеток и, соответственно, избыточное количество эмбрионов. «Лишние» эмбрионы замораживаются. Это ведет к накоплению неиспользованных эмбрионов. Такая практика ставит под угрозу будущую человеческую жизнь на ранней стадии развития.

Дальнейшая судьба «лишних» эмбрионов

Чаще всего неиспользованные эмбрионы после успешного ЭКО ждет элиминация, уничтожение (убийство), повторное ЭКО, передача другой паре, передача для исследовательских целей, передача прав на них на усмотрение клиники.

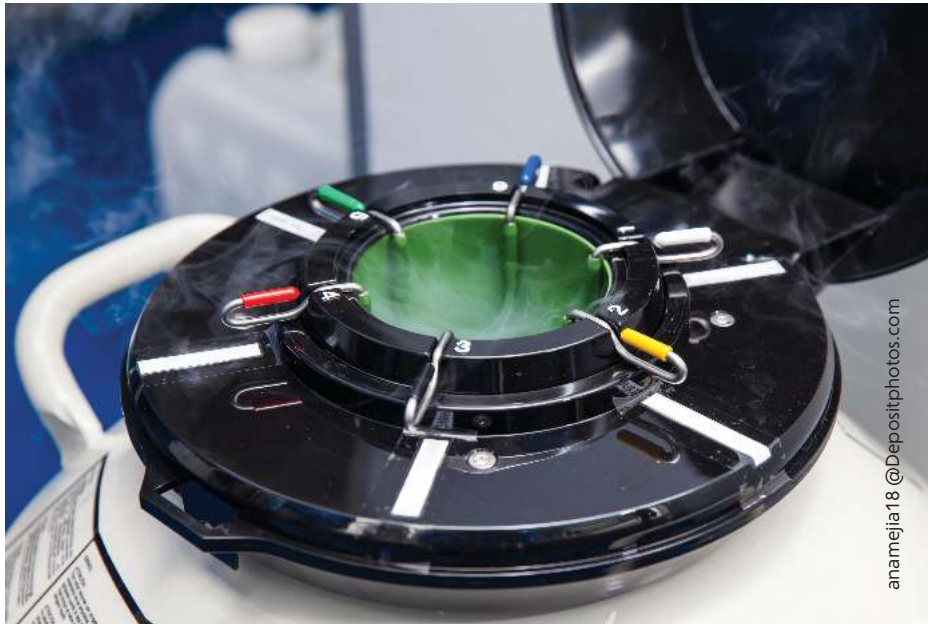
Элиминация

Передача эмбрионов для исследовательских целей не может быть оправдана, так как эксперимент, скорее всего, причинит им вред. Даже если гипотетически такой вред им не будет причинен, то все равно окончанием эксперимента станет утилизация модифицированных эмбрионов. Элиминация эмбрионов является безусловным злом, поскольку приравнивает их к биологическому материалу. Христианская биоэтика утверждает, что человек даже на стадии эмбриона является уникальной личностью.
Уничтожение эмбриона — это убийство.

Криоконсервация и донорство яйцеклеток (ооцитов)

При ЭКО криоконсервация яйцеклеток требует их большого количества с расчетом на проведение повторных процедур оплодотворения. Это объясняется тем, что даже полностью здоровые оплодотворенные яйцеклетки не всегда приживаются в матке после имплантации. Благодаря гормональной стимуляции яичников за 1 менструальный цикл в организме женщины образуется не 1, а 5-8 созревших ооцитов. 1-2 из них отбираются непосредственно для процедуры оплодотворения, остальные замораживаются для дальнейшего использования [9].

Возможность оплодотворения спермой донора, которую дает заморозка ооцитов [10], актуальна для тех случаев, когда



матерью решает стать незамужняя женщина или пара нетрадиционной сексуальной ориентации, что в корне противоречит позиции Церкви, так как порочно по сути и лишает ребенка отца.

Риски криоконсервации:

1. Потеря части эмбрионов в процессе замораживания и размораживания.

2. Отсутствие гарантии наступления беременности. В среднем после криоконсервации приживаются только 10–15% эмбрионов.

3. Возможные скрытые последствия: мутации, низкая жизнеспособность, снижение качества генетического материала и, как следствие, влияние на здоровье. Это же относится к замораживанию половых клеток.

Ложная надежда на криоконсервацию

Женщина, имея возможность откладывать беременность на неопределенный срок, получает некую уверенность в том, что она сможет родить ребенка в любой момент. К сожалению, это не всегда возможно в силу причин как социального, так и физиологического характера. Зачастую семья, чей эмбрион подвергнут криоконсервации, оказывается перед сложным выбором: если использовать его невозможно, то остается уничтожить или платить за содержание в замороженном виде.

Отбор качественных и некачественных эмбрионов — неотъемлемая часть ЭКО

В связи с низкой приживаемостью существует процедура выборочного переноса одного эмбриона (eSET), при которой из множества доступных эмбрионов выбирается только один, который помещается в матку или маточную трубу. О судьбе остальных мы упоминали выше (заморозка или уничтожение) [52].

Даже при условии технически возможного полного скрининга генома эмбриона трудно прогнозировать дальнейшее формирование генотипа и последствия геномных событий [13]. Возможности определения жизнеспособности эмбриона в клинических условиях весьма ограниченны и в большинстве случаев основываются лишь на морфологии и скорости деления клеток эмбриона [32]. В среднем лишь одна из трех подсадок отобранных эмбрионов влечет за собой наступление беременности [29].

Для увеличения шансов наступления успешной беременности после ЭКО порядка 57,4% российских клиник осуществляют перенос двух и более эмбрионов [16]. Это может привести к многоплодной беременности, что в свою очередь сопровождается увеличением риска преждевременных родов и последующих осложнений, таких как детский церебральный паралич, задержка внутриутробного развития и др. [28].

Методы диагностики. ПГД, ПГС, ПНД

С каждым годом возрастает доля циклов ЭКО/ИКСИ с применением преимплантационной генетической диагностики (ПГД) или генетического скрининга (ПГС). На сегодняшний день это единственные методики, которые позволяют предотвратить зачатие ребенка с серьезной генетической патологией. Результативность ЭКО с ПГД может достигать 45–53% (уровень наступления клинической беременности) [37].

