

РЕПРОДУКТИВНАЯ МЕДИЦИНА

4 (29) 2016

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ
научно-практический журнал



- **Dov Feldberg**
The Israeli law of surrogacy
- **Т.М. Джусубалиева**
Суррогатное материнство
в Республике Казахстан:
правовые, медицинские,
этические проблемы
- **Э.В. Исакова, В.С. Корсак,
Д.А. Шепелева**
Суррогатное материнство:
истоки; юридические,
медицинские и парамедицинские
аспекты применения в
Российской Федерации
- **Н.Г. Грищенко,
А.И. Правдюк**
История суррогатного
материнства в Украине



Казахстанская Ассоциация репродуктивной медицины

Интегрированные передовые технологии Realistic Vue™, 2D NT и 5D Follicle обеспечивают детальную визуализацию и легкость в измерении.



Realistic Vue™

Realistic Vue™ обеспечивает 3D изображения высокого разрешения с максимальной детализацией и реалистичной глубиной восприятия. Контролируемое пользователем направление виртуального источника света создает тщательно проработанные тени для более отчетливой визуализации анатомических структур.



Realistic Vue™: лицо плода, 2-ой триместр

2D NT

Благодаря точному измерению «в один клик» технология 2D NT упрощает оценку толщины воротникового пространства (ТВП) плода в первом триместре.

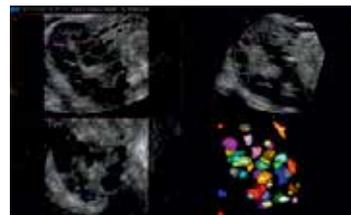


2D NT: измерение воротникового пространства плод

5D Follicle

(Измерение фолликулов)

Программа 5D Follicle системы HS70A автоматически измеряет размер и состояние каждого фолликула, предоставляя полезную диагностическую информацию.



5D Follicle: измерение фолликулов



call-center по Казахстану
8 800 080 70 72
Звонок для регионов бесплатный
samsungmedison.kz





РЕПРОДУКТИВНАЯ МЕДИЦИНА

Научно-практический журнал
Казахстанской Ассоциации репродуктивной медицины



Главный редактор

В.Н. Локшин, член-корреспондент НАН РК, профессор

**Заместители
главного редактора**

Т.К. Кудайбергенов, профессор, А.И. Избасаров, профессор

Редакционная коллегия

А.А. Ахметова, Л.М. Актаева, Л.А. Бадельбаева (Ответственный секретарь),
С.Б. Байкошкарова, А. А. Байназарова, Ж.Е. Баттакова, Х.М. Бикташева, Р.К. Валиев,
Т.М. Джусубалиева, Е.Т. Длимбетов, А.М. Доцанова, Л.С. Каюпова, Ш.К. Карибаева,
Д.Р. Кайдарова, Л.Г. Калиева, И.П. Коркан, Н.М. Мамедалиева, Г.К. Омарова,
В.Е. Полумисков, Г.С. Святова, А.Е. Тажиева, Т.М. Укыбасова, Т.Е. Хусаинов,
В.В. Чистяков, М.С. Шишиморова.

Редакционный совет

М.К. Алчинбаев (Казахстан), М.Б. Аншина (Россия), В.М. Здановский (Россия),
Н.А. Каюпова (Казахстан), Е.А. Калинина (Россия), М.В. Киселева (Россия),
Н.Н. Мезинова (Казахстан), В.С. Корсак (Россия), М. Dimfeld (Израиль),
В. Lunenfeld (Израиль), Р.С. Куздембаева (Казахстан), А.А. Попов (Россия),
А.М. Юзько (Украина), Т.А. Назаренко (Россия), В.Д. Зукин (Украина),
Ф.В. Дахно (Украина), Л.А. Левков (Финляндия), И.Г. Портнов (Россия),
И.О. Маринкин (Россия), В.Е. Радзинский, (Россия), Т.Ф. Тагарчук (Украина),
R. Frydman (Франция), Dov Feldberg (Израиль), А.Е. Schindler (Германия),
Б.В. Шалекенов (Казахстан), А.И. Никитин (Россия), Г.У. Асымбекова (Кыргызстан),
Е.Б. Рудакова (Россия), М.А. Шахова (Россия).

Адрес редакции

Республика Казахстан, 050012, г. Алматы, ул. Толе би, 99
тел.: +7 (727) 234 34 34, 234 37 37, факс: +7 (727) 292 77 84
e-mail: karm2008@mail.ru
Электронная версия журнала на сайте www.repromed.kz

Учредитель

Казахстанская Ассоциация репродуктивной медицины

Издатель

Республика Казахстан, 050012
г. Алматы, ул. Байтурсынова 79
тел.: +7 (727) 250 00 11
e-mail: info@medmedia.kz



Издается с 2009 г.

Журнал зарегистрирован в Министерстве информации и культуры РК
Свидетельство о регистрации № 10329-Ж от 24.08.2009 г.

Периодичность 4 раза в год

Территория распространения – Республика Казахстан

Тираж 500 экз. Заказ №2032

Отпечатано в типографии ТОО «ПК Муравей», г. Алматы, ул. Толе би, 304, оф. 301
тел.: +7 (727) 238 14 28, 238 14 29

Редакция не всегда разделяет мнение авторов публикаций. Ответственность за содержание рекламы несут рекламодатели. Рекламодатели предупреждены об ответственности за рекламу незарегистрированных, неразрешенных к применению МЗ РК лекарственных средств и предметов медицинского назначения. При перепечатке материалов ссылка на журнал «Репродуктивная медицина» обязательна.

Content

From the chief of editor

Surrogacy

Surrogacy – a wide world demand. Implementation and ethical considerations 7
Adrian Ellenbogen M.D.

Surrogacy in the United Kingdom 22
Mr Stuart Lavery

Assessment and screening in surrogacy arrangements 24

Surrogacy Arrangements Act 1985 CHAPTER 49 26

Legislative aspects of surrogacy in Belarus 37
O.L. Tishkevich

The history of surrogate motherhood in Ukraine 42
N.G. Grischenko, A.I. Pravdyuk

Origins; Legal, medical and paramedical aspects of application in the Russian Federation 47
E.V. Isakova, V.S.Korsak, D.A. Shepeleva

The Israeli law of surrogacy 54
Dov Feldberg

Surrogacy in Germany 56
K. Bühler, H.Eberlein

Surrogacy in the Republic of Kazakhstan: legal, medical, ethical problems 60
T.M. Jussubalyieva

Pathology of pregnancy

Integrated endometrial cytotoxic lymphocyte count with habitual miscarriage 66
N.M. Mamedaliyeva, A.M. Kurmanova, E.S. Tazhibayev, V. Kim

Содержание

От главного редактора

Суррогатное материнство

Всемирная востребованность суррогатного материнства. Реализация и этические аспекты
Адриан Элленбоген

Суррогатное материнство в Соединенном Королевстве Великобритании
Стюарт Лавери

Оценка и скрининг в рамках заключения соглашений о суррогатном материнстве

Закон о суррогатном материнстве 1985 года

Правовые аспекты суррогатного материнства в Республике Беларусь
О.Л. Тишкевич

История суррогатного материнства в Украине
Н.Г. Грищенко, А.И. Правдюк

Суррогатное материнство: истоки; юридические, медицинские и парамедицинские аспекты применения в Российской Федерации
Э.В.Исакова, В.С.Корсак, Д.А.Шепелева

Закон Израиля о суррогатном материнстве
Дов Фельдберг

Суррогатное материнство в Германии
К. Бюлер, Н.Эберлейн

Суррогатное материнство в Республике Казахстан: правовые, медицинские, этические проблемы
Т.М. Джусубалиева

Патология беременности

Интегрированный показатель цитотоксических лимфоцитов эндометрия при привычном невынашивании беременности
Н.М. Мамедалиева, А.М. Курманова, Е.С. Тажибаяев, В. Ким

Gynaecological diseases

The quality of life of patients late reproductive and premenopausal age with endometrial pathology
S.M. Kornienko

69

Женские болезни

Качество жизни пациенток позднего репродуктивного и перименопаузального возраста с патологией эндометрия
С.М. Корниенко

Оперативная гинекология

The use of vaginal suppositories with hyaluronic acid for the purpose of pre vaginal operations.
A.I.Korkan, A.T.Abshekenova, K.A. Urazymbetova, A.E. Adilova, M.K. Apselenova

76

Оперативная гинекология

Использование вагинальных суппозиторий с гиалуроновой и молочной кислотами в целях предоперационной санации влагалища при объемных вагинальных операциях.
А.И. Коркан, А.Т. Абшекенова, К.А. Уразымбетова, А.Е. Адилова, М.К. Апселенова

Genetics

PGD / PGS by the FISH method - a study of 24 chromosomes. Modern and rational approach
V.V. Ladygina, V.V.Chistyakov

81

Генетика

ПГД/ПГС методом FISH - исследование 24 хромосом. Современный и рациональный подход
В.В. Ладыгина, В.В. Чистяков

Events history

Round table «Surrogacy maternity and donation of reproductive cells.Outstanding challenges»
November 3, 2016. Almaty

85

Хроника событий

Круглый стол «Суррогатное материнство и донорство половых клеток. Нерешенные проблемы»
3 ноября 2016 года г. Алматы

Post-event press release
VIII International Congress «Modern approaches to treatment of infertile marriage. ART: nowadays and future».
Almaty

86

Пост-релиз
VIII Международный конгресс «Современные подходы к лечению бесплодного брака. ВРТ: настоящее и будущее».
г. Алматы

RESOLUTION
VIII International Congress
“Modern approaches to treatment of infertile marriage. ART: nowadays and future”.

89

РЕЗОЛЮЦИЯ
VIII Международного Конгресса
«Современные подходы к лечению бесплодного брака. ВРТ: настоящее и будущее »

Reproductive medicine

Article submission guidelines

91

Репродуктивная медицина

Правила оформления статей

От главного редактора



Локшин Вячеслав Нотанович,
главный редактор, президент
Казахстанской Ассоциации
репродуктивной медицины

Уважаемые коллеги!

Последний в 2016 году журнал выходит после успешного завершения VIII конгресса Казахстанской ассоциации репродуктивной медицины. Конгресс определил основные направления развития репродуктивной медицины в нашей стране. Важным событием стало проведение круглого стола по проблемам суррогатного материнства. В дискуссии приняли участие представители Беларуси, Великобритании, Израиля, Казахстана, России, Украины. Материалы, посвященные этой важной проблеме, авторы ключевых выступлений оформили в виде статей, которые впервые выйдут в нашем издании. Работы коллег демонстрируют разные правовые религиозные и общественные подходы к вопросам, связанным с суррогатным материнством. И если в Казахстане вопросам регулирования суррогатного материнства посвящены небольшие главы в двух кодексах, то в ряде стран эта проблема регулируется сотнями различных статей. Это можно увидеть на примере Израиля.

Радуется, что журнал стал интересен коллегам из стран ближнего зарубежья, публикации на английском языке делают его по-настоящему международным. В этом номере мы публикуем пост-релиз прошедшего конгресса и его резолюцию.

Мы вступаем в 2017 г., который заложит основы для полноценной работы системы обязательного медицинского страхования. Как ВРТ будет включено в новую систему работу в рамках ОМС – это достаточно важный вопрос, требующий серьезного анализа.

Вопрос развития ВРТ в условиях ОМС остается открытым.

Выражаю надежду, что средства ОМС дадут новый импульс для развития всего казахстанского здравоохранения.

Новых успехов и удачи, Вам, дорогие коллеги!

***С уважением, профессор В.Локшин,
главный редактор, президент Казахстанской ассоциации
репродуктивной медицины.***

УДК 618.2

SURROGACY – A WIDE WORLD DEMAND. IMPLEMENTATION AND ETHICAL CONSIDERATIONS

Adrian Ellenbogen M.D.

IVF Unit. Hillel Yaffe Medical Center, Hadera. Rappaport School of Medicine, Technion-Israeli Institute of Technology, Haifa, Israel

Introduction.

