



**Н.В. Зеленина, В.Г. Абашин**

Военно-медицинская академия,  
кафедра акушерства и гинекологии  
им. А.Я. Красовского,  
Санкт-Петербург

## ИСКУССТВЕННАЯ ИНСЕМИНАЦИЯ: ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ

■ Рассматриваются этические и правовые вопросы, связанные с искусственной инсеминацией (ИИ). Обсуждаются психологические проблемы детей, зачатых с помощью ИИ спермой донора по анонимной или открытой программе. Обращается внимание на особенности правовых аспектов предварительной криоконсервации спермы онкологических пациентов молодого возраста, которым предстоит химио- или лучевая терапия, а также военнослужащих «особого риска». Описываются юридические трудности посмертной репродукции, возникающие при проведении ИИ спермой умершего мужа. Излагается позиция православной церкви по рассматриваемым вопросам.

■ **Ключевые слова:** искусственная инсеминация спермой донора или мужа; анонимное и открытое донорство спермы; права детей; онкологические больные; военнослужащие «особого риска»; предварительная криоконсервация спермы; посмертная репродукция.

Включаясь в дискуссию, начатую в журнале редакционной статьей Э.К. Айламазяна и Ю.В. Цвелева по биоэтическим и правовым аспектам деятельности акушеров гинекологов в современных условиях, мы считаем возможным высказать свою позицию относительно искусственной инсеминации, одного из наиболее старых методов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) [3].

ВРТ — это методы терапии бесплодия, при которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне организма. ВРТ включают: экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбрионов в полость матки (ЭКО); инъекцию сперматозоида в цитоплазму ооцита (ИКСИ); донорство спермы; донорство ооцитов; суррогатное материнство; преимплантационную диагностику наследственных болезней; искусственную инсеминацию спермой мужа (ИИСМ) или донора (ИИСД). Показания к применению ВРТ в настоящее время расширены до любых форм бесплодия, более того, отсутствие полового партнера также является показанием для ВРТ [5, 11]. Учитывая, что среднестатистическое количество бесплодных пар составляет более 15% от всего населения, а также увеличение числа одиноких женщин, можно ожидать, что в ближайшем будущем в экономически развитых странах каждый пятый человек будет обязан своей жизнью ВРТ.

Применение данных технологий требует от врача не только высокой профессиональной квалификации, но и знаний правовых и этических аспектов этих процедур. Особенно это актуально в связи с коренной перестройкой правового законодательства России за последние десять лет в соответствии с международным правом.

ИИСД впервые была применена в начале XX века, но широкое распространение получила лишь в 1980-е гг. с появлением банков криоконсервированной спермы. Сегодня в США терапевтической ИИСД ежегодно подвергаются несколько сотен тысяч женщин. За более чем столетний период времени применения ИИСД не претерпела принципиальных методических изменений. Вместе с тем такие аспекты, как показания к ее проведению, отбор доноров, юридические права сторон, участвующих в этой процедуре, существенно изменились [1]. Тем не менее, и сегодня еще остаются спорные вопросы, касающиеся этических и правовых аспектов этой процедуры.

В настоящее время в России основным документом, регламентирующим проведение ВРТ и, в частности ИИСД, является приказ Министерства здравоохранения РФ «О применении вспо-

могательных репродуктивных технологий в терапии женского и мужского бесплодия» № 67 от 26.02.03 г. [5]. Традиционно ИИСД применяли при лечении бесплодных пар, стерильность которых обусловлена мужским фактором (бесплодие, эякуляторно-сексуальные расстройства). В настоящее время показания к проведению данной процедуры расширены со стороны мужчины неблагоприятным медико-генетическим прогнозом (генетические дефекты или неизлечимые заболевания, передающиеся половым путем), а со стороны женщины — отсутствием полового партнера. Допустимость проведения ИИСД одиноким женщинам или парам с нетрадиционной сексуальной ориентацией является спорным показанием, вызывающим неоднозначную реакцию в обществе. В странах с развитой демократической системой признается так называемое репродуктивное право личности. В основе этого права лежит положение, что решение иметь или не иметь ребенка является личным делом человека и фундаментальным правом взрослого индивидуума. По мнению православной церкви, ИИСД одиноких женщин лишает будущего ребенка права иметь отца. Забота о будущем ребенка, о его духовном и физическом здоровье, признании его прав на полноценную семью является приоритетным перед половой и социальной реализацией личности. Даже в случае полноценной семьи данный метод лечения бесплодия может представлять угрозу, с одной стороны, целостности личности ребенка, поскольку предполагает наличие у него помимо «социальных» еще и так называемых биологических родителей, а с другой — основам семейных взаимосвязей и исключительности брачных отношений, допуская в них вторжение третьей стороны [4].