Преимплантанционный генетический скрининг не дает 100% гарантии обнаружения генетических дефектов, поэтому после успешного начала беременности, на достаточно больших сроках (начиная с 10-й недели), проводится пренатальная диагностика (ПНД). В случае выявления генетической патологии перед родителями встает вопрос об искусственном прерывании беременности или подготовке к рождению больного ребенка.

ПГД, проводимая на ранних эмбриональных стадиях, позволяет избежать необходимости искусственного прерывания беременности (но не убийства эмбриона).

ПНД и ПГД, и особенно ПГС, могут быть использованы для целей, не несущих медицинской целесообразности, далеких от представлений биоэтики, вплоть до евгеники, что поднимает вопрос о введении более строгих правовых ограничений на использование данных технологий [24].

murrstock@yandex.ru @Depositphotos.com

Возможные риски ПГД

С помощью методов ПГД могут быть обнаружены около 90% от аномальных эмбрионов. Относительно большое число яйцеклеток или эмбрионов может быть признано ненормальным и уничтожено. В 11% случаев уничтожались все яйцеклетки или эмбрионы.

Вполне возможно, что нормальный эмбрион может быть неправильно определен как ненормальный и не перенесен, или **аномальный эмбрион неправильно определен как нормальный и перенесен в матку**. Даже после успешной процедуры ПГД беременность может не наступить.

Цена ошибки ПГД — последствия хромосомных заболеваний

В настоящее время известно более 700 заболеваний, вызванных изменением числа или структуры хромосом. Последствиями неверно определенных эмбрионов при ПГД могут быть:

- **синдром Дауна** — самая распространенная хромосомная патология;
- **синдром Патау** — множественные пороки развития, идиотия, часто — полидактилия, нарушения строения половых органов, глухота;

- **синдром Эдвардса** — нижняя челюсть и ротовое отверстие маленькие, глазные щели узкие и короткие, ушные раковины деформированы; 60% детей умирают в возрасте до 3 месяцев, до года доживают лишь 10%.

С нарушением числа половых хромосом связаны такие болезни, как:

- **синдром Шерешевского – Тернера** — низкорослость, половой инфантилизм, бесплодие и др.;

- **полисомия по X- или Y-хромосоме** — незначительное снижение интеллекта, повышенная вероятность развития психозов и шизофрении с неблагоприятным типом течения;

- **синдром Клайнфельтера** — евнуховидный тип сложения, гинекомастия, половой инфантилизм, бесплодие и др.

Болезни, причиной которых является полиплоидия (увеличение количества хромосомных наборов), почти всегда летальны до рождения.

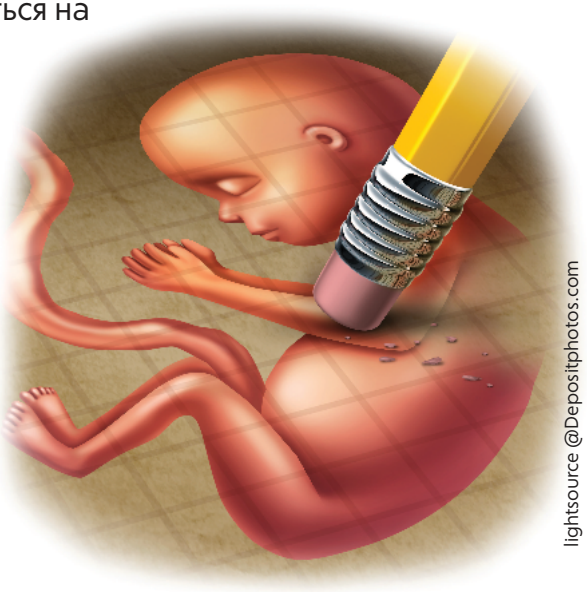
Делеции — потери участка хромосомы. Например, синдром «кошачьего крика» — необычный плач детей, напоминающий мяуканье или крик кошки. Это связано с патологией гортани или голосовых связок. Наиболее типичным, помимо «кошачьего крика», является умственное и физическое недоразвитие, микроцефалия [4, 25, 2].

Редукция эмбрионов

В каждом втором случае успешного ЭКО наступает многоплодная беременность, которая несет прямую угрозу жизни матери [2].

Полностью избежать риска многоплодной беременности невозможно — даже одна яйцеклетка после оплодотворения может спонтанно разделиться на несколько своих копий [15].

Развитие многоплодной беременности сопровождается увеличением риска преждевременных родов и последующих осложнений, таких как детский церебральный паралич, задержка внутриутробного развития и др. [28].



lightsource @Depositphotos.com

Неготовность семьи к более, чем одному ребенку и возможные осложнения во время беременности, родов и в перинатальном периоде у новорожденных, связанные с многоплодием, официально считаются показаниями для операции редукции остальных (то есть убийства во чреве матери). Это полностью противоречит нормам христианской морали.

AntonMatyukha @Depositphotos.com

Методы редукции

Редукция — это процедура умерщвления «лишних» эмбрионов/плодов возрастом от 5 до 13 недель и удаления их останков.

Редукция может проводиться трансцервикальным (на сроке 5–6 недель), трансвагинальным (7–8 недель) или трансабдоминальным (8–13 недель) методами.

При трансцервикальном методе катетер с вакуумным аспиратором через канал шейки матки подводится к плодному яйцу и эмбрион уничтожается. Операция проводится без наркоза.

При трансвагинальном методе под общим наркозом через прокол в центре матки в область грудной клетки эмбриона иглой делают инъекцию раствора хлорида калия и эмбрион умирает. Останки плода остаются в полости матки.

Трансабдоминальный метод отличается от предыдущего тем, что игла вводится не через прокол в матке, а через брюшную стенку.

Возможные осложнения при редукции

Более, чем у 60% женщин после проведенной редукции возникает угроза самопроизвольного прерывания беременности, у каждой второй из этого числа беременность завершается выкидышем.

При редукции возможно заражение, повреждение соседних эмбрионов, неправильная дозировка вещества для убийства эмбриона. После редукции может развиться внутриматочное кровотечение, воспалительный процесс или повыситься тонус мышц матки.

Оставшиеся эмбрионы могут погибнуть, а поврежденный эмбрион — продолжить развитие.