Surrogacy implies that a woman becomes pregnant and gives birth to a child with the intention of giving this child to another person or couple, commonly referred to as the 'intended' or 'commissioning' parents (Shenfield et al., 2005). A surrogate mother is the woman who carries and gives birth to the child and the intended parent is the person who are going to raise the child. The definition from the European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE) (Shenfield et al., 2005) does not state the sexuality of the intended parents. Surrogacy can take one of two main forms: gestational surrogacy (where the surrogate is the birth mother but not the genetic mother of the child) and traditional surrogacy (where the surrogate is both birth mother and genetic mother). Gestational surrogacy relies on in vitro fertilization (IVF) of either the intended mother's ovum or that of a third-party donor. In gestational surrogacy, the woman who carries the child (the gestational carrier) has no genetic connection to the child (Zegers-Hochschild et al., 2009). Traditional surrogacy can rely on IVF or can be accomplished via intra-uterine insemination: the surrogate provides the ovum, and the sperm is provided either by the intended father or by a third-party donor. This means that the surrogate mother's eggs are used, making her a genetic parent along with the intended father. Surrogacy may be commercial or altruistic, depending upon whether the surrogate receives economic recompensation for her pregnancy. In commercial surrogacy the surrogate is usually recruited through an agency, reimbursed for medical costs and paid for her gestational services. With altruistic surrogacy, the surrogate is found through friends, acquaintances or advertisement. She may be reimbursed for medical costs directly related to the pregnancy and for loss of income due to the pregnancy (FIGO, Committee for Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health, 2008; Dempsey, 2013).

Indications for surrogacy treatment

The main indications for surrogacy treatment are women with congenital absence of the uterus and women who have had a hysterectomy for different reasons but who still have functioning ovaries. Mullerian aplasia, including congenital absence of the uterus such as Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome, is relatively rare (Lindenman et al., 1997). Another indication is for women who have suffered repeated abortions or underwent several in vitro fertilization treatments with repeated implantation failure for no obvious reason. (Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine; ASRM, 2015). Certain medical conditions (e.g. heart and renal diseases), which

might be life threatening for a woman during pregnancy, are also indications for surrogacy, established that the future mother is healthy enough to take care of a child after birth and that her life expectancy is reasonable (Brinsden, 2003). Moreover, surrogacy could be appropriate for same-sex male couples or single men (Dempsey, 2013). In a recent publication the indications for the treatment of 37 couples requiring treatment by IVF surrogacy at Bourn Hall Clinic, England were: hysterectomy following cancer surgery (27%), congenital absence of uterus (16%), post partum hysterectomy (16%), repeated failure of IVF (16%), recurrent abortion (13%), hysterectomy for menorrhagia (5%) and severe medical condition (5%). (Brinsden, 2003).

Religious considerations to surrogacy.

The first ever report of a baby being born following treatment by gestational surrogacy was from the USA (Utian et al., 1985). However it took more than a decade that the concept and the possibility of surrogacy will spread through the world mainly due ethical and religious motives.

In Christian view-the Catholic Church is strongly against all forms of assisted conception, therefore to surrogacy. The Anglican Church is more flexible in its views and has not condemned the practice of surrogacy. Surrogacy is not forbidden in the Jewish religion-the child belongs to the father who gave the sperm and to the woman who gave birth. The Islamic view appears to be absolute in that surrogacy is not acceptable - pregnancy should be the fruit of a legitimate marriage. If a woman did deliver, the child would be hers. Buddhist religion does not ban surrogacy, however takes into consideration family ties and moral causes.

Concern about surrogacy agreements

Pregnancy and childbirth are deep, intimate and complex identity-related processes, which have significant physical and mental effects for the woman experiencing them. Surrogacy is a complex relationship which might be a fertile ground for harm and exploitation and must be recognized, especially when private organizations with financial interests are allowed to be involved. Disagreement has surrounded the practice of paid surrogacy since its beginning. Some feminist theorists were against paid surrogacy as the commodification of the body (Ketchum, 1989). Others, have argued that such surrogacy is permissible, but only if the woman maintains the right to choose to end the pregnancy as well as the possibility to cancel the agreement at any time (Tong, 1996). Some courts have followed this view (Steinbock, 2004). Still others have argued that commercial surrogacy should be prohibited as conflicting with the interests of the

child (Roberts, 1993). Defenders of more traditional family structures and methods of reproduction have claimed that the practice of surrogacy should be banned. (Alvare, 2002). These statements and implementation in different countries may lead couples to track surrogacy services abroad. Where commercial surrogacy is prohibited, or where surrogacy agreements are unenforceable, intended parents may look to an authority where such arrangements are legally permitted or where the contract will be enforced. Regardless of how these disagreements are resolved, it is evident that certain protections for both the gestational carrier and the intended parent(s) are required for any form of surrogacy to be ethically acceptable.

Legislation in different countries

In 2005, ESHRE task force on ethics and law concluded the following statements: The indications for surrogacy will be absence of the uterus regardless of aetiology, serious health risks for the intended mother or difficulties in becoming pregnant. In addition: 1. Payment for services is unacceptable; only of rational expenses and compensation for loss of income should be considered. 2. All parties involved should be counseled and screened separately by independent specialists. 3. The surrogate should be aged <35 years for partial surrogacy and <45 years for full surrogacy. 4. It is required that the surrogate has at least one child. 5. Only one embryo should be replaced in order to avoid multiple pregnancies and to prevent unnecessary complication of the surrogate's and the future child's health. For special conditions, the replacement of a maximum of two embryos can be considered. 6. The commissioning parents should be well aware that the surrogate has the legal right to make decisions about her pregnancy against their will and against the original agreement. 7. A 'cooling off period' is recommended so that all parties can think through their decision. 8. Long-term follow-up studies both of the resulting family and of the family of the gestating woman should be conducted, especially to gain insight in the psychological impact of the arrangement on the child(ren). (Shenfield F et al.).

Today, In Europe, surrogacy is not officially allowed in Austria, Bulgaria, Denmark, Finland, France, Germany, Italy, Malta, Norway, Portugal, Spain and Sweden. Altruistic, but not commercial, surrogacy is allowed in Belgium, Greece, the Netherlands and UK. (Soderstrom-Anttila et al, 2016). Some European countries, such as Poland and the Czech Republic, currently have no laws regulating surrogacy (Brunet et al., 2013). An extensive examination of national legal approaches to surrogacy was performed. (Brunet et al., 2013), analyzing existing European Union law and the law of the European Convention of Human Rights to determine what obligations and possibilities enclose national and transnational surrogacy. The study concludes that it is impossible to indicate a particular legal trend across the EU,

however all Member States appear to agree on the need for a child to have clearly defined legal parents and civil status.

Up to day, commercial surrogacy is legal in Georgia, Israel, Ukraine, Russia, India and California, USA, while in many states of the USA only altruistic surrogacy is acceptable as in Australia, Canada and New Zealand (Soderstrom-Anttila et al, 2016).

U.K Law

In the United Kingdom, as in Canada, prohibits commercial, but not voluntary-altruistic surrogacy agencies and forbids advertising for or about surrogacy. Only the commissioning couples and the host surrogate may initiate, negotiate or compile information to make surrogacy arrangements (Brinsden et al, 2000). Surrogacy agreements are unenforceable. Although the law around parentage in surrogacy is far clearer and more uniform in the U.K. than in Canada, the rules respecting legal parenthood can vary. Assisted reproduction in the U.K. is governed by the provisions of the Human Fertilisation and Embryology Act (HFE Act) and regulation is handled by the Human Fertilization and Embryology Authority (HFEA). Parentage in gestational surrogacy is determined on the basis of the status provisions of the HFE Act. These provisions, provide that the birth mother and her consenting spouse or same-sex civil partner are the legal parents of the child, whether or not they are genetically related to the child. If there is no father according to the status rules — where, for example, the surrogate mother is single or where her spouse or partner does not consent to the assisted conception treatment — the intended father can be considered the legal father of the child. It is clear that in gestational surrogacy, the intended parents are not the parents of the child at birth. Intended parents can seek what is called a Parental Order for adoption of the child. Until the Parental Order is approved, the future parents have no parental status and cannot make decisions regarding the child's welfare. To achieve a Parental Order, intended parents must meet several conditions: the application must be made at least six weeks but less than six months after the child is born; the birth mother and her spouse or partner must consent to the Order; at least one intended parent must be domiciled in the U.K.; the child must be in the care of the intended parents; at least one intended parent must be genetically related to the child and the intended parents must be a couple (either married or civil partners). Finally, and very significantly in the international surrogacy context, the court must be satisfied that "no money or other benefit (other than for expenses reasonably incurred) has been given or received by either of the applicants for or in consideration of the agreement or turning over the child, unless the payment is authorized by the court (Nelson E.).

U.S. Law

The remarkable changes in American family law as the development of assisted reproductive technologies (ART) developed brought to proposed laws as the sections of the 2000 Uniform Parentage Act as amended in 2002 (U.P.A.) law. (Kindregan CP, McBrien M, 2011).

The U.P.A. «provides for a written agreement among the proposed gestational mother, her husband if she is married, the donor or donors, and the intended parents. In this agreement, the gestational birth mother, her husband if she is married, and the gamete donor or donors relinquish all rights and duties regarding the child to be produced by ART. The agreement also provides for the intended parents to be the legal parents of the child so produced. The U.P.A. provides that a court may approve an agreement if the intended parents and the prospective gestational mother (and her husband if she is married) have been residents of the state for at least 90 days. The agreement can include a provision for reasonable compensation to the prospective gestational mother. A hearing to validate the agreement must include the following findings: (1) that the residency requirement has been met and the parties have submitted to the jurisdiction of the court; (2) that there has been a home study of the suitability of the intended parents in conformity with the standards governing adoptive parents unless it is waived by the court; (3) that all parties voluntarily entered the agreement and understand its terms; (4) that adequate provision has been made for reasonable health care expenses until the birth of the child; and (5) that the compensation provided to be paid to the gestational mother (if any) is reasonable. After the court has approved the agreement but prior to the gestational mother becoming pregnant by ART, she (and her husband if she is married) or either of the intended parents can terminate the agreement by giving written notice of termination to all other parties. Neither the gestational mother nor her husband can be held liable to the intended parents for terminating the agreement. The court may terminate the agreement for good cause. If a party gives notice of termination, the court will vacate the order of validation. The U.P.A. states that after the birth of a child to the gestational mother, the intended parents shall file a statement of the birth with the court if the birth took place within 300 days of the assisted reproduction. The court will then issue an order confirming the legal parentage of the intended parents, if necessary will issue an order for surrender of the child to the intended parents, and direct the issuance of a birth certificate naming the intended parents as the parents. If the intended parents do not report the birth to the court, the gestational mother or a state agency may do so. Upon proof that the court had validated the agreement, the court will enter an order declaring the intended parents to be the legal parents and that they are financially responsible for the support of the child» (Kindregan CP, McBrien M, 2011). In 2013, the Ethics Committee of the American Society for

Reproductive Medicine stated that intended parent(s) "are the individuals contracting with the gestational carrier and planning to be the social and legal parents of the child. "Gamete providers" are the sources of the sperm and oocytes; they may or may not be the intended parents. Gestational carriers have a right to be fully informed of the risks of the surrogacy process and of pregnancy. Gestational carriers should receive psychological evaluation and counseling. Gestational carriers should have independent legal counsel. Reasonable economic compensation to the gestational carrier is ethical. The intended parents are considered to be the psychosocial parents of any children born by a gestational carrier» (ASRM Committee Opinion, 2013).

Despite stated above, surrogacy laws vary widely among American states. Some states have legislation dealing with surrogacy agreements; these laws vary as to the legality of such agreements, their enforceability, and whether compensation is permitted. Other states make surrogacy agreements unenforceable and rely on the common law where custody is disputed.