Необходимо признать, что подобная позиция православной церкви имеет основания, подтвержденные 20-летним практическим опытом применения ИИСД в США. До недавнего времени за рубежом все донорство спермы осуществлялось по анонимной программе (в приказе № 67 МЗ РФ также предусмотрено только анонимное донорство). Суть этой программы заключается в том, что ни реципиент, ни донор не имеют прав на идентификационную информацию. Таким образом, осуществляется дополнительная защита родительских прав реципиентов и невозможность притязаний на них со стороны донора, а также прав донора, исключающих какие-либо материальные претензии со стороны реципиентов, хотя эти пункты закрепляются и

юридически при заключении договора медицинского учреждения с реципиентами и донорами.

Опыт применения анонимного донорства в США показал, что многие дети, рожденные с помощью ИИСД, испытывают значительные психологические трудности, связанные с их происхождением. Тысячи детей, зачатых от анонимных доноров в 80-х годах прошлого столетия, разыскивают своих генетических отцов. Web-сайты переполнены их просьбами о помощи. Большинство банков в тот период времени или не вели строгой документации, или она оказалась утраченной. Государственные законы не требовали от подобных учреждений хранить документацию и предоставлять ее матерям или потомкам. Информация о происхождении нередко открывается перед детьми в критических ситуациях (после смерти родителей, имущественных разборах, при конфликтной ситуации в семье) и может нанести огромную психологическую травму. Само генетическое несоответствие между отцом и потомством является потенциальным фактором психологических конфликтов, этических и экзистенциальных проблем. Отчужденность от семьи, острое чувство потерянности и утраты своей идентичности, фрустрация из-за отсутствия информации и доступа к донору являются частыми характерными особенностями психологического состояния детей, зачатых с помощью ИИСД. Некоторые выросшие дети становятся одержимыми идеей разыскать своего генетического отца, более того, сообщается о случаях их суицидного поведения [15, 8].

Проблема генетической идентификации детей, родившихся с помощью ИИСД, приобрела особую остроту в связи с ростом числа обращений к этой процедуре одиноких женщин и пар с нетрадиционной сексуальной ориентацией. В судах США рассматриваются множество исковых обращений к банкам спермы от совершеннолетних детей, зачатых от анонимных доноров, с требованием о предоставлении им информации относительно генетических отцов. Право ребенка на информацию о его генетическом происхождении закреплено юридически в Конвенции ООН по Правам Ребенка (Часть I, Статья 8, 1989). Судебный процесс 2001 года в штате Калифорния завершился признанием прав детей на данную информацию. Суд постановил, что хотя при заключении контракта об ИИСД принуждение отсутствовало, пункт соглашения, ограничивающий доступ к информации о личности донора, противоречит общественной морали и не связан с защитой прав личности донора [9].

Стремление максимально выразить интересы ребенка привело к появлению программы «открытого донорства» (*open-identity donors*). Суть этой программы заключается в том, что «открытые» доноры согласны на взаимоотношения со своим совершеннолетним потомством. По достижении 18 лет ребенок при желании может познакомиться с донором, при этом ни родители, ни донор не имеют прав на идентификационную информацию. Первые программы «открытого донорства» появились в США в середине 1980-х годов. В настоящее время они практикуются в большинстве крупных банков спермы. Как показывают исследования, 80% реципиентов предпочитают данную программу. В ряде стран, стремящихся максимально защитить права ребенка, открытое донорство закреплено законодательно — вся ДИ проводится только по этой программе и доноры проходят государственную регистрацию. К таким странам относятся Швеция, Австрия, Швейцария, Нидерланды, Австралия (штат Виктория) [10].

Тем не менее, право сообщать или не сообщать ребенку о его происхождении остается за родителями. В целях уменьшения угрозы психологической травмы при сообщении этой информации, психологи рекомендуют родителям ставить ребенка в известность как можно раньше. Как часто родители сообщают эту информацию детям, от каких факторов зависит их решение и как переносят ее дети — эти вопросы изучены слабо. Чем раньше ребенок узнает о своем происхождении, тем легче он переносит эти известия. Так, обследование семей, сообщивших эту информацию детям до 8-летнего возраста, показывает, что дети, как правило, воспринимают ее положительно, испытывают любопытство к донору, считают, что, узнав его, больше узнают о себе [13]. Несмотря на Конвенцию ООН по правам ребенка и существование программ «открытого донорства», вопрос о необходимости информирования детей относительно их происхождения продолжает активно обсуждаться в научной среде [12]. Объективные исследования того, как часто родители сообщают детям об их происхождении, провести трудно. Большинство семейных пар предпочитают сохранять тайну и отказываются контактировать со специалистами по этому поводу, рассматривая эти попытки, как посягательство на их личную жизнь. Одинокие женщины более открыты для общения. Как показывают опросы, эта категория клиентов банков практически в 100% случаев сообщает детям об их происхождении [13].