Останки удаленного плода могут травмировать ткани матки, что может стать причиной выкидыша через 2–8 недель после операции.

Убийство родителями своих детей во чреве

Информационно-рекламные материалы, которые можно в большом количестве найти в любой женской консультации, будут содержать такие слова, как «редукция», «элиминация», для описания данной операции, но суть ее — убийство.

Осознание содеянного в дальнейшем может очень негативно сказаться на психологическом состоянии родителей [15].

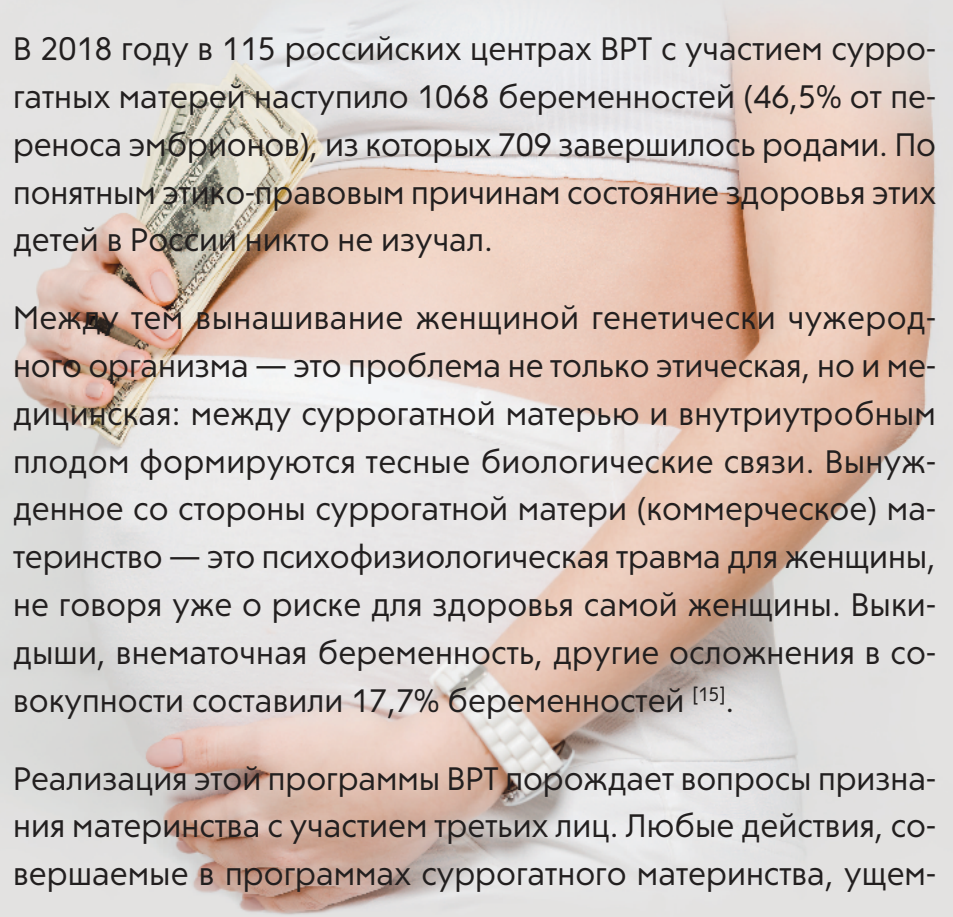
Хетчинг

Это полное или частичное разрушение защитной оболочки эмбриона для его успешной имплантации. Хетчинг применяют как на ранней стадии развития эмбриона в течение 3–4 дней после оплодотворения, так и при образовании бластоцисты. Обычный хетчинг проводится при помощи лазера, который постепенно разрушает оболочку зародыша либо частично (вспомогательный хетчинг), либо полностью (полный хетчинг). При этом возможно использование специального клея, который приклеивает «оголенный» эмбрион к эндометрию (EmbryoGlue-хетчинг). Операция, по сути, безнравственна из-за манипуляций с живым эмбрионом [5].

Суррогатное материнство

Суррогатное материнство — технология, при которой в матку подсаживают чужой эмбрион

Аморальная процедура суррогатного материнства запрещена во многих странах, однако в России суррогатное материнство (как правило, коммерческое) разрешено Федеральным законом от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».



IgorVetushko @Depositphotos.com

В 2018 году в 115 российских центрах ВРТ с участием суррогатных матерей наступило 1068 беременностей (46,5% от переноса эмбрионов), из которых 709 завершилось родами. По понятным этико-правовым причинам состояние здоровья этих детей в России никто не изучал.

Между тем вынашивание женщиной генетически чужеродного организма — это проблема не только этическая, но и медицинская: между суррогатной матерью и внутриутробным плодом формируются тесные биологические связи. Вынужденное со стороны суррогатной матери (коммерческое) материнство — это психофизиологическая травма для женщины, не говоря уже о риске для здоровья самой женщины. Выкидыши, внематочная беременность, другие осложнения в совокупности составили 17,7% беременностей [15].

Реализация этой программы ВРТ порождает вопросы признания материнства с участием третьих лиц. Любые действия, совершаемые в программах суррогатного материнства, ущем-

ляют не только интересы и права ребенка, рожденного суррогатной матерью, но и ее собственных детей. На практике эти проблемы вытекают из традиционного материнского приоритета женщины, выносившей ребенка, и требований, которые суррогатные матери могут предъявлять после его рождения. Правовые сложности делают суррогатное материнство одной из наиболее уязвимых программ репродуктивных технологий.

Безнравстенность суррогатного материнства заключается в представлении суррогатной матери и ее тела как «средства производства», а самого материнства — как трудовой деятельности. Ребенок перестает быть целью сам по себе и становится предметом торгово-денежных отношений [45].

Часто практикуется «социальное бесплодие» — нежелание здоровой женщины вынашивать собственного ребенка, что абсолютно недопустимо [22].

Самой природой обусловлены биологические механизмы [38], в результате которых между матерью и плодом формируется тесное взаимодействие [3], что способствует полноценному развитию ребенка [6].