Australian Law

Commercial surrogacy is prohibited in Australia. Until quite recently, even altruistic surrogacy was forbidden in several jurisdictions; now in most states it is permitted. As it is difficult to find women willing to enter into surrogacy arrangements without compensation (and as advertising related to surrogacy is commonly outlawed), many Australians have sought surrogacy services in other countries. In three Australian states (New South Wales, Queensland and the Australian Capital Territory), such surrogacy tourism has now been banned. Surrogacy contracts are not enforceable in Australia, although some states have provisions that enforce the obligation to pay surrogacy-related costs to the surrogate mother. In general terms, parentage law in Australia is similar to that of the U.K. The surrogate mother and her partner are parents at birth, regardless of whether there is any genetic connection to the child. In addition, as in the U.K., most states have a process whereby intended parents can obtain a court order declaring them legal parents. Statutory conditions attach to parentage orders, but the specifics vary by state. Very generally, the conditions include age and residency requirements for the parties, consent from all of the parties, terms that the agreement was made preceding conception and was not a commercial arrangement and a conclusion by the court that the child's welfare is best served by the order. (Nelson E).

Israeli law

The surrogacy law passed in 1996. It has enabled surrogacy in Israel up today. (State of Israel, Ministry of Health, 2013). By law, a man and woman who are partners are entitled to find a surrogate alone or through a surrogacy

agency, and to enter into a surrogacy contract with her. The surrogacy agreement is submitted to the Board for Approval of Surrogacy Agreements which verify the compatibility of the parties to the process: a check that the surrogate is not entering the process out of «emotional or financial distress, emotional and physical and medical suitability» of all those engaged in the procedure.

The Law

The Surrogacy Agreements Law (Embryo Carrying Agreement (Surrogacy law, 1996), deals with the agreement between the intended parents and the surrogate mother, according to which the surrogate mother agrees to become pregnant through implantation of an egg fertilized with the intended father's sperm, to carry pregnancy on behalf of the intended parents and to hand over the baby, after its delivery, to the intended parents. The law is intended for women of fertile age, Israeli citizen, aged up to 54, who are unable to become pregnant and carry a pregnancy, or who might severely put at risk their health should they become pregnant. The surrogate mother age should be 22-38 years and can undertake only two procedures of surrogacy if the two procedures ended with delivery, delivered once and did not become pregnant after embryo transfer on the second procedure or did not become pregnant after six embryo transfer attempts on each process.

The Embryo Carrying Agreement consists of two parts: The first part deals with the surrogacy agreement. The second part deals with the status and parenting of the newborn. The law views the surrogacy agreement as an autonomously drawn-up contract by the parties working in the "free market," but which must be put forward to an authorization committee for validation. The committee's task is to approve the agreement after ensuring that it meets the conditions set down by the law and is convinced that both parties signed of their own free will, and after establishing that no risks are posed to the mother's health or to the child's welfare. It was also decided that the committee has the authority to approve conditions for the surrogate mother regarding "monthly payments to cover considerable expenses and to recompense for wasted time, suffering, loss of income or temporary loss of working ability or any other reasonable compensations». The Board considers the documents submitted to it, hears the parties to the agreement as required and is entitled, as per its judgment, to require any additional material from the parties and to hear any additional person. The Board approves the surrogacy agreement after being satisfied that the conditions, as they appear in Section 5 (a) of the Law, are satisfied.

The Board for Approval of Surrogacy Agreements is entitled to reassess an approval that has been granted if a substantial change occurs in the facts, circumstances or conditions that its decision was based on, so long as the fertilized egg has not yet been implanted in the surrogate mother.

Board Members

The members of the Board for Approval of Surrogacy Agreements were appointed by the Minister of Health and have been acting under the provisions of the agreements law since the law came into force.

Composition of the Board:

Two physicians who are certified specialists in obstetrics and gynecology. A physician who is a certified specialist in internal medicine.

A clinical psychologist.

A social worker.

A public representative who is a jurist.

A clergyman, as per the religion of the parties to the agreement

The surrogate mother cannot pull out from the surrogacy agreement, unless a "genuine change occurs to justify this" prior to the issue of the parental order. The law forbids a family member of one of the intended parents to serve as the surrogate mother, as well as "traditional surrogacy," where the surrogate mother is genetically related to the fetus. The law states that the sperm used for IVF has to come from the intended father only and that the embryo carrying accord cannot include clauses which avoid the surrogate mother from receiving any medical treatment of her choice, including abortion. The law allows only heterosexual couples with legal couple status to use surrogacy. Single men and women, as well as lesbian and homosexual couples are not allowed to use the procedure.

By the end of 2013, from 1042 applications, 1026 couples were approved according to the law and 516 children had been born through surrogacy (State of Israel, Ministry of Health, 2013).

A very interesting description dealing with surrogacy in an Islamic country was reported (Aramesh K., 2009), affirming that gestational surrogacy is being practiced in some medical institutions in Teheran, and in some other cities in Iran and mentioning that most «Shiite scholars, but not Sunni have issued jurisprudential declarations (fatwas) that allows surrogacy as a treatment for infertility». The main ethical worry of Iran's practice with surrogacy is financial concern. Even though monetary compensation is allowed by religious authorities, it involves ethical problems. The author suggests that economic agreements should be limited to reimbursement to surrogate mother of her customary expenses.

Pregnancy complications and delivery rates after surrogacy treatment

In gestational surrogacy programs, the clinical pregnancy rate per embryo transfer was reported to be between 19 to 33% and 30 to 70% of the couples succeeded to become parents (Soderstrom-Anttila et al.). In a recent retrospective study, there were 178 pregnancies achieved out of 333

stimulation cycles, including fresh and frozen transfers. The mean age of the gestational carriers (GCs) was 31.8 (range 21–44). The indications for surrogacy were: 96 women mean aged 40.3, with recurrent implantation failure (RIF), recurrent pregnancy loss (RPL) and previous poor pregnancy outcome (132 cycles, pregnancy rate 50.0%, miscarriages rates 25.8% and 34.8% birth rate). Other 108 women mean aged 35.9, suffered from severe Asherman's syndrome, uterine malformations/uterine agenesis and maternal medical diseases (139 cycles, pregnancy rate 54.0%, miscarriages rates 20.0% and 40.3% birth rate). Maternal (GS) complication rates were low, occurring in only 9.8% of pregnancies. Fetal anomalies occurred in only 1.8% of the babies born. Moreover, Up to the age of 10 years there were no major psychological differences between children born after surrogacy and children born after other types of ART, or after natural conception (Serafini P., 2001). In studies which assessed contact between the surrogate mother and the intended mother/family, in the vast majority of cases contact was harmonious and regular, both during pregnancy and after birth (Jadva et al., 2003; Imrie and Jadva, 2014). Psychological personality test performed for surrogate mothers were found in the normal range (Jadva et al., 2015). Follow-up studies show that generally there were no significant difficulties for the surrogate mothers to hand over the children to the intended parents (Jadva et al., 2003; Pashmi et al., 2010).

In Conclusion

It is obvious that surrogacy involves deep ethical and religious problems and considerations. Normally the person who wants the child takes the medical risks of the pregnancy. In surrogacy arrangements the carrier takes the risks. However, as a result of growing demand from couples who cannot conceive on their own, together with the technological developments of IVF, in addition to acceptance and readiness of women to take part in the process of surrogacy as surrogate mothers, may spread the procedure to be performed in more and more countries around the world. However it is imperative that high degree of security is necessary for both the gestational carrier and the intended parent(s). Therefore, the state where the process of surrogacy is performed has as an obligation to provide clearly defined rules to enable the existence of a fair relationship which will benefit all participants. It also has an obligation to ensure the practical implementation of these rules and to conduct a long-term follow-up of all participants in the procedure and to make sure that no party suffers long-term harm. The Israeli law on surrogacy is an excellent example of the application and solution of most of the legal and ethical issues related to surrogacy process.

REFERENCES:

- Shenfield F, Pennings G, Cohen J, Devroey P, deWert G, Tarlatzis B. ESHRE Task Force on Ethics and Law 10: surrogacy. *Hum Reprod* 2005; 20:2705–2707.
- Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, Sullivan E, van der Poel on behalf of ICMART and WHO. The International committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised glossary on ART Terminology. *Hum Reprod* 2009; 24:2683–2687.
- FIGO Committee Report: Surrogacy. *Int J Gynaecol Obst* 2008; 102:312–313.
- Dempsey D. Surrogacy, gay male couples and the significance of biogenetic paternity. *New Genet Soc* 2013; 32:37–53.
- Lindenman E, Shepard MK, Pescovitz OH. Mullerian agenesis: an update. *Obstet Gynecol* 1997; 90:307–312.
- Practice Committee of the American society for Reproductive Medicine and Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive technology. Recommendations for practices utilizing gestational carriers: a committee opinion. *Fertil Steril* 2015; 103:e1–e8.
- Brinsden PR. Gestational surrogacy. *Hum Reprod Update* 2003; 9:483–491.
- Utian, W.H., Sheean, L., Goldfarb, J.M. et al. Successful pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer from an infertile woman to a surrogate. *N. Engl. J. Med* 1985; 313, 1351–1352.
- Ketchum SA. Selling babies and selling bodies. *Hypatia* 1989; 4:116–127.
- Tong R. Feminist bioethics: toward developing a “feminist” answer to the surrogate motherhood question. *Kennedy Inst Ethics J* 1996; 6:37–52.
- Steinbock B. Payment for egg donation and surrogacy. *Mt Sinai J Med* 2004;71:255–65.
- Roberts MA. Good intentions and a great divide: having babies by intending them. *Law Philos* 1993; 12:287–317.

- Alvare HM. Catholic teaching and the law concerning the new reproductive technologies. *Fordham Urban Law J* 2002;30:107–134.
- Shenfield F., Pennings G., Cohen J., Devroey P., de Wert G., Tarlatzis B. ESHRE Task Force on Ethics and Law 10: Surrogacy. *Hum Reprod* 2005; (20): 2705-2707.
- Soderstrom-Anttila V., Wennerholm U-B., Loft A., Pinborg A.; Aittomaki K.; Romundstad L B.; Bergh C. Surrogacy: outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families—a systematic review. *Hum Reprod Update* 2016; 22 (2): 260–276.
- Brunet L., Carruthers J., Davaki K., King D., Marzo C. McCandless J. A comparative study on the regime of surrogacy in EU member states: study. European Parliament, May, 15:2013. <http://www.europarl.europa.eu/studies>
- Brinsden PR., Appleton TC., Murray E., Hussein M., Akagbosu F., Marcus SF. Treatment by in vitro fertilization with surrogacy: experience of one british centre. *BMJ* 2000; 320: 924-928
- Nelson E. Global Trade and Assisted Reproductive Technologies: Regulatory Challenges in International Surrogacy. *J law, med & ethics.* 2013; 240-253.
- C. P. Kindregan, Jr. and M. McBrien; *Assisted Reproductive Technology: A Lawyer's Guide to Emerging Law and Science*, 2d ed. (Chicago: American Bar Association, 2011); 24-25.
- Consideration of the gestational carrier: a committee opinion. *Fertil Steril* 2013; 99 (7):1838-1841.
- Surrogacy in Israel. State of Israel, Ministry of Health, 2013: <https://www.health.gov.il/English/Topics/fertility/Surrogacy/Pages/default.aspx>
- Embryo Carrying Agreement (Surrogacy law). Israel Ministry of Health, 1996:pundekaut@moh.health.gov.il.http://www.health.gov.il/English/Services/Committees/Embryo_Carrying_Agreements/Pages/default.aspx
- Aramesh K. Iran's experience with surrogate motherhood: an Islamic view and ethical concerns. *J Med Ethics* 2009; 35:320-322.
- Dar S, LazerT, Swanson S, Silverman J, Wasser C, Moskovtsev SI, Sojecki A, Librach CL. Assisted reproduction involving gestational surrogacy: an analysis of the medical, psychosocial and legal issues: experience from a large surrogacy program. *Hum Reprod* 2015;30:345–352.
- Serafini P. Outcome and follow-up of children born after IVF-surrogacy. *Hum Reprod Update* 2001;7:23–27.
- Jadva V, Murray C, Lycett E, MacCallum F, Golombok S. Surrogacy: the experiences of surrogate mothers. *Hum Reprod* 2003;18:2196–2204.
- Imrie S, Jadva V. The long-term experiences of surrogates: relationships and contact with surrogacy families in genetic and gestational surrogacy arrangements. *Reprod Biomed Online* 2014;29:424–435.
- Jadva V, Imrie S, Golombok S. Surrogate mothers 10 years on: a longitudinal study of psychological well-being and relationships with the parents and child. *Hum Reprod* 2015;30:373–379.
- Pashmi M, Tabatabaie SMS, Ahmadi SA. Evaluating the experiences of surrogate and intended mothers in terms of surrogacy. *Iran J Reprod Med* 2010;8:33–40.