Исследования психосоциального статуса совершеннолетнего поколения, зачатого по программе «открытого донорства», пока отсутствуют. Можно предполагать, что индифферентное отношение ребенка к информации о его происхождении в детском возрасте может со временем смениться на негативное и даже разрушительное в период социальной и личностной идентификации.

В последнее время появились сообщения об использовании банками кроме программы «открытого донорства», альтернативных вариантов решения проблемы типа «семейных программ». В первую очередь речь идет об использовании в качестве донора спермы отца мужа. В этой ситуации генетическое несоответствие между отцом и потомством сглаживается, однако этот вариант сопряжен не только с возможными медицинскими проблемами (здоровье отца, влияние его возраста на полноценность потомства), но и с этическим и эмоциональным риском, возникающим из-за сложного внутрисемейного родства. Другой вариант программы ИИСД — использование реципиентами известного им донора, а банк в данной ситуации берет на себя лишь обязательства по обследованию донора. Необходимо отметить, что ни программа семейного донорства, ни вариант знакомого донора не решает проблемы потенциальной психологической опасности не только для будущего ребенка, но и для внутрисемейных отношений.

Помимо отбора и хранения спермы доноров в последние годы все шире внедряются в медицинскую практику программы криоконсервации и хранения спермы лиц, относящихся к группам риска по репродуктивному здоровью (онкологические больные, военнослужащие «особого риска» и др.). В случае развития бесплодия предварительно криоконсервированная сперма может быть использована для проведения ИИСМ. Дети, рожденные с помощью ИИСМ, генетически тождественны отцу, и по этой причине правовые и этические проблемы, возникающие при проведении этого вида ВРТ, отличаются от таковых при ИИСД.

Первая категория пациентов, относящихся к группе риска по репродуктивному здоровью, — это онкологические больные. Достижения в области диагностики и лечения злокачественных заболеваний позволили существенно повысить выживаемость онкологических пациентов молодого и детского возраста с еще нереализованной репродуктивной программой и поставили перед специалистами новые задачи по улучшению качества их жизни. Химио- и лучевая терапия оказывают цитотоксическое действие на га-

метогенез и часто приводят к развитию ятрогенной стерильности. Степень гонадотоксического эффекта зависит от режима и продолжительности лечения и плохо предсказуема. По этой причине перед началом лечения у всех онкологических пациентов репродуктивного возраста целесообразно провести отбор и криоконсервацию спермы в целях возможного ее последующего использования во ВРТ [6].

До недавнего времени этой проблеме уделяли мало внимания и опыт решения подобных задач пока невелик. Онкологические пациенты перед началом терапии должны быть информированы врачами относительно возможного влияния лечения на фертильность. Необходимо выяснить отношение пациента к криоконсервации спермы и разъяснить методы ВРТ, которыми пациенты впоследствии могут воспользоваться в целях получения потомства. В зависимости от качества спермы могут быть применены ИИСМ, ЭКО или ИКСИ. Плохое качество семени у таких пациентов не является причиной отказа для криоконсервации, как в случае с донорской спермой. Ретроспективные исследования по оценке исходов ВРТ с использованием криоконсервированной спермы онкологических больных показали их высокую терапевтическую эффективность и отсутствие повышения частоты врожденных аномалий у новорожденных по сравнению с контролем [6].

Особую трудность представляют онкологические пациенты детского и юношеского возраста. Сбор спермы на хранение у детей требует деликатного, осторожного подхода и нуждается в решении правовых моментов. Особое внимание следует обращать на общение и консультацию с пациентом с целью добиться понимания и информированного согласия на хранение спермы. Велика роль родителей в общении и поддержке, вплоть до явного принуждения в принятии решения. Вопрос о том, до какой степени полное и информированное согласие следует получать от таких пациентов остается дискуссионным. У детей сбор спермы на хранение может быть осуществлен под общей анестезией с помощью электроэякуляции [7].