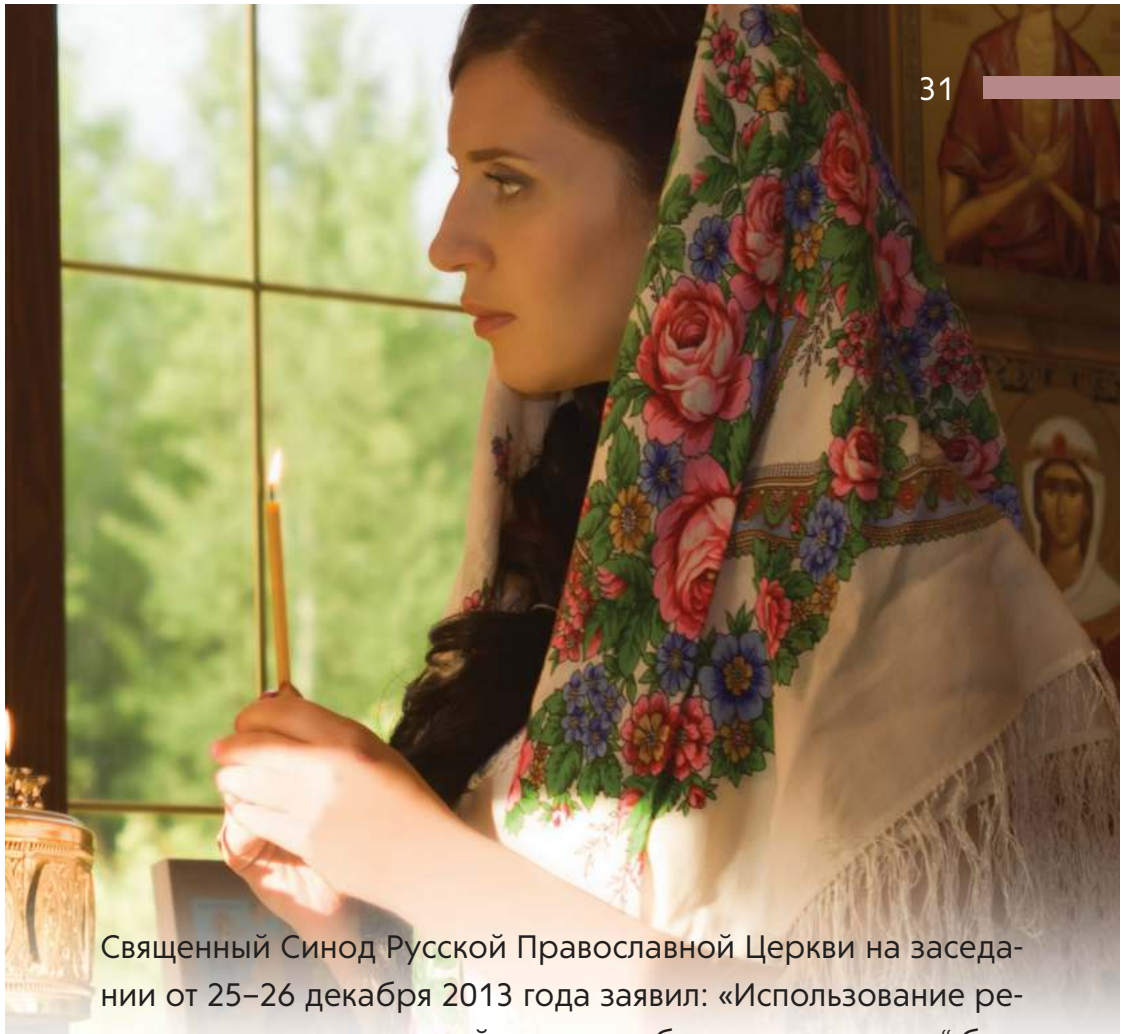
Отнятие ребенка от родившей его матери наносит удар по развитию его когнитивных способностей. У ребенка формируется привязанность к родившей его женщине с первых моментов его жизни непосредственно после родов. Это помогает ему развиваться психологически в окружающем мире внешних воздействий [47].

Суррогатное материнство подрывает сами основы материнства: мать больше не является матерью, она — лишь «гестационный курьер» для заказчика. При этом суррогатным матерям сложно рассматривать себя лишь как средство. Многим из них хотелось бы поддерживать отношения с семьей заказчика, иногда навещать ребенка, что влечет за собой уже юридические проблемы [49].

Отнятие ребенка вредит и здоровью суррогатной матери: это остановка лактации, психологическая травма и др.

Отношение Церкви к суррогатному материнству

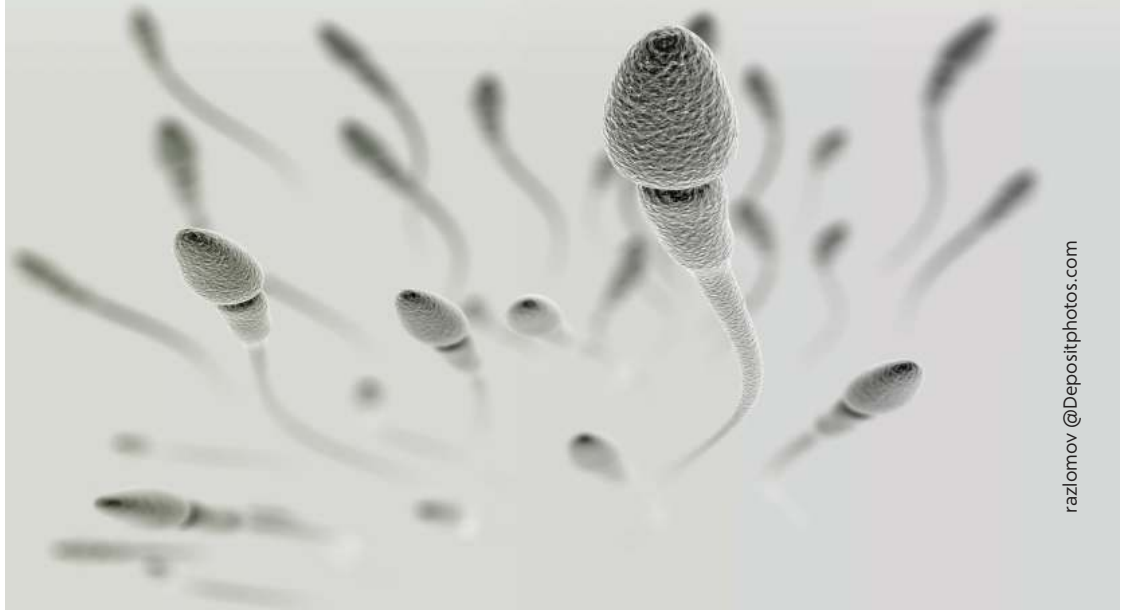
Суррогатное материнство категорически осуждается Церковью. Секулярный подход гражданского законодательства редуцирует репродукцию человека до простого биологического акта с выведением за грань этического таких характеристик супружеского союза, как верность, преданность, ответственность. «Церковь исходит из основанных на Божественном Откровении представлений о жизни как бесценном даре Божием, о неотъемлемой свободе и богоподобном достоинстве человеческой личности» [20].