УДК 618.2

ВСЕМИРНАЯ ВОСТРЕБОВАННОСТЬ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА. РЕАЛИЗАЦИЯ И ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Адриан Элленбоген

ЭКО подразделение. Медицинский центр «Гиллель-Яффе», г.Хадера. Школа Медицины Раппапорт при Технионе - израильском технологическом институте
Израиль, Хайфа

ВВЕДЕНИЕ

Термин «Суррогатное материнство» подразумевает беременность женщины, рождение ребенка и передачу его другому лицу или паре, так называемым потенциальным или генетическим родителям (Шенфилд и соавт., 2005г.). Суррогатная мать - это женщина, которая вынашивает и рождает ребенка, а потенциальный родитель это лицо, которое собирается растить этого ребенка. В соответствии с определением Европейского общества репродукции человека и эмбриологии (ESHRE) (Шенфилд и соавт., 2005г.) пол потенциальных родителей не уточняется. Суррогатное материнство классифицируется на два основных типа: гестационное суррогатное материнство (где, суррогатная мать является биологической матерью ребенка, а не генетической) и традиционное суррогатное материнство (где, суррогатная мать является и биологической и генетической матерью). При гестационном суррогатном материнстве проводится экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) либо яйцеклетки потенциальной матери, либо донора, при таком типе, женщина, вынашивающая ребенка (гестационный курьер) не имеет генетической связи с ребенком (Зегерс-Хохшильд и соавт., 2009г.). При традиционном суррогатном материнстве могут проводиться как ЭКО, так и внутриматочная инсеминация: яйцеклетка берется у суррогатной матери, сперма либо у потенциального отца, либо донора. Это означает, что использование яйца суррогатной матери, делает ее и потенциального отца генетическими родителями. Суррогатное материнство может осуществляться как на добровольной безвозмездной основе, так и в коммерческих целях, в зависимости от того, получает ли суррогатная мать материальную компенсацию за свою беременность. Обычно наймом суррогатных матерей, действующих в коммерческих целях, занимаются агентства, которые покрывают расходы на медицинское обслуживание и производят оплату ей за гестационные услуги. При добровольном безвозмездном суррогатном материнстве, суррогатная мать ищется через друзей, знакомых или посредством рекламы. Матери могут быть возмещены медицинские расходы, непосредственно связанные с беременностью и потеря дохода по причине беременности (FIGO, Комитет по изучению этических аспектов репродукции человека и здоровья женщин, 2008г.; Демпси, 2013г.).

Основными показаниями к обращению к суррогатному материнству являются врожденное отсутствие матки и гистерэктомия, проведенная по разным причинам, при этом яичники должны сохранять свои функции. Мюллерова аплазия, в том числе врожденное отсутствие матки (синдром Майера-Рокитанского-Кюстера-Хаузера) встречаются относительно редко (Линденман и соавт., 1997г.). Другим показанием для женщин является привычный выкидыш или проведение нескольких попыток экстракорпорального оплодотворения, сопровождающего повторной неудачной имплантацией без всякой видимой причины. (Комитет по практической деятельности при Американском обществе репродуктивной медицины; ASRM, 2015). Определенные заболевания (например, порок сердца и почечная недостаточность), представляющие опасность для жизни женщины во время беременности, также являются показаниями к суррогатному материнству, если установлено, что будущая мать достаточно здорова, чтобы заботиться о ребенке после его рождения, и что продолжительность ее жизни приемлема (Бринсден, 2003г.). Кроме того, суррогатное материнство может быть подходящим вариантом для однополых мужских пар или одиноких мужчин (Демпси, 2013г.). Сведения по причинам обращения к суррогатному материнству на основании недавних публикации о 37 парах, прошедших ЭКО в клинике Борн Холл, Англия: гистерэктомия после онкологической хирургии (27%), врожденное отсутствие матки (16%), послеродовая гистерэктомия (16%), повторное неудачное ЭКО (16%), привычный выкидыш (13%), гистерэктомия при меноррагии (5%) и тяжелые заболевания (5%). (Бринсден, 2003 г.).

РАССМОТРЕНИЕ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА С РЕЛИГИОЗНОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ

Первый в истории случай о рождении ребенка после проведения гестационного суррогатного материнства был зарегистрирован в США (Утиан и соавт., 1985г.). Однако в основном по религиозно-этическим мотивам потребовалось более десяти лет, чтобы концепция и возможность технологии распространились по всему миру.

В христианстве католическая церковь решительно выступает против всех форм оплодотворения, следовательно, и против суррогатного материнства. Англиканская церковь в этом вопросе более дипломатична, и не осуждает практику суррогатного материнства. Такой вид беременности не запрещен и в иудаизме т.к. Ребенок принадлежит отцу, который дал сперму и женщине,

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА

которая его родила. В исламе полностью отвергают суррогатное материнство, т.к. считается, что беременность должна быть плодом законного супружества. Ребенок принадлежит женщине, родившей его. В буддизме суррогатное материнство не запрещено, однако во внимание принимаются семейные узы и моральные причины.

СЛОЖНОСТИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ ЗАКЛЮЧЕНИИ ДОГОВОРОВ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА

Беременность и роды – это основополагающие, интимные и сложные, связанные с использованием личных данных, процессы, которые оказывают значительное физическое и психическое воздействие на женщину, переживающую их. Суррогатное материнство – это построение сложных взаимоотношений, которое может с легкостью навредить и должно признаваться как эксплуатация, особенно в тех случаях, когда к участию могут привлекаться частные организации с финансовыми интересами. С самого начала практику платного суррогатного материнства окружили разногласия. Некоторые феминистские теоретики выступали против платного суррогатного материнства, что представляет собой коммодификацию тела (Кечум, 1989г.). Другие утверждают, что суррогатное материнство допустимо, но только в том случае, если женщина сохраняет право выбора прервать беременность, а также возможность расторгнуть договор в любое время (Тонг, 1996г.). Некоторые суды придерживались этой точки зрения (Штейнбок, 2004г.). Третьи утверждают, что коммерческое суррогатное материнство должно быть запрещено как противоречащее интересам ребенка (Робертс, 1993г.). Защитники более традиционных семейных структур и методов репродукции утверждают, что суррогатная практика должна быть запрещена. (Альвар, 2002г.). Эти заявления и их реализация в разных странах могут заставить пары искать услуги суррогатного материнства за рубежом. В тех странах, где коммерческое суррогатное материнство запрещено или если договор суррогатного материнства не имеет искиковой силы, потенциальные родители могут обратиться к учреждению в стране, где такие процедуры разрешены законом или где договор будет действительным. Независимо от того, как вытекающие из договора разногласия разрешаются, очевидно, что при любой форме суррогатного материнства требуются определенные этически приемлемые меры защиты как для гестационного курьера, так и для потенциального родителя (родителей).

ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО В РАЗНЫХ СТРАНАХ

В 2005 году целевая группа по этике и праву Европейского Общества по вопросам репродукции человека и эмбриологии (ESHRE) сделала следующие заявления: Показаниями к суррогатному материнству являются отсутствие матки независимо от этиологии, серьезный риск для здоровья потенциальной матери или испытываемые трудности забеременеть. Кроме того:

1. Плата за услуги неприемлема; следует рассматривать только рациональные расходы и компенсацию за потерю дохода.

2. Все заинтересованные стороны должны быть пред-

ставлены по рекомендации и обследованы индивидуально независимыми специалистами.

3. При частичном суррогатном материнстве возраст матери не должен превышать 35 лет, при полном суррогатном материнстве – 45 лет.

4. В обязательном порядке, суррогатная мать должна иметь, по крайней мере, одного ребенка.

5. Во избежание многоплодной беременности и для предотвращения нежелательных осложнений состояния матери и будущего ребенка допускается подсадка только одного эмбриона. В особых случаях, может быть рассмотрена подсадка максимум двух эмбрионов.

6. Приемные родители должны быть хорошо осведомлены о том, что суррогатная мать имеет законное право принимать решения о своей беременности против их воли и даже при условии не соблюдения первоначального заключенного договора.

7. Сторонам должно предоставляться время для обдумывания своих решений.

8. Должны быть проведены последующие длительные исследования, как потенциальной семьи, так и семьи женщины, вынашивающей плод для того, чтобы получить представление о психологическом воздействии процесса на ребенка (Шенфилд Ф. и соавт.).

На сегодняшний день, в таких европейских странах как Австрия, Болгария, Дания, Финляндия, Франция, Германия, Италия, Мальта, Норвегия, Португалия, Испания и Швеция, суррогатное материнство официально запрещено. В Бельгии, Греции, Нидерландах и Великобритании разрешено только добровольное безвозмездное суррогатное материнство (Содерстром-Анттила и соавт., 2016г.). Некоторые европейские страны, такие как Польша и Чехия, в настоящее время не имеют законов, регулирующих суррогатное материнство (Брунет и соавт., 2013г.). Было проведено обстоятельное изучение национальных правовых подходов к суррогатному материнству (Брунет и соавт., 2013г.), при котором анализировали существующее законодательство Европейского союза и нормы Европейской конвенции по правам человека, чтобы определить, какие обязательства и возможности охватывают национальные и транснациональные программы суррогатного материнства. В исследовании делается вывод о том, что невозможно указать конкретную правовую тенденцию в ЕС, однако все государства-члены, похоже, согласны с необходимостью четкого определения законных родителей и гражданского статуса ребенка.

На сегодняшний день, коммерческое суррогатное материнство является законным в Грузии, Израиле, Украине, России, Индии и Калифорнии (США), в то время как во многих штатах США, а также в Австралии, Канаде и Новой Зеландии, допустимо только добровольное безвозмездное суррогатное материнство (Содерстром-Анттила и соавт., 2016г.).

ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО ВЕЛИКОБРИТАНИИ

В Соединенном Королевстве, как и в Канаде, запрещены организации, предоставляющие услуги по суррогатному материнству в коммерческих целях, только на добровольной безвозмездной основе, также запрещена

реклама, пропагандирующая такую технологию. Инициировать, обсуждать или составлять предмет договора суррогатного материнства имеют право только приемные пары и матери при полном суррогатном материнстве. (Бринсден и соавт., 2000г.). Договора суррогатного материнства не имеют юридической силы. Хотя закон о родительских правах в Великобритании при суррогатном материнстве определен более четко и единообразно, чем в Канаде, правила, касающиеся законного родительства, могут различаться. Искусственное оплодотворение в Великобритании регулируется положениями *Акта об оплодотворении человека и эмбриологии* (Акт ОЧЭ), а Управление по оплодотворению и эмбриологии человека осуществляет контроль (HFEA). Родитель при гестационном суррогатном материнстве определяется на основе положений о статусе Акта ОЧЭ. Эти положения предусматривают, что биологическая мать и ее соглашающийся супруг, либо однополый гражданский партнер являются законными родителями ребенка, независимо от того, имеется ли у них генетическая связь с ребенком. Если в соответствии с правилами статуса отца нет - например, если суррогатная мать не замужем или ее супруг / партнер не согласны принимать участие при ЭКО, то потенциальный отец может считаться законным отцом ребенка. Очевидно, что при гестационном суррогатном материнстве потенциальные родители не являются биологическими родителями ребенка. Такие родители для усыновления ребенка могут ссылаться на распоряжение о степени родства. До утверждения Распоряжения о степени родства будущие родители не имеют родительского статуса и не могут принимать решения относительно благосостояния ребенка. Для получения одобренной степени родства потенциальные родители должны соблюсти несколько требований: заявление подается не менее чем за шесть недель и не позднее шести месяцев после рождения ребенка; биологическая мать и ее супруг или партнер должны дать согласие на Распоряжение; По крайней мере, один потенциальный родитель должен постоянно проживать в Великобритании; Ребенок должен находиться под присмотром потенциальных родителей; По крайней мере, один потенциальный родитель должен иметь генетическую связь с ребенком, и потенциальные родители должны находиться в отношениях (либо в официальном супружестве, либо в гражданском браке). И наконец последнее, но очень существенное в международном контексте суррогатного материнства условие, суд должен удостовериться, что не было получено денег или другой выгоды (кроме покрытия разумно понесенных расходов) ни одним из заявителей за или в связи с договором или передачу ребенка, за исключением случая, когда такая оплата санкционирована судом (Нельсон Е.).

ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО США

Значительные изменения в американском семейном праве в связи с развитием вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) привели к появлению предлагаемых законов в качестве разделов Единого закона родительства от 2000 года с поправками (ЕЗР), внесенными в 2002 году (Киндреган С.П., МакБрин М., 2011г.).

ЕЗР «Предусматривает письменный договор между

предлагаемой гестационной матерью, ее мужем, если она состоит в браке, донором или донорами, а также потенциальными родителями. В этом договоре гестационная суррогатная мать, ее муж, если она состоит в браке, и донор гамет или доноры отказываются от всех прав и обязанностей в отношении ребенка, появившегося на свет при ВРТ. Договор также предусматривает, что потенциальные родители являются законными родителями ребенка. ЕЗР определяет, что суд может утвердить договор, если потенциальные родители и предполагаемая гестационная мать (и ее муж, если она замужем) являются резидентами штата в течение не менее 90 дней. В Договор может быть включено положение о выплате разумной компенсации будущей гестационной матери. Слушание в целях утверждения договора проводится при следующих условиях: (1) требование о резидентстве удовлетворено, и стороны представили доказательства суду; (2) было проведено Заключение обследования социально-бытовых условий потенциальных родителей в соответствии со стандартами, регулируемыми приемных родителей, если только оно не отменено судом; (3) все стороны добровольно заключили договор и понимают его условия; (4) было учтено соответствующее положение о разумных медицинских расходах до рождения ребенка; и (5) что компенсация, выплачиваемая гестационной матери (если таковая имеется), является разумной. Гестационная мать (и ее муж, если она замужем) или любой из потенциальных родителей после утверждения договора судом, но до беременности при ВРТ, могут расторгнуть договор, направив письменное уведомление о прекращении всем другим сторонам. Ни гестационная мать, ни ее муж не несут ответственность перед потенциальными родителями за прекращение действия договора. Суд имеет право расторгнуть договор по уважительной причине. Если сторона уведомляет о расторжении договора, суд отменяет порядок проверки. В соответствии с ЕЗР после рождения ребенка у гестационной матери, потенциальные родители должны подать в суд заявление о рождении, если рождение произошло в течение 300 дней после проведения вспомогательной репродукции. Затем суд выдает распоряжение, подтверждающее правовой статус потенциальных родителей, и при необходимости издает распоряжение о передаче ребенка потенциальным родителям и выдаче свидетельства о рождении, в котором потенциальные родители указываются в качестве законных родителей. Если потенциальные родители не подают в суд заявление о рождении, это могут сделать гестационная мать или государственный орган. Доказательством утверждения договора судом является выданное распоряжение, в котором указывается, что потенциальные родители являются законными родителями и что они несут финансовую ответственность за содержание ребенка (Киндреган С.П., МакБрин М., 2011г.). В 2013 году, Комитет по этике Американского общества репродуктивной медицины дал следующее определение: потенциальные родители (родитель) - это лица, которые заключают договор с гестационным курьером и планируют быть законными родителями ребенка. «Поставщики гамет» - это источники спермы и ооцитов, которые по своему усмотрению могут стать потенциальными роди-

телями. Гестационные курьеры имеют право быть полностью проинформированными о рисках суррогатного процесса и беременности. Они должны проходить психологическое освидетельствование, получать консультации, иметь независимого адвоката. Этическая денежная компенсация для курьеров воспринимается в качестве этических норм. Потенциальные родители считаются родителями с психосоциальными качествами любого ребенка, рожденного гестационным курьером» (Заключение Комитета ASRM, 2013г.).

Несмотря на изложенное выше, законы о суррогатном материнстве в разных штатах Америки широко варьируются. В некоторых штатах существуют законы, касающиеся договоров суррогатного материнства; эти законы отличаются в зависимости от законности таких договоров, возможности их принудительного исполнения и допускается ли компенсация. В других штатах договора суррогатного материнства не имеют исковой силы и регулируются общим законом, в котором оспаривается опека.

ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО АВСТРАЛИИ

Коммерческое суррогатное материнство в Австралии запрещено. До недавнего времени в нескольких юрисдикциях было запрещено даже добровольное безвозмездное суррогатное материнство; теперь в большинстве штатов оно разрешено. Поскольку трудно найти женщин, готовых вступить в программу суррогатного материнства без компенсации (и поскольку реклама, пропагандирующая суррогатное материнство, обычно проводится незаконно), многие австралийцы прибегают к услугам суррогатного материнства в других странах. В трех австралийских штатах (Новый Южный Уэльс, Квинсленд и Австралийская столичная территория) такой «суррогатный туризм» теперь запрещен. В Австралии договор суррогатного материнства не подлежит исполнению, хотя в некоторых штатах имеются положения, обязывающие покрывать расходы, понесенные суррогатной матерью при суррогатном материнстве. В общих чертах, Закон о родительских правах в Австралии аналогичен этому закону в Великобритании. Суррогатная мать и ее партнер являются биологическими родителями, независимо от того, существует ли какая-либо генетическая связь с ребенком. Кроме того, точно также, как и в Великобритании, большинство штатов имеют процесс, при котором потенциальные родители могут получить судебное распоряжение, согласно которому они становятся законными родителями. В распоряжении о родительском статусе указываются нормативно-правовые условия, но особенности зависят от штата. Как правило, условия включают в себя требования к возрасту и проживанию сторон, согласие всех сторон, условие того, что договор заключен до зачатия, на безвозмездной основе, а также заключение суда о том, что благополучие ребенка обеспечено распоряжением наилучшим образом. (Нельсон Е).

ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО ИЗРАИЛЯ

Закон о суррогатном материнстве был принят в 1996 году, что на сегодняшний день способствовало применению суррогатного материнства в Израиле (Государство

Израиль, Министерство здравоохранения, 2013 год). В соответствии с законом, мужчина и женщина, находящиеся в супружестве, имеют право найти суррогатную мать самостоятельно или через специализированное агентство и заключить с ней договор. Договор суррогатного материнства представляется Совету для утверждения, в процессе чего проверяют совместимость сторон, а также то, что суррогатная мать не испытывает эмоционального или финансового стресса, пригодность всех участников по психологическим, физическим и медицинским показателям.

ЗАКОН

Закон о договорах суррогатного материнства (Соглашение о Вынашивании эмбриона (Закон о суррогатном материнстве, 1996 год) посвящен договору, заключаемому между потенциальными родителями и суррогатной матерью, согласно которому суррогатная мать соглашается забеременеть путем имплантации яйцеклетки, оплодотворенной спермой потенциального отца, перенести беременность от имени потенциальных родителей и передать им ребенка после его рождения. Закон распространяется на женщин фертильного возраста, гражданок Израиля, в возрасте до 54 лет, которые не могут забеременеть и перенести беременность или которые при беременности подвергают свое здоровье серьезному риску. Возраст суррогатной матери должен быть 22-38 лет, могут выполняться только две процедуры суррогатного материнства, если обе процедуры закончились родами, либо были одни роды, и беременность не наступила после трансплантации шести эмбрионов во время второй процедуры или беременность не наступила после шести попыток трансплантации эмбрионов при каждом процессе.

Соглашение о вынашивании эмбриона состоит из двух частей: первая часть касается договора суррогатного материнства, вторая посвящена статусу и воспитанию новорожденного. Закон рассматривает договор суррогатного материнства в качестве соглашения, самостоятельно оформленного сторонами, действующими на «свободном рынке», но который должен быть представлен в уполномочивающую комиссию для проверки. Задача комиссии состоит в том, чтобы одобрить договор после того, как он будет соответствовать условиям, установленным законом, а также удостовериться, что обе стороны подписали его по собственному желанию, нет каких-либо рисков для здоровья матери или благосостояния ребенка. Было также принято решение, что комиссия уполномочена утверждать условия для суррогатной матери относительно «ежемесячных выплат для покрытия значительных расходов и в качестве возмещения за потраченное время, страдания, потерю дохода или временную утрату трудоспособности или любые другие разумные компенсации». Совет рассматривает представленные ему документы, а в случае необходимости заслушивает стороны договора и имеет право, по своему усмотрению, потребовать от сторон дополнительные материалы и заслушать любое дополнительное лицо. Совет утверждает договор суррогатного материнства после того, как он убедился, что условия, указанные в разделе 5 (а) Закона, соблюдены.

До имплантации оплодотворенного яйца суррогатной матери Совет по утверждению договоров суррогатного материнства имеет право выполнить переоценку предоставленного ранее официального утверждения в случае существенных изменений, произошедших в фактах, обстоятельствах или условиях, ставших основанием его решения.

ЧЛЕНЫ СОВЕТА

Члены Совета по утверждению договоров суррогатного материнства были назначены министром здравоохранения, и действуют в соответствии с положениями закона о договорах с момента его вступления в силу.

Состав Совета:

Два врача – сертифицированных специалиста в области акушерства и гинекологии.

Врач - сертифицированный специалист по внутренней медицине.

Клинический психолог.

Социальный работник.

Общественный представитель - юрист.

Священник религии сторон договора

До выдачи Распоряжения о степени родства суррогатная мать не может расторгнуть договор суррогатного материнства, если только «изменения имеющие место не оправдывают это». Закон запрещает члену семьи одного из потенциальных родителей становиться суррогатной матерью, а также «традиционное суррогатное материнство», когда суррогатная мать имеет генетическую связь с плодом. В законе говорится, что сперма, используемая для ЭКО, должна браться только от потенциального отца и что сделка на вынашивание эмбриона не должна включать положения, которые **бы препятствовали** суррогатной матери получать любое лечение по ее выбору, **включая аборт**. Закон разрешает только гетеросексуальным парам, находящимся в супружестве, прибегать к суррогатному материнству. К этой процедуре не допускаются одинокие мужчины и женщины, а также лесбийские и гомосексуальные пары.

К концу 2013 года из 1042 заявлений 1026 пар были утверждены в соответствии с законом, и с помощью суррогатного материнства было рождено 516 детей (Государство Израиль, Министерство здравоохранения, 2013 год).

Был зафиксирован интересный нормативный документ, посвященный суррогатному материнству в исламской стране (Арамеш К., 2009г.), который подтверждает, что гестационное суррогатное материнство практикуется некоторыми медицинскими учреждениями в Тегеране и в некоторых других городах Ирана, и он цитирует, что большинство «шиитских ученых, кроме суннитов, издали правовые декларации (фетвы), на основании которых допускается суррогатное материнство в качестве лечения бесплодия». Главная этическая обеспокоенность по поводу суррогатного материнства в иранской практике связана с финансовой стороной. Даже если денежное вознаграждение разрешено религиозными властями, то проблема возникает по этическим соображениям. Автор предлагает в положениях хозяйственных договоров ограничиться возмещением суррогатной матери ее текущих расходов.

ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ БЕ-

РЕМЕННОСТИ, И ПОКАЗАТЕЛЬ РОЖДАЕМОСТИ ПРИ СУРРОГАТНОМ МАТЕРИНСТВЕ

В программах суррогатного материнства частота клинических беременностей на перенос эмбрионов составила от 19 до 33%, и от 30 до 70% пар смогли стать родителями (Содерстром-Анттила и соавт.). В недавнем ретроспективном исследовании было зафиксировано 178 беременностей из 333 циклов стимуляции, включая перенос свежих и размороженных эмбрионов. Средний возраст гестационных курьеров (ГК) составил 31,8 лет (в диапазоне от 21 до 44 лет). Показаниями для суррогатного материнства были: 96 женщин в возрасте 40,3 лет с повторной неудачной имплантацией (RIF), рецидивирующая потеря беременности (RPL) и неблагоприятный исход предыдущей беременности (132 цикла, частота наступления беременности 50,0%, частота выкидышей 25,8% и рождаемость 34,8%). Другие 108 женщин в возрасте 35,9 лет страдали тяжелым синдромом Ашермана, пороками развития матки / мюллеровой агенезией и заболеваниями внутренних женских органов (139 циклов, частота наступления беременности 54,0%, частота выкидышей 20,0 и рождаемость 40,3%). Частота осложнений у матерей (GS) была низкой, и она наблюдалась только у 9,8% беременных. Аномалии плода происходили только у 1,8% рожденных детей. Кроме того, у детей в возрасте до 10 лет не наблюдались какие-либо серьезные психологические различия между детьми, родившимися после суррогатного материнства, и детьми, родившимися после других видов ВРТ, или после естественного зачатия (Серафини П., 2001г.). В исследованиях, при которых оценивали факт контактирования между суррогатной матерью и потенциальной матерью/семьей, в подавляющем большинстве случаев контакт был гармоничным и регулярным, как во время беременности, так и после родов (Ядва и соавт., 2003г.; Имри и Ядва, 2014г.). Результаты психологического теста на выявление основных черт характера среди суррогатных матерей находились в нормальном диапазоне (Ядва и соавт., 2015г.). Последующие исследования показывают, что в целом у суррогатных матерей не возникало существенных трудностей при передаче детей потенциальным родителям (Ядва и соавт., 2003г.; Пашми и соавт., 2010г.).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Очевидно, что суррогатное материнство связано с глубокими этическими и религиозными проблемами и соображениями. Обычно тот, кто хочет ребенка, берет на себя медицинский риск во время беременности. При суррогатном материнстве такой риск не себя берет курьер. Тем не менее, в результате растущего спроса со стороны пар, которые не могут самостоятельно родить ребенка, наряду с технологическими разработками ЭКО, а также готовность женщин участвовать в процессе суррогатного материнства в качестве суррогатных матерей, могут распространить эту технологию во многих странах мира. Однако крайне важно соблюдение безопасности на высоком уровне как для гестационного курьера, так и для потенциальных родителей (родителя). Таким образом, в государствах, в которых осуществляется суррогатное материнство, должны вводиться четко определенные

правила, которые позволят установить справедливые отношения, благоприятные для всех участников процесса. Также перед ними стоит задача обеспечить практическое выполнение этих правил и проведение длительно-го наблюдения за всеми участниками процедуры, чтобы гарантировать, что ни одна из сторон не пострадала от

нанесенного длительного вреда. Израильское законодательство о суррогатном материнстве является прекрасным примером применения и решения большинства правовых и этических вопросов, связанных с процессом суррогатного материнства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шенфилд Ф., Пеннингс Г., Коэн Дж., Деврой П., Деверт Г., Тарлацис Б. 10-ая Целевая группа по этике и праву Европейского Общества по вопросам репродукции человека и эмбриологии (ESHRE): суррогатное материнство. Репродукция человека (жур.) 2005г.; 20:2705–2707.
2. Зегерс-Хохшильд Ф., Адамсон Г.Д., де Музон Ж., Ишихара О., Мансур Р., Нигрен К., Салливан Е., ван дер Поель от имени ICMART и ВОЗ. Пересмотренный глоссарий по терминологии ВРТ Международного комитета по мониторингу вспомогательных репродуктивных технологий (ICMART) и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Репродукция человека (жур.) 2009г.; 24:2683–2687.
3. Отчет Комитета FIGO: Суррогатное материнство. Международный журнал по гинекологии и акушерству, 2008г. 102:312–313.
4. Демпси Д. Суррогатное материнство, гомосексуальные пары и значение биогенетического отцовства. Новая Генетика и Общество, 2013г.; 32:37–53.
5. Линденман Е., Шепард М.К., Песовиц О.Н. Мюллеровая агенезия: обновление. Акушерство и гинекология, 1997г.; 90:307–312.
6. Правовой Комитет Американского общества репродуктивной медицины и Правовой Комитет Общества вспомогательных репродуктивных технологий. Рекомендации по практике привлечения гестационных курьеров: заключение комиссии. Рождаемость и стерильность, 2015г.; 103:e1–e8.
7. Бринсден П.Р. Суррогатное материнство. Репродукция человека, обновление (жур.) 2003г. 9:483–491.
8. Утиан В.Х., Шиан Л., Голдфарб Ж.М. и соавт. Успешная беременность после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона от бесплодной женщины к суррогатной матери. Медицинский журнал Новой Англии, 1985г.; 313, 1351±1352.
9. Кечум С.А. Продажа младенцев и продажа тел. Гипатия, 1989г.; 4:116–127.
10. Тонг Р. Феминистская биоэтика: разработка «феминистского» ответа на вопрос о суррогатном материнстве. Журнал Института этики им. Кеннеди 6:37–52.
11. Штейнбок Б. Плата за донорство яйцеклеток и суррогатное материнство. Медицинский Журнал «Гора Синай» 2004г.; 71:255–65.
12. Робертс М.А. Благие намерения и большой разрыв: получение детей по намерению. Закон и философия 1993 г.; 12:287–317.
13. Альвар Н.М. Католическое учение и закон о новых репродуктивных технологиях. Фордемский городской юридический журнал, 2002г.; 30:107–134.
14. Шенфилд Ф., Пеннингс Г., Коэн Дж., Деврой П., Деверт Г., Тарлацис Б. 10-ая Целевая группа по этике и праву Европейского Общества по вопросам репродукции человека и эмбриологии (ESHRE): суррогатное материнство: Репродукция человека (жур.) 2005г.; (20): 2705-2707.
15. Содерстром-Анттила В., Веннерхольм У-Б., Лофт А., Пинборг А.; Айттомаки К.; Ромундштад Л.Б.; Берг К. Суррогатное материнство: результаты для суррогатных матерей, детей и получивших их семей - систематический обзор. Репродукция человека, обновление (жур.) 2016г. 22 (2): 260–276.
16. Брунет Л., Каррутерс Ж., Даваки К., Кинг Д., Марзо К. МакКэндлис Дж. Сравнительное исследование режима суррогатного материнства в странах-членах ЕС: исследование. Европейский Парламент, 15 мая 2013г. <http://www.europarl.europa.eu/studies>
17. Бринсден П.Р., Апплетон Т.К., Муррэй Е., Хуссейн М., Акагбосу Ф., Маркус С.Ф. Программа суррогатного материнства с применением экстракорпорального оплодотворения: опыт одного британского центра. BMJ 2000; 320: 924-928
18. Нельсон Е. Глобальная торговля и вспомогательные репродуктивные технологии: Регуляторные вызовы в суррогатном материнстве международного уровня. Журнал Права, Медицины и Этики. 2013; 240-253.
19. С.П. Киндреган, Джр. и МакБрин М.; Вспомогательные репродуктивные технологии: справочник юриста по новым законам и науке, 2-е изд. (Чикаго: Американская ассоциация юристов, 2011 г.); 24-25.
20. Рассмотрение понятия «гестационный курьер»: заключение комиссии. Рождаемость и стерильность, 2013г.; 99 (7):1838-1841.
21. Суррогатное материнство в Израиле. Государство Израиль, Министерство здравоохранения, 2013 год;
22. <https://www.health.gov.il/English/Topics/fertility/Surrogacy/Pages/default.aspx>

23. Соглашение о Вынашивании эмбриона (Закон о суррогатном материнстве). Министерство здравоохранения Израиля, 1996 г.:
24. pundekaut@moh.health.gov.il.
25. http://www.health.gov.il/English/Services/Committees/Embryo_Carrying_Agreements/Pages/default.aspx
26. Арамеш К. Опыт Ирана в отношении суррогатного материнства: исламский взгляд и этические проблемы. Журнал медицинской этики, 2009г.; 35:320-322.
27. Дар С., Лазер Т., Свансон С., Силверман Дж., Вассер К., Московцев С.И., Соджеки А., Либрах К.Л. Вспомогательная репродукция методом суррогатного материнства: анализ медицинских, психосоциальных и юридических аспектов: опыт крупной программы суррогатного материнства. Репродукция человека (жур.) 2015г.;30:345–352.
28. Серафини П. Результат суррогатного материнства при ЭКО и последующее наблюдение за родившимися детьми. Репродукция человека, обновление (жур.) 2001г., 7:23–27.
29. Ядва В., Муррэй С., Ликетт Е., МакКаллум Ф., Голомбок С. Суррогатное материнство: опыт суррогатных матерей. Репродукция человека (жур.) 2003г.;18:2196–2204.
30. Имри С., Ядва В. Многолетний опыт суррогатного материнства: поддержание отношений и контактирование с семьями с ребенком, рожденным от суррогатной матери при генетическом и гестационном суррогатном материнстве. Репродуктивная Биомедицина Онлайн 2014;29:424–435.
31. Ядва В., Имри С., Голомбок С. Суррогатные матери на протяжении 10 лет: продольное исследование психологического благополучия и отношений между родителями и ребенком. Репродукция человека (жур.) 2015г.;30:373–379.
32. Пашми М., Табатабайте С.М.С., Ахмади С.А. Оценка опыта суррогатных и потенциальных матерей при процедуре суррогатного материнства. Иранский журнал репродуктивной медицины, 2010г.;8:33–40.

УДК 618.2

SURROGACY IN THE UNITED KINGDOM

Mr Stuart Lavery

MRCOG MSc MBBCh, Consultant Gynaecologist, Lead Clinician and PR IVF Unit, Honorary Senior Lecturer Imperial College, Department of Reproductive Medicine

INTRODUCTION

Surrogacy is legal in the UK, and its practice is governed by the Surrogacy Arrangements Act 1985. Any surrogacy arrangement that involves a medical third party or the artificial use of gametes also falls under the jurisdiction of the Human Fertility and Embryology Authority (HFEA) and its Code of Practice. Surrogacy is defined in the UK as an arrangement made by a woman before she is pregnant to carry a child and then hand over the child and parental responsibility to another person or persons. The pregnancy is deemed to start at the time of insemination or embryo transfer

UK Law on Surrogacy

The main legal principle governing UK surrogacy practice is that no surrogacy arrangement is enforceable by or against the persons making it. The law prevents any commercial arrangement in

- initiating a surrogacy agreement
- negotiating a surrogacy agreement
- compiling information to arrange surrogacy agreements

It is however legal for the surrogate herself or a commissioning person or couple to enter into surrogacy agreements. Any not-for-profit organization is allowed to initiate and facilitate surrogacy arrangements. All payments to such a not-for-profit organization have to be considered 'reasonable'. It is against UK law for a prospective surrogate mother to advertise her service, and it is also against UK law for a commissioning couple or person to advertise for a surrogate.

At birth, the woman who delivers the baby (ie the surrogate) is regarded as the legal mother. If the surrogate is married, then her partner is regarded as the father (or same-sex parent). If the surrogate is not married, then one of the commissioning couple may go on the birth certificate. The commissioning couple can then apply for a parental order within 6 months to take on full parental responsibility. The birth certificate can be changed at this stage.

Surrogacy Practice in the UK

Informal surrogacy arrangements may take place between individuals and couples in an unregulated way. Any surrogacy arrangement that involves a medical professional or a fertility clinic is carefully regulated by the HFEA. Due to the complexity of regulation and parental orders, not all clinics offer surrogacy.