Анализ судебных исков, связанных с использованием криоконсервированной спермы онкологических больных, показывает, что пациент должен быть не только подробно информирован и иметь ясное представление о цели предстоящей процедуры, но в соглашении между банком и пациентом помимо взаимных обязательств сторон необходимо указать продолжительность хранения образцов и распоряжение

пациента об их использовании после его смерти. Вдова умершего после лечения онкологического пациента может воспользоваться образцами спермы в целях посмертной репродукции.

Посмертная репродукция — не совсем новое явление в жизни общества. Посмертное рождение признавалось с древности, когда муж умирал из-за болезни, несчастного случая или на войне после зачатия, но до рождения ребенка. Юридически и социально ребенок обычно признавался наследником умершего отца. Благодаря современным ВРТ зачатие может произойти после смерти мужа с помощью предварительно криоконсервированных образцов спермы или сбором спермы у только что умершего человека (стимуляции эякуляции, MESA (микрохирургическая эпидидимальная сперм аспирация) или TSE (тестикулярная сперм экстракция)). Этот поступок вдовы может быть продиктован актом любви пред лицом смерти. Однако из-за отсутствия разработанной законодательной базы юридический статус такого ребенка сомнителен, даже если инсеминация проводилась жене умершего человека. Не во всех случаях ребенок может быть признан его законным наследником. Описывается случай судебного дела, заведенного по иску вдовы онкологического больного. Она воспользовалась криоконсервированной до лечения спермой мужа и родила двойню — двух мальчиков. Затем она обратилась в суд с иском к органам социального обеспечения, требуя начислить ей пособие по уходу за детьми умершего мужа. Суд постановил начислить пособие, но лишь после представления результатов геномной дактилоскопии, подтверждающих отцовство умершего [14].

Другая категория лиц, которая может быть отнесена к группе риска по репродуктивному здоровью, — это военнослужащие, чья профессиональная деятельность связана с влиянием опасных для репродукции факторов. Ранения, различные виды облучения, вибрация, химические отравления оказывают негативное воздействие на репродуктивную систему и приводят к повышению частоты мужского бесплодия среди военнослужащих. В результате выполнения своего профессионального долга часть наиболее здорового мужского населения репродуктивного возраста утрачивает возможность иметь потомство. Очевидны не только морально-этические проблемы этого явления, но и возможные демографические последствия. Предварительная криоконсервация спермы военнослужащих «особого риска» позволила бы обеспечить им защиту права на продолжение рода [2].

Пока не существует четко разработанных критериев по определению «групп риска» военнослужащих по репродуктивному здоровью. В американской армии услугами по хранению криоконсервированной спермы пользуются участники военных конфликтов. Так, по сообщениям информационного агентства CNN, военнослужащие, принимавшие участие в контртеррористической операции в Ираке весной 2003 года, сдавали образцы своей спермы на хранение в криобанки. Американские военнослужащие не столько опасались своей смерти, сколько вероятности оказаться жертвой химического или бактериологического оружия. По нашему мнению, к группам риска по развитию мужского бесплодия следует относить не только военнослужащих, участвующих в боевых действиях и рискующих получить непосредственную травму половых органов, но и ряд военнослужащих, которые при выполнении своих служебных обязанностей подвергаются воздействию факторов, оказывающих повреждающий эффект на репродуктивную систему. К ним относятся подводники, летный состав, военнослужащие ракетных войск, военнослужащие, работающие в условиях повышенных температур. Профессиональная деятельность этих групп военнослужащих проходит в условиях воздействия таких потенциально опасных для репродуктивного здоровья факторов, как низкие дозы радиации, вибрация, возможность интоксикации компонентами ракетного топлива и других.

Помимо определения групп риска военнослужащих, в программах по криоконсервации спермы необходимо предусмотреть сроки хранения образцов. По-видимому, в данном вопросе следует разработать дифференциальный подход в зависимости от типа повреждающих факторов. Для военнослужащих, участвующих в боевых действиях, продолжительность хранения следует ограничить периодом участия в них. Для военнослужащих, профессиональная деятельность которых постоянно проходит в условиях воздействия потенциально опасных для репродуктивного здоровья физических или химических факторов, сроки хранения криоконсервированных образцов спермы должны быть более длительными, возможно, охватывать период службы в вооруженных силах.

Опыт в решении правовых вопросов, связанных с криоконсервацией и хранением спермы военнослужащих, пока отсутствует. Как и в случае онкологических пациентов, в данной программе может возникнуть вопрос о посмертной репродукции. По этой причине соглашение между

банком и военнослужащим должно содержать распоряжение военнослужащего относительно использования спермы в случае его гибели. Кроме того, в случае гибели военнослужащих образцы спермы могут быть употреблены в качестве сравнительного материала при опознании тел методом геномной дактилоскопии.