Священный Синод Русской Православной Церкви на заседании от 25–26 декабря 2013 года заявил: «Использование репродуктивных технологий с целью „обеспечения детьми“ бесплодных пар… постепенно превращается в доходный бизнес… таинство рождения человека становится предметом торгово-денежных отношений. На смену богозаповеданному супружеству… приходит „рынок репродуктивных услуг“, готовый удовлетворить любой запрос потребителя на искусственное рождение ребенка в соответствии с заданными параметрами» [19].

Demian @Depositphotos.com

При донорстве половых клеток сперма мужа оплодотворяет яйцеклетку другой женщины (не жены), что является прелюбодеянием. Манипуляции же, связанные с донорством половых клеток, нарушают целостность личности и исключительность брачных отношений, допуская вторжение в них третьей стороны [20]. Так, святой Иоанн Златоуст считал беременность жены ребенком своего мужа неотъемлемой частью брачного единения: «А каким образом они бывают в плоть едину? Все равно, как если бы ты отделил самое чистое золото и смешал его с другим золотом, — и здесь происходит нечто подобное: жена принимает плодотворное вещество в то самое мгновение, как жар наслаждения приводит его как бы в расплавленное состояние, и, приняв, питает и согревает его, привносит к нему, что нужно, и со своей стороны, — и производит человека. И ребенок служит чем-то вроде мостика, так что тут уже трое составляют одну плоть, потому что дитя соединяет обе стороны, одну с другой» [8].



razlomov @Depositphotos.com

Хищение половых клеток и эмбрионов

Частные клиники, получившие половые клетки и эмбрионы в свое распоряжение, не имеют на сегодняшний день такой системы контроля, которая бы гарантировала, что эмбрионы их клиентов не попадут в третьи руки без ведома биологических родителей. Практически никто не может дать гарантии, что это не произойдет или не происходит, особенно учитывая потенциальную коммерческую составляющую ВРТ. Таким образом, родители, воспользовавшиеся услугами ВРТ, никогда не узнают, что где-то в мире будут жить их биологические дети, и у них не будет никакой возможности контроля над их судьбами.

Морально-этические и психологические проблемы ВРТ

Женщина может быть психологически не готова перестать быть личностью и стать стереотипной пациенткой — жертвой несправедливости и беспомощным объектом манипуляций и процедур [50]. Часто состояние отчаянности сознательно нагнетается у клиентки репродуктивной клиники, склоняя ее к потере собственной личности [34].

В случае неудачи вспомогательных репродуктивных технологий у пациентов возникает высокий уровень стресса, появляется чувство разочарования, бессилия, вины, увеличивается риск психических расстройств [36].

Биомедицинская этика и право с позиции православия

Сфера современных репродуктивных технологий сопровождается биоэтическим нигилизмом, отрицающим в контексте применения биомедицинских технологий какое-либо значение традиционных моральных ценностей.

Гетерогенное искусственное осеменение — по сути, торговля половыми функциями, что сближает его с проституцией. При этом нарушается принцип единства семейной пары, подрываются традиционные основы отцовства и материнства, ставится под угрозу психологический комфорт будущего ребенка, появляется опасность евгенизма. Практика донорства половых клеток создает угрозу близкородственных связей и генетических мутаций.

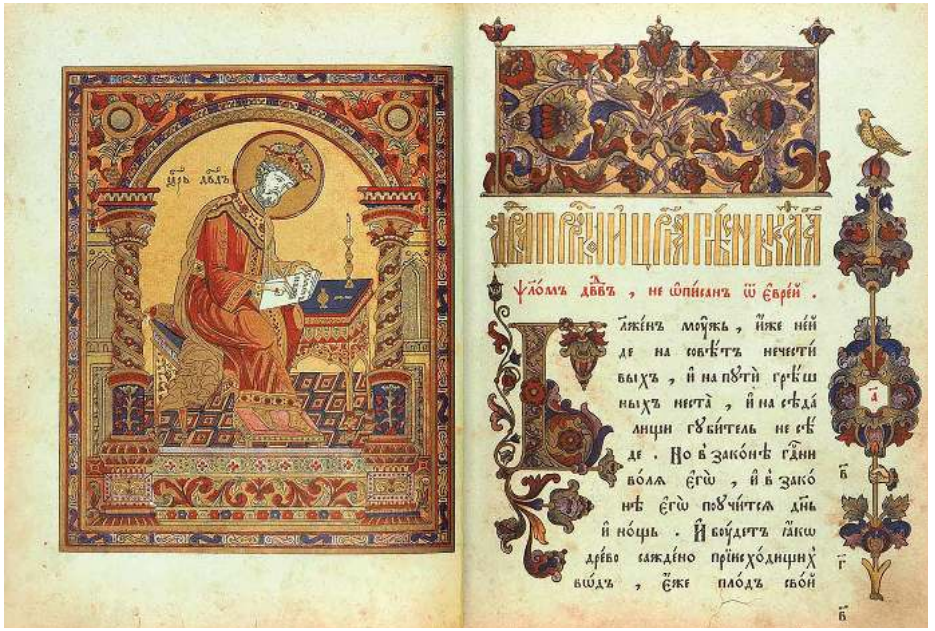
Криоконсервация эмбрионов недопустима, равно как и зачатие с ее помощью.