'Known' surrogacy where the surrogate and commissioning couple are known to each other, or are family related eg sisters is allowed. Commissioning couples who

cannot provide their own surrogates can approach agencies or charities that operate on a not-for-profit basis. Examples in the UK include

- COTS
- Surrogacy UK www.surrogacy.org.uk
- Brilliant Beginnings www.brilliantbeginnings.co.uk

Treatments normally start by a commissioning couple approaching a clinic. A history is taken in the normal way and a clinical examination is undertaken. Investigations for the female usually include a hormone profile such as AMH, FSH and E2 for ovarian reserve, and a mid-luteal progesterone to confirm ovulation, and a trans-vaginal ultrasound to check pelvic anatomy. In view of the complexity of surrogacy law and regulation, commissioning couples are also encouraged (or mandated depending on the clinic) to attend counseling sessions where the mechanisms of parental orders and the lack of enforceability is clearly explained. Couples complete the HFEA consent forms with the counselor. Issues around the psychological and emotional aspects of surrogacy are also discussed.

Clinics tend not to keep surrogates associated with a clinic but advise commissioning couples to contact the agencies or charities who can link up surrogates with couples. As the relationship is very much based on trust, there is often a 'mutual' interview. Many surrogates will not start the relationship off until the couple have embryos in cryo-storage. A series of blood investigations (including infection screening) are mandated by the regulator are performed.

Investigations for the surrogate include a transvaginal ultrasound scan, and usually some assessment of the uterine cavity such as a saline scan, HyCoSy or HSG.

The vast majority of surrogacy treatments are of the partial or 'gestational carrier' type using a frozen embryo from a commissioning couple. Frozen embryo transfers are performed either in a natural cycle or in a medicated HRT



cycle. “Fresh” surrogacy treatment where no cryopreservation occurs is also permitted.

Overseas surrogacy

Some patients will seek treatment overseas either due to cost or to try and engage in a surrogacy contract that is legally enforceable. We always advise legal advice and

assistance in his circumstance due to potential difficulties in the ‘statehood’ of the baby. Surrogates who live in the UK are entitled to full free NHS obstetric care.

Attached documents

- 1 Surrogacy Act 1985
- 2 HFEA surrogacy regulator guidance

УДК 618.2

СУРРОГАТНОЕ МАТЕРИНСТВО В СОЕДИНЕННОМ КОРОЛЕВСТВЕ ВЕЛИКОБРИТАНИЯ

Стюарт Лавери

MRCOG MSc MBCh, Consultant Gynaecologist, Lead Clinician and PR IVF Unit, Honorary Senior Lecturer Imperial College, Department of Reproductive Medicine

ВВЕДЕНИЕ

Суррогатное материнство является законным в Великобритании, и его практика регулируется положениями Закона о суррогатном материнстве 1985 года. Любое соглашение о суррогатном материнстве, предусматривающее медицинское участие третьей стороны или искусственное использование половых клеток, также подпадает под юрисдикцию Управления по оплодотворению и эмбриологии человека Великобритании (HFEA) с применением соответствующего Кодекса сложившейся практики. Суррогатное материнство определяется в Великобритании как соглашение, заключенное женщиной до беременности, предусматривающее вынашивание ребенка с последующей передачей его и родительской ответственности другому лицу или лицам. Беременность считается начавшейся по завершении процедуры осеменения или переноса эмбрионов

Закон Великобритании о суррогатном материнстве

Основной правовой принцип, регулирующий практику суррогатного материнства в Великобритании заключается в том, что в отношении договоренности о суррогатном материнстве отсутствует какая-либо возможность ее принудительного исполнения сторонами такой договоренности. Закон запрещает наличие какой-либо коммерческой составляющей в рамках

- заключения соглашения о суррогатном материнстве
- обсуждения условий соглашения суррогатном материнстве
- информационного обеспечения процедуры заключения соглашения о суррогатном материнстве

Тем не менее, закон не запрещает непосредственное заключение соглашения о суррогатном материнстве между самими сторонами такового: суррогатной матерью и лицом или парой лиц, выступающих заказчиками. Любой некоммерческой организации разрешается инициировать и способствовать заключению соглашения о суррогатном материнстве. Все выплаты такой некоммерческой организации должны считаться «разумно обоснованными». Аналогичным образом, законодательством Великобритании запрещено какое-либо рекламирование своих услуг потенциальными суррогатными матерями, а также поиск таковых лицами, планирующими выступать в качестве заказчиков суррогатного материнства.

По завершении родов роженица (выступающая в качестве суррогатной матери) рассматривается как законная мать. Если суррогатная мать замужем, то ее партнер рассматривается как отец (или родитель того же пола). Если суррогатная мать не состоит в браке, то одно лицо из пары заказчиков может инициировать процедуру получения свидетельства о рождении ребенка. После этого пара лиц, выступающих заказчиками, могут подать заявку на получение распоряжения о степени родства в

течение 6 месяцев с принятием на себя полной родительской ответственности. На данном этапе свидетельство о рождении может быть изменено.

Практика суррогатного материнства в Великобритании

Заключение соглашений о суррогатном материнстве в неформальном порядке между отдельными лицами и парами какому-либо специальному регулированию не подлежит. При этом любое соглашение о суррогатном материнстве, предусматривающее участие специалистов в области медицины или центра планирования семьи и репродукции тщательно регулируется HFEA. Ввиду сложности регулирования и процедур, связанных с установлением степени родства, не все клиники предлагают услуги суррогатного материнства.

Допускается практика суррогатного материнства «по знакомству», где суррогатная мать и пара лиц, выступающих заказчиками, знают друг друга, или связаны семейными узами, например, являются сестрами. Пары, желающие воспользоваться услугами суррогатного материнства, но не имеющие возможности привлечь к этому знакомую им суррогатную мать, могут обратиться в агентства или благотворительные организации, осуществляющие деятельность на некоммерческой основе. Ниже в качестве примера указаны некоторые из таких организаций в Великобритании:

- COTS
- Surrogacy UK www.surrogacy.org.uk
- Brilliant Beginnings www.brilliantbeginnings.co.uk

Процедура обычно начинается с обращения пары лиц, желающих воспользоваться услугами суррогатного материнства, в клинику. В обычном порядке выполняется сбор данных для составления анамнеза и проводится

медицинское обследование. Обследование женщины, как правило, включает в себя анализ гормонального профиля, например, исследование резерва яичников с помощью антимюллеровых гормонов, фолликулостимулирующих гормонов и E2, а также исследование на срединно-лютеиновый прогестерон для подтверждения овуляции и трансвагинальное УЗИ для проверки анатомии органов малого таза. Ввиду сложности нормативного регулирования суррогатного материнства, парам, выступающим заказчиками в соглашении о суррогатном материнстве, также рекомендуется (или вменяется в обязанность, в зависимости от клиники) участие в консультациях по вопросам прохождения процедур получения распоряжений о степени родства и отсутствия в законодательстве норм принудительного исполнения соглашения о суррогатном материнстве. По результатам таких консультаций пары заполняют формы информированного согласия HFEA. Также в рамках консультаций обсуждаются психологические и эмоциональные аспекты суррогатного материнства.

Клиники, как правило, не поддерживают какие-либо отношения с суррогатными матерями, однако могут порекомендовать парам, желающим воспользоваться услугами суррогатного материнства, обратиться в определенные агентства или благотворительные организации, которые помогут им установить связь с соответствующими кандидатками. Учитывая то, что отношения во многом базируются на доверии, нередко проводится «взаимное собеседование». Многие суррогатные матери готовы приступить к обсуждению соглашения только при условии предварительного размещения парой заказчиков эмбрионов в крио-хранилище. Также регулирующими органами предусматривается ряд обязательных исследований крови (в том числе, на наличие инфекций).

Обследование суррогатной матери включает в себя трансвагинальное УЗИ, и, как правило, некоторые иссле-

дования полости матки, например, сканирование в физиологическом растворе, гистеросальпингографию или контрастную гистеросальпингосонографию.

Подавляющее большинство вариантов инициирования суррогатного материнства предусматривают собой вынашивание плода «гестационным курьером» с использованием замороженных эмбрионов пары лиц, выступающих заказчиками. Перенос замороженных эмбрионов осуществляется либо в естественном цикле, либо в цикле медикаментозной гормонозаместительной терапии. Также допускается суррогатное материнство без криоконсервации эмбрионов.

Заключение соглашений о суррогатном материнстве на территории другой страны

Некоторые пациенты обращаются за медицинской помощью в решении данного вопроса в зарубежные организации, как из соображений экономии средств, так и в попытке заключить соглашение о суррогатном материнстве, которое будет юридически обязательным для всех его сторон. Мы всегда предоставляем необходимые юридические консультации и содействие в данных обстоятельствах ввиду возможных трудностей в установлении гражданства ребенка. Суррогатные матери, проживающие на территории Великобритании, имеют право на безвозмездное получение комплексной акушерской помощи в рамках Системы медицинского обслуживания населения в Великобритании.

Прилагаемые документы:

1. Закон о суррогатном материнстве 1985 года
2. Руководство HFEA по суррогатному материнству

ASSESSMENT AND SCREENING IN SURROGACY ARRANGEMENTS

14A Interpretation of mandatory requirements

Intended parents providing gametes in surrogacy arrangements must be screened in line with requirements for gamete donors.

14.1

The centre should assess all those involved in surrogacy arrangements before providing treatment, in line with the welfare of the child assessment process, outlined in guidance note 8. See also >

Additional information for those involved in surrogacy arrangements

14.2

The centre should ensure that those involved in surrogacy arrangements have received information about legal parenthood under the HFE Act 2008 and other relevant legislation. This information should cover who may be the legal parent(s) when the child is born, as outlined in guidance note 6.

14.3

The centre should ensure that those involved in surrogacy arrangements have received information about the effect of the parenthood provisions in the HFE Act 2008 and in particular the Parental Orders provisions in the Act. These state that parental rights and obligations in respect of surrogacy arrangements may be transferred from the birth parent(s) to those who commissioned the surrogacy arrangement, as long as certain conditions are met. One of the conditions that must be met is that the gametes of one or more of the intended parents must be used, so that one partner has a genetic link to the child born. In the case of mitochondria donation, the mitochondria donor is not considered to be the biological parent (ie, because their nuclear DNA is not passed on to the

child). Therefore, they cannot be an applicant for a parental order on the basis of that donation.

14.4

The centre should advise patients that surrogacy arrangements are unenforceable and that they are encouraged to seek legal advice about this and any other legal aspect of surrogacy.

14.5

The centre should satisfy itself that those involved in surrogacy arrangements have received enough information and understand the legal implications of these arrangements well enough to be able to give informed consent to treatment.

14.6

The centre should advise patients intending to travel to another country for the purpose of entering into a surrogacy arrangement that they are encouraged not to do so until they have sought legal advice about: See also >

a

legal parenthood of the prospective child

b

immigration status and passport arrangements

c

the adoption or parental orders procedures for that country, and

d

the degree to which those procedures would be recognised under the law of the part of the United Kingdom in which the patients live.

Offer of counselling to those considering surrogacy

ОЦЕНКА И СКРИНИНГ В РАМКАХ ЗАКЛЮЧЕНИЯ СОГЛАШЕНИЙ О СУРРОГАТНОМ МАТЕРИНСТВЕ

14А Толкование обязательных требований

Предполагаемые родители, предоставляющие свои половые клетки в рамках соглашения о суррогатном материнстве подлежат скринингу в соответствии с требованиями, предъявляемыми к донорам половых клеток.

14.1 Центр должен обеспечить обследование всех сторон соглашения о суррогатном материнстве до выполнения предусмотренных медицинских процедур в соответствии с программой оценки благополучия ребенка, как изложено в методической рекомендации 8. См. также>

Дополнительная информация для сторон соглашения о суррогатном материнстве

14.2 Центр должен обеспечить получение всеми сторонами соглашения о суррогатном материнстве информации о юридическом родительском статусе, как предусмотрено Законом об оплодотворении и эмбриологии человека 2008 года и другими соответствующими законодательными актами. Данная информация должна включать в себя сведения о том, кто может считаться законным родителем ребенка, рожденного в рамках подобных соглашений, как это указано в методической рекомендации 6.