В заключение хочется подчеркнуть, что православная церковь рассматривает ИИСМ как допустимое средство медицинской помощи, поскольку оно не нарушает целостности брачного союза, не отличается принципиальным образом от естественного зачатия и происходит в контексте супружеских отношений. Донорская же инсеминация вызывает в обществе неоднозначную реакцию. В последнее время в зарубежной печати все чаще появляются высказывания, что репродуктивная медицина превратилась в индустрию по производству детей, которая отвечает не высоким этическим и медицинским стандартам, а желаниям потребителей. И в зарубежных руководствах и в приказе № 67 МЗ РФ ограничения со стороны реципиентов по проведению ВРТ носят исключительно медицинский характер и не предусматривают отбор по этическим или психосоциальным показаниям. В основе подобного подхода лежит признание репродуктивных прав клиентов (а не пациентов) кем бы они ни были — сексуальными меньшинствами, одиночками или попросту психически неполноценными маргинальными личностями. Будущий ребенок неспособен защитить свое право на полноценную семью, физическое и психическое здоровье. Тем не менее, отсутствие юридической, не устраняет моральную ответственность врачей, взявших на себя функцию зарождения новой человеческой жизни.

#### Литература

1. Абашин В.Г., Зеленина Н.В., Ильин А.Б. История развития этических и правовых аспектов донорской инсеминации // Актуальные вопросы военной гинекологии / Мат. Всеармейской науч.-практ. конф. и сборов военных гинекологов. — СПб., 2004. — С. 10–15.
2. Абашин В.Г., Долгов Г.В., Зеленина Н.В., Ильин А.Б., Кира Е.Ф., Колкутин В.В. Организация банков спермы военнослужащих групп высокого риска // Воен.-мед. журн. — 2003, ССХХIV(11):71–2.
3. Айламазян Э.К., Цвелев Ю.В. Медицинская этика, деонтология и юридическое право в работе акушера-гинеколога // Ж. акуш. жен. болезн. — 2004, Т. LIII, Вып. I. — С. 111–116.
4. О болезнях, лекарствах и вере (Беседы со священником С. Филимоновым) / СПб.: Сатис, 2002.
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 февраля 2003 года № 67, Москва. Зарегистрирован в Минюсте РФ 24.04.03 г. Регистрационный номер 4452. «О применении вспомогательных

- репродуктивных технологий (ВРТ) в терапии женского и мужского бесплодия».
6. Agarwal A., Ranganathan P., Kattal N., Pasqualotto F., Hallak J., Khayat S., Mascha E. Fertility after cancer: a prospective review of assisted reproductive outcome with banked semen specimens // *Fertil. Steril*, 2004; 81(2):34–8.
  7. Bahadur G., Whelan J., Ralph D., Hindmarsh P. Gaining consent to freeze spermatozoa from adolescents with cancer: legal, ethical and practical aspects // *Hum. Reprod*, 2001; 16(1):188–193.
  8. Baran A., Panor R. Lethal secrets. The psychology of donor insemination. Problems and solutions / New York: Amisted, 1993.
  9. Bauman J.H. Discovering donors: legal rights to access information about anonymous sperm donors given to children of artificial insemination in *Johnson v. Superior Court of Los Angeles County* // *Gold Univ. Law Rev.* 2001; 31(2):193–218.
  10. Frith L. Gamete donation and anonymity: the ethical and legal debate // *Hum. Reprod*, 2001; 16:818–24.
  11. Guidelines for gamete and embryo donation // *Fertil. Steril* 2002; 77(6): Suppl. 5.
  12. Mc Whiner A. Gamete donation and anonymity: should offspring from donated gametes continue to be denied knowledge of their origin and antecedents? // *Hum. Reprod*, 2001; 16:807–17.
  13. Scheib J.E., Riordan M., Rubin S. Choosing identity-release sperm donors: the parent' perspective 13-18 years later // *Hum. Reprod*, 2003; 18(5):1115–27.
  14. Schuster T.G., Hickner-Cruz K., Ohi D.A., Goldman E., Smith G.D. Legal considerations for cryopreservation of sperm and embryos // *Fertil. Steril*, 2003; 80(1):61–6.
  15. Turner A.J., Coyle A. What does it mean to be a donor offspring? The identity experiences of adults conceived by DI and the implication for counseling and therapy // *Hum. Reprod*, 2000; 15:2041–5.