Усыновление замороженных эмбрионов (snowflake adoption) подразумевает суррогатное материнство. Несмотря на техническое сходство с обычным суррогатным материнством, оно принципиально отличается в цели. Усыновившая эмбриона женщина (подобно суррогатной матери) вынашивает чужого ребенка в своей утробе и, таким образом, участвует в репродуктивном процессе другой супружеской пары, зачавшей его, и тем самым оскверняет их брачное ложе [33].

Отношение Церкви к ЭКО. Почему Церковь считает ЭКО недопустимым

Применение вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) прямо противоречит Священному Писанию и Преданию Церкви.

Еще до Рождества Христова пророк Иеремия открывает волю Божию о единственном пути, который Он избрал для зарождения человека: «Я образовал тебя **во чреве**» (Иер. 1, 5). Святой праведный Иов исповедует свою веру в Творца Жизни такими словами: «Он создал меня **во чреве**» (Иов. 31, 15). Ему вторит святой царь и псалмопевец Давид, молитвенно обращаясь к Богу: «Ты … соткал меня **во чреве** матери моей» (Пс. 138, 13).



Социальная концепция Русской Православной Церкви отвергает вспомогательные репродуктивные технологии: «С развитием упомянутых технологий связано также распространение идеологии так называемых репродуктивных прав, пропагандируемой ныне на национальном и международном уровнях. Данная система взглядов предполагает приоритет половой и социальной реализации личности над заботой о будущем ребенка, о духовном и физическом здоровье общества, о его нравственной устойчивости. В мире постепенно вырабатывается отношение к человеческой жизни как к продукту, который можно выбирать согласно собственным склонностям и которым можно распоряжаться наравне с материальными ценностями. В молитвах чина венчания Православная Церковь выражает веру в то, что чадородие есть желанный плод законного супружества, но вместе с тем не единственная его цель. Наряду с „плодом чрева на пользу“ супругам испрашиваются дары непреходящей взаимной любви, целомудрия, „единомыслия душ и телес“. Поэтому пути к деторождению, не согласные с замыслом Творца жизни, Церковь не может считать нравственно оправданными» [20].

Ценность человеческой жизни до рождения была открыта еще в Ветхом Завете: «Прежде, нежели ты вышел из утробы, Я освятил тебя» (Иер.1,5). Уничтожение человека на эмбриональной стадии является убийством. В «Учении двенадцати апостолов» мы читаем: «Не умерщвляй дитяти в зародыше и рожденного не убивай» (II гл., 2 ст.).

«Тот, кто будет человеком, уже человек», — утверждал Тертуллиан в первые века христианства. Также и Афинагор во II веке писал: «Женщина, учинившая выкидыш, есть убийца, и даст ответ пред Богом».

2-е правило Василия Великого гласит: «Умышленно погубившая зачатый во утробе плод подлежит осуждению смертоубийства. Тонкого различения плода образовавшегося или еще необразованного — у нас нет. Ибо здесь полагается взыскание не только за имевшее родиться, но и за то, что навредила самой себе, поскольку жены, от таковых покушений, весьма часто умирают. К этому присоединяется и погубление плода, как другое убийство, от дерзающих на это умышленно» [17].

SimonDannhauer @Depositphotos.com

Осудив ересь оригенизма на V Вселенском соборе, Церковь утвердила христианское учение об одновременности создания души и тела человека. Таким образом, для православного христианина человек с момента зачатия является уникальным духовно-телесным существом, носителем образа Божия.

Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) и суррогатное материнство Русской Православной Церковью однозначно признаны аморальными. Возможной признается лишь гомологическая инсеминация — внесение половой клетки мужа в организм жены [20].

Криоконсервация и уничтожение «избыточных» эмбрионов признаны нравственно недопустимыми. Также недопустимы манипуляции, связанные с донорством половых клеток. Донорство половых клеток Церковь рассматривает как супружескую измену, считая слиянием с внебрачным партнером в одну плоть на уровне клеток [20]. Такие манипуляции нарушают целостность личности и исключительность брачных отношений, допуская вторжение в них третьей стороны.

Право ребенка на семью и естественное рождение. Порядок воспроизводства, установленный Богом и описанный в Библии, а также существующий как биологическая данность, есть неотъемлемая часть репродукции человека. Если гипотетически предположить возможность появления в будущем такой технологии ЭКО, где не будут массово погибать дети (что в принципе невозможно), то все равно противоестественность ЭКО будет оставаться непреодолимым препятствием для одобрения технологии искусственного размножения человека. Христианский взгляд на семью, на жизнь и смерть, на достоинство человека, начиная с момента зачатия, несовместим с ЭКО.

Возможно ли «этичное» ЭКО?

Существует точка зрения, что можно благословить ЭКО при соблюдении определенных условий. Это отказ от использования донорских половых клеток, замораживания и уничтожения эмбрионов. Эта точка зрения основана на иллюзии того, что, изменив некоторые детали процесса, мы сделаем его совместимым с христианской моралью.

Следует иметь в виду, что избыточное количество зигот (оплодотворенных яйцеклеток, или детей) создается не случайно, а ввиду того, что вероятность выжить у ребенка составляет только порядка 21%. Именно таков коэффициент рождаемости на один перенесенный эмбрион на все циклы [53]. Имеется ввиду живорождения безотносительно состояния здоровья ребенка и это после отбора эмбрионов для имплантации.

Поэтому создается избыточное количество эмбрионов, чтобы покрыть отсев в виде погибших детей и тех, у которых будут выявлены аномалии. Из подсаженных эмбрионов часть также погибнет. В итоге благодаря избыточному количеству зигот эффективность ЭКО (измеряемая только по частоте наступления беременности, а не по рождениям живых и здоровых детей) достигает 40%. В случае оплодотворения только одного эмбриона и отказа от заморозки вероятность успеха такого

«этичного» ЭКО будет ничтожна. Для успеха придется повторять процедуру снова и снова, поскольку вероятность гибели детей в этом процессе не будет отличаться от таковой при создании большого количества зигот. При этом, выплаты по ОМС не распространяются на повторные и нестандартные (в том числе «этичные») протоколы ЭКО.

Кроме того, если предположить, исходя из изначального условия не проводить селекцию эмбрионов, что будущий ребенок серьезно болен, то родители окажутся перед очень непростым выбором, к которому они вряд ли готовы. Им будет сказано, что ребенок имеет генетические дефекты, и клиника по закону обязана уведомить пациентов о риске и предложить уничтожить эмбрион, чтобы пойти на следующую попытку. «Горе тому человеку, через которого соблазн приходит» (Мф. 18,7). Кроме того, встанет вопрос об ответственности за больного ребенка. Кто будет нести эту ответственность? Готовы ли авторы этой идеи взять на себя ответственность за таких детей? Коммерческие клиники, естественно, найдут способ, как юридически оградить себя от возможных исков, связанных с имплантацией заведомо больного эмбриона. С другой стороны, учитывая высокую стоимость ЭКО, клиники будут заинтересованы в сомнительной практике, при которой пара будет вынуждена обращаться к ним намного раз больше, чем при стандартной процедуре, допускающей избыточное количество эмбрионов и их селекцию. Получится та же селекция эмбрионов, но не в рамках одной попытки ЭКО, а растянутая во времени.

Какой выход?

Женщины наиболее плодовиты примерно в 18–25 лет, но социальные, карьерные или иные жизненные задачи заставляют некоторых отложить рождение детей в надежде, что они смогут использовать ЭКО. И ЭКО дает такую надежду в глянцевом образе мамы, ребенка и доброй фигуры в белом халате.

Трагедия в том, что это призрачная надежда. С возрастом шансов родить здорового ребенка становится все меньше, зато резко увеличиваются шансы на зачатие хромосомно-аномального потомства.

Поэтому планировать беременность нужно заранее. «Мы не можем изменить фундаментальную биологию, — считает профессор Эйткен. Средний возраст женщин в ЭКО составляет 36–37 лет. Если вы рассматриваете семью, когда вы близки к краю, ЭКО не может исправить вас. Показатели живорождаемости при ЭКО снижаются, точно так же, как и в популяции, зачатой естественным путем. К сожалению, биология не понимает этого повествования» [27].

Приблизительно в половине случаев причина бесплодия кроется в партнере. Профессор Саймон Фишел утверждает: «Просто наличие низких параметров спермы не является доказательством необходимости использования технологий ИКСИ или ЭКО. Мы знаем, что многие мужчины с такими показателями действительно способны зачать ребенка естественным путем» [35].

Самое главное

Церковь не ставит рождение детей главной целью христианского брака.

Современные репродуктивные технологии обещают счастье материнства, закрывая глаза на моральные и нравственные аспекты его достижения. «Готовы ли вы стать матерью ценой убийства других детей?» — это первый вопрос, который должны задавать приветливые сотрудники репродуктивных клиник.

Они не зададут его никогда — вся ответственность за последствия навязанных решений будет лежать на женщине. Бездетность — не проклятие и не порок, но может стать испытанием веры.

Молитвенный подвиг и смирение Иоакима и Анны, длительное время не имевших детей и ставших родителями Пресвятой Богородицы в преклонном возрасте, дает надежду.

А возможно, это знак посвятить себя усыновлению сирот, которых так много в нашем мире.

olesiabilkei @Depositphotos.com

Список использованной литературы

1. Баранов А. А., Намазова-Баранова Л. С., Беляева И. А., Бомбардирова Е. П., Смирнов И. Е. Медико-социальные проблемы вспомогательных репродуктивных технологий с позиций педиатрии // Вестник РАМН. 2015. Т. 70. №3.

2. Барахоева З. Б. Редукция эмбрионов: что это такое и когда проводят? 2020.

3. Бертин А. Воспитание в утробе матери, или рассказ об упущенных возможностях. СПб., 1992.

4. Бочков Н. П. Клиническая генетика. 4-е изд. М., 2011.

5. Вспомогательный хетчинг (обзор литературы) // Проблемы репродукции. 2019 г. 25(4).

6. Добряков И. В. Перинатальная психология. СПб., 2010.

7. Ермилова И. Ю. Чем отличается ИКСИ от ПИКСИ. М., 2020.

8. Иоанн Златоуст, святитель. Беседы на послание к Колоссянам. Беседа 12 Кол. 4:12–13 // Творения святаго отца нашего Иоанна Златоуста, архиепископа Константинопольского. СПб., 1905. Т. 11, кн. 1.

9. Как происходит криоконсервация ооцитов: все о методе и подготовке. 2020.

10. Кечиян К. Н. Криоконсервация в репродуктологии: зачем нужна заморозка яйцеклеток, спермы, эмбрионов и сколько стоит процедура? 2018 г.

11. Кешишян Е. С. и др. Состояние здоровья и развитие детей, рожденных после экстракорпорального оплодотворения // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2014. №5.

12. Кешишян Е. С., Царегородцев А. Д., Зиборова М. И. Состояние здоровья и развитие детей, рожденных после экстракорпорального оплодотворения // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2014. Т. 59. №5.

13. Китаев Э. М. Не количество, а качество: стратегия выбора // Проблемы репродукции. 2014. №3. С. 62–66.

14. Копылова И. В., Витязева И. И. Здоровье и эндокринный статус детей, рожденных с помощью методов вспомогательных репродуктивных технологий (обзор литературы) // Проблемы эндокринологии. 2012. Т. 58. Вып. 1. С. 54–60.

15. Луцик Т. Редукция эмбрионов: убить нельзя оставить? 2013.

16. Мурзаханова А.Ф., Ослопов В.Н., Хазова Е.В. Состояние здоровья детей, рожденных после экстракорпорального оплодотворения: вероятные риски и возможные осложнения. Практическая медицина. 2020. Том 18, №3, С. 46.

17. Моничев Димитрий, прот. Проблемы православной биоэтики. 2013.

18. Назаренко Т. А., Зыряева Н. А. Рождение ребенка с синдромом Видемана-Беквита у пациентки после применения программы ЭКО/ИКСИ (клинический случай) // Проблемы репродукции. 2014.

19. О крещении младенцев, родившихся при помощи "суррогатной матери". — Режим доступа: http://www.patriarchia.ru/db/text/3481024.html

20. Основы социальной концепции Русской Православной Церкви. — Режим доступа: www.patriarchia.ru/db/text/419128.html.

21. Российская ассоциация репродукции человека Регистр ВРТ. Отчет за 2018. С. 37. — Режим доступа: http://www.rahr.ru/d_registr_otchet/RegistrART2018.pdf

22. Русанова Н. Е. Вспомогательные репродуктивные технологии в России: история, проблемы, демографические перспективы // Журнал исследований социальной политики. 2013. Т. 11. №1. С. 69–86.

23. Тоцкий В. М. Генетика. Одесса, 2002.

24. Чоговадзе А. Г. Особенности законодательного регулирования преимплантационной и пренатальной генетической диагностики в различных

странах // Клеточная трансплантология и тканевая инженерия. 2012. Т. VII. №2. С. 112–118.

25. Шевченко В. А. Генетика человека. М., 2002.

26. Boulet S. L., Kirby R. S., Reefhuis J. и др. Вспомогательные репродуктивные технологии и врожденные дефекты среди живорожденных младенцев во Флориде, Массачусетсе и Мичигане, 2000–2010 гг. // JAMA Pediatrics. 2016. — Режим доступа: https://www.cdc.gov/art/key-findings/birth-defects.html.

27. Boys born through common type of IVF might not be able to naturally have children of their own: study // The Telegraph. 2016.

28. Bromer J., Seli E. Assessment of embryo viability in assisted reproductive technologies: shortcomings of current approaches and the emerging role of metabolomics // Current Opinion in Obstetrics and Gynecology. 2008.

29. Calhaz-Jorge C., de Geyter C., Kupka M. S. et al. Assisted reproductive technology in Europe, 2012: results generated from European registers by ESHRE [editorial] // Human Reproduction. 2016.

30. Caplan A. An alternative proposal to the destruction of abandoned human embryos // Nature Biotechnology. 2018.

31. de Mouzon J., Goossens V., Bhattacharya S. et al. Assisted reproductive technology in Europe, 2006: results generated from European registers by ESHRE. European IVF monitoring (EIM) Consortium, for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) // Hum Reprod. 2010.

32. Dominguez F., Meseguer M., Aparicio-Ruiz B. et al. New strategy for diagnosing embryo implantation potential by combining proteomics and time-lapse technologies // Fertility and Sterility. 2015.

33. Engelhardt H. T. The Foundations of Christian Bioethics. New York. Oxford University Press. 1986.

34. Franklin S. Deconstructing 'Desperateness': The Social Construction of Infertility in Popular Representations of New Reproductive Technologies // The New Reproductive Technologies. 1990.

35. Hansen M., M. P. H., Kurinczuk J. J., M. D., Bower C., M. B., B. S., Ph. D., Webb S., Ph. D. The Risk of Major Birth Defects after Intracytoplasmic Sperm Injection and in Vitro Fertilization // The New England Journal of Medicine (NEJM). 2002. — Режим доступа: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa010035.

36. Hodgetts K., Elshaug A. G., Hiller J. E. What counts and how to count it: physicians' constructions of evidence in a disinvestment context // Soc Sci Med. 2012.

37. Lai H. H., Chuang T. H., Wong L. K. et al. Identification of mosaic and segmental aneuploidies by next-generation sequencing in preimplantation genetic screening can improve clinical outcomes compared to array-comparative genomic hybridization // Mol. Cytogenet. 2017.

38. Levine A. et al. Oxytocin during pregnancy and early postpartum: individual patterns and maternal-fetal attachment // Peptides. 2007.

39. Lyerly A., Steinhauser K., Voils C. et al. Fertility patients' views about frozen embryo disposition: results of a multi-institutional U. S. survey // Fertility and Sterility. 2010.

40. McDonald S. D., Han Z., Mulla S. et al. Knowledge Synthesis Group. Preterm birth and low birth weight among in vitro fertilization singletons: a systematic review and meta-analyses // Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2009.

41. McMahon C. et al. Mothers conceiving through in vitro fertilization: siblings, setbacks, and embryo dilemmas // Reprod Technol. 2000.

42. Murphy D. IVF producing new generation of infertile Australian children says professor John Aitken // The Sydney Morning Herald. 2016. — Режим доступа: https://www.smh.com.au/national/nsw/ivf-producing-new-generation-of-infertile-australian-children-20161103-gsgy1o.html.

43. Savage T., Peek J., Hofman P. L., Cutfield W. S. Childhood outcomes of assisted reproductive technology // Hum. Reprod. 2011.

44. Sazonova A., Kallen B., Thurin-Kjellberg A. Obstetric outcome in singletons after in vitro fertilization with cryopreserved/thawed embryos // Hum. Reprod. 2012.

45. Sutton A. Who Is My Mother and Who Are My Brothers? // Christian bioethics: Non-Ecumenical Studies in Medical Morality. 2015.

46. Thompson Ch. Making Parents. The Ontological Choreography of Reproductive Technologies. 2005.

47. Tieu M. Oh Baby Baby: The Problem of Surrogacy // Bioethics Research Notes. 2007.

48. Uyar A., Seli E. The impact of assisted reproductive technologies on genomic imprinting and imprinting disorders // Curr. Opin. Obstet. Gynecol. 2014.

49. Van den Akker Olga B. A. Psychosocial Aspects of Surrogate Motherhood // Human Reproduction Update. 2007.

50. Van der Ploeg I. Prosthetic Bodies: Female Embodiment in Reproductive Technologies. Maastricht: Maastricht University Press. 1998.

51. Vermeiden J. P., Bernardus R. E. Are imprinting disorders more prevalent after human in vitro fertilization or in tracytoplasmic sperm injection? // Fertil. Steril. 2013.

52. What is elective single embryo transfer (eSET)? // The Centers for Disease Control and Prevention's. 2017. — Режим доступа: https://www.cdc.gov/art/patientresources/transfer.html.

53. Human Fertilisation and Embryology Authority. (2018). Fertility treatment 2014–2016 Trends and figures.https://www.hfea.gov.uk/. https://www.hfea.gov.uk/media/3188/hfea-fertility-trends-and-figures-2014-2016.pdf

Все права защищены в соответствии
с российским и международным
законодательством об авторском
праве и смежных правах.
Разрешается использование брошюры
для некоммерческих целей.
Не разрешается внесение изменений
и создание производных произведений.

Фото на обложке: Aleshyn_Andrei @Shutterstock.com