14.3 Центр должен обеспечить получение всеми сторонами соглашения о суррогатном материнстве информации о влиянии положений о юридическом родительском статусе Закона об оплодотворении и эмбриологии человека 2008 года, и, в частности, положения об установлении степени родства. Согласно данным положениям, передача родительских прав и обязанностей по соглашению о суррогатном материнстве биологическими родителями лицам, выступающим заказчиками в таком соглашении, допускается только при условии соблюдения определенных условий. Одним из обязательных условий является использование половых клеток одного или нескольких будущих родителей, чтобы обеспечивалась генетическая связь одного из партнеров с рожденным ребенком. В случае донорства митохондрии, донор не считается биологическим родителем (так как его ядерная ДНК не передается ребенку). Таким образом, данные лица не наделяются какими-либо правами в отношении подачи заявления на получение распоряжения о степени родства на основе такого донорства.

14.4 Центр должен консультировать пациентов по вопро-

сам отсутствия в законодательстве норм принудительного исполнения соглашения о суррогатном материнстве, а также рекомендовать пациентам обратиться за более подробной юридической консультацией по данным и любым другим правовым аспектам суррогатного материнства.

14.5 Центр должен убедиться в том, что все стороны соглашения о суррогатном материнстве получили достаточную информацию и осознают правовые последствия заключения подобных договоренностей перед письменным подтверждением своего согласия принять участие в процессе.

14.6 Центр должен консультировать пациентов, намеренных посетить другую страну с целью заключения соглашения о суррогатном материнстве о целесообразности совершения подобных действий только после получения исчерпывающей юридической консультации по вопросам:

См. также>

- a) юридического родительского статуса в отношении ребенка
- b) иммиграционного статуса и паспортного режима
- c) усыновления/удочерения и порядка выдачи распоряжения о степени родства в данной стране, а также
- d) признания законности данных процедур в соответствии с законодательством той части Соединенного Королевства, в которой проживают пациенты.

Предложение услуг консультирования лицам, рассматривающим возможность суррогатного материнства

14.7 Центр должен предоставлять всем сторонам соглашения о суррогатном материнстве возможность получить надлежащую консультацию относительно последствий рассматриваемых ими действий. Требования по консультированию изложены в методической рекомендации 3.

14.8 Центр должен рекомендовать сторонам соглашения о суррогатном материнстве тщательно проанализировать свои решения перед представлением своего письменного согласия участвовать в процессе. Центр должен предоставить данным лицам возможность получить дополнительную информацию, советы и рекомендации, в которых они могут нуждаться.



SURROGACY ARRANGEMENTS ACT 1985 CHAPTER 49

An Act to regulate certain activities in connection with arrangements made with a view to women carrying children as surrogate mothers.

[16th July 1985]

Be it enacted by the Queen's most Excellent Majesty, by and with the advice and consent of the Lords Spiritual and Temporal, and Commons, in this present Parliament assembled, and by the authority of the same, as follows:—

ANNOTATIONS:

Commencement Information

I1

Act wholly in force at Royal Assent

1

Meaning of “surrogate mother”, “surrogacy arrangement” and other terms.

E+W+N.I.

(1)

The following provisions shall have effect for the interpretation of this Act.

(2)

“Surrogate mother” means a woman who carries a child in pursuance of an arrangement—

(a)

made before she began to carry the child, and

(b)

made with a view to any child carried in pursuance of it being handed over to, and [F1parental responsibility being met] (so far as practicable) by, another person or other persons.

(3)

An arrangement is a surrogacy arrangement if, were a woman to whom the arrangement relates to carry a child in pursuance of it, she would be a surrogate mother.

(4)

In determining whether an arrangement is made with such a view as is mentioned in subsection (2) above regard may be had to the circumstances as a whole (and, in particular, where there is a promise or understanding that any payment will or may be made to the woman or for her benefit in respect of the carrying of any child in pursuance of the arrangement, to that promise or understanding).

(5)

An arrangement may be regarded as made with such a view though subject to conditions relating to the handing over of any child.

(6)

A woman who carries a child is to be treated for the purposes of subsection (2)(a) above as beginning to carry it at the time of the insemination [F2or of the placing in her of an embryo, of an egg in the process of fertilisation or of sperm and eggs, as the case may be,] that results in her carrying the child.

(7)

“Body of persons” means a body of persons corporate or unincorporate.

[F3(7A)

“Non-profit making body” means a body of persons whose activities are not carried on for profit.]

(8)

“Payment” means payment in money or money's worth.

(9)

This Act applies to arrangements whether or not they are lawful . . . F4.

ANNOTATIONS:

Extent Information

E1

This version extends to England and Wales and Northern Ireland only; a separate version has been created for Scotland only

Amendments (Textual)

F1

Words in s. 1(2)(b) substituted (E.W.) (14.10.1991) by Children Act 1989 (c. 41, SIF 20), s. 108(5), Sch. 13 para. 56 (with Sch. 14 para. 1(1)); S.I. 1991/828, art. 3(2) and substituted (N.I.) (4.11.1996) by S.I. 1995/755 (N.I. 2), art. 185(1), Sch. 9 para. 119; S.R. 1996/297, art. 2(2)

F2

Words substituted by Human Fertilisation and Embryology Act 1990 (c. 37, SIF 83:1), s. 36(2)(a)

F3

S. 1(7A) inserted (1.10.2009) by Human Fertilisation and Embryology Act 2008 (c. 22), ss. 59(2), 68(2); S.I. 2009/2232, art. 2(r)

F4

Words repealed by Human Fertilisation and Embryology Act 1990 (c. 37, SIF 83:1), s. 36(2)(b)

1

Meaning of “surrogate mother”, “surrogacy arrangement” and other terms.

S

(1)

The following provisions shall have effect for the interpretation of this Act.

(2)

“Surrogate mother” means a woman who carries a child in pursuance of an arrangement—

(a)

made before she began to carry the child, and

(b)

made with a view to any child carried in pursuance of it being handed over to, and the parental rights being exercised (so far as practicable) by, another person or other persons.

(3)

An arrangement is a surrogacy arrangement if, were a woman to whom the arrangement relates to carry a child in pursuance of it, she would be a surrogate mother.

(4)

In determining whether an arrangement is made with such a view as is mentioned in subsection (2) above regard may be had to the circumstances as a whole (and, in particular, where there is a promise or understanding that any payment will or may be made to the woman or for her benefit in respect of the carrying of any child in pursuance of the arrangement, to that promise or understanding).

(5)

An arrangement may be regarded as made with such a view though subject to conditions relating to the handing over of any child.

(6)

A woman who carries a child is to be treated for the purposes of subsection (2)(a) above as beginning to carry it at the time of the insemination [F16 or of the placing in her of an embryo, of an egg in the process of fertilisation or of sperm and eggs, as the case may be,] that results in her carrying the child.

(7)

“Body of persons” means a body of persons corporate or unincorporate.

[F3(7A)]

“Non-profit making body” means a body of persons whose activities are not carried on for profit.]

(8)

“Payment” means payment in money or money’s worth.

(9)

This Act applies to arrangements whether or not they are lawful . . . F17.

ANNOTATIONS:

Extent Information

E2

This version extends to Scotland only; a separate version has been created for England and Wales and Northern Ireland only

Amendments (Textual)

F3

S. 1(7A) inserted (1.10.2009) by Human Fertilisation and Embryology Act 2008 (c. 22), ss. 59(2), 68(2); S.I. 2009/2232, art. 2(r)

F16

Words substituted by Human Fertilisation and Embryology Act 1990 (c. 37, SIF 83:1), s. 36(2)(a)

F17

Words repealed by Human Fertilisation and Embryology Act 1990 (c. 37, SIF 83:1), s. 36(2)(b)

[F51A]

Surrogacy arrangements unenforceable.

No surrogacy arrangement is enforceable by or against any of the persons making it.]

ANNOTATIONS:

Amendments (Textual)

F5

S. 1A inserted by Human Fertilisation and Embryology Act 1990 (c. 37, SIF 83:1), s. 36(1)

2

Negotiating surrogacy arrangements on a commercial basis, etc.

(1)

No person shall on a commercial basis do any of the following acts in the United Kingdom, that is—

(a)

initiate F6... any negotiations with a view to the making of a surrogacy arrangement,

[F7(aa)]

take part in any negotiations with a view to the making of a surrogacy arrangement,]

(b)

offer or agree to negotiate the making of a surrogacy arrangement, or

(c)

compile any information with a view to its use in making, or negotiating the making of, surrogacy arrangements;

and no person shall in the United Kingdom knowingly cause another to do any of those acts on a commercial basis.

(2)

A person who contravenes subsection (1) above is guilty of an offence; but it is not a contravention of that subsection—

(a)

for a woman, with a view to becoming a surrogate mother herself, to do any act mentioned in that subsection or to cause such an act to be done, or

(b)

for any person, with a view to a surrogate mother carrying a child for him, to do such an act or to cause such an act to be done.

[F8(2A)]

A non-profit making body does not contravene subsection (1) merely because—

(a)

the body does an act falling within subsection (1)(a) or (c) in respect of which any reasonable payment is at any time received by it or another, or

(b)

it does an act falling within subsection (1)(a) or (c) with a view to any reasonable payment being received by it or another in respect of facilitating the making of any surrogacy arrangement.

(2B)

A person who knowingly causes a non-profit making body to do an act falling within subsection (1)(a) or (c) does not contravene subsection (1) merely because—

(a)
any reasonable payment is at any time received by the body or another in respect of the body doing the act, or

(b)
the body does the act with a view to any reasonable payment being received by it or another person in respect of the body facilitating the making of any surrogacy arrangement.

(2C)
Any reference in subsection (2A) or (2B) to a reasonable payment in respect of the doing of an act by a non-profit making body is a reference to a payment not exceeding the body's costs reasonably attributable to the doing of the act.]

(3)
For the purposes of this section, a person does an act on a commercial basis (subject to subsection (4) below) if—

(a)
any payment is at any time received by himself or another in respect of it, or

(b)
he does it with a view to any payment being received by himself or another in respect of making, or negotiating or facilitating the making of, any surrogacy arrangement.

In this subsection “payment” does not include payment to or for the benefit of a surrogate mother or prospective surrogate mother.

(4)
In proceedings against a person for an offence under subsection (1) above, he is not to be treated as doing an act on a commercial basis by reason of any payment received by another in respect of the act if it is proved that—

(a)
in a case where the payment was received before he did the act, he did not do the act knowing or having reasonable cause to suspect that any payment had been received in respect of the act; and

(b)
in any other case, he did not do the act with a view to any payment being received in respect of it.

(5)
Where—

(a)
a person acting on behalf of a body of persons takes any part in negotiating or facilitating the making of a surrogacy arrangement in the United Kingdom, and

(b)
negotiating or facilitating the making of surrogacy arrangements is an activity of the body,

then, if the body at any time receives any payment made by or on behalf of—

(i)
a woman who carries a child in pursuance of the arrangement,

(ii)
the person or persons for whom she carries it, or

(iii)
any person connected with the woman or with that person or those persons,

the body is guilty of an offence.

For the purposes of this subsection, a payment received

by a person connected with a body is to be treated as received by the body.

[F9(5A)

A non-profit making body is not guilty of an offence under subsection (5), in respect of the receipt of any payment described in that subsection, merely because a person acting on behalf of the body takes part in facilitating the making of a surrogacy arrangement.]

(6)

In proceedings against a body for an offence under subsection (5) above, it is a defence to prove that the payment concerned was not made in respect of the arrangement mentioned in paragraph (a) of that subsection.

(7)

A person who in the United Kingdom takes part in the management or control—

(a)

of any body of persons, or

(b)

of any of the activities of any body of persons, is guilty of an offence if the activity described in subsection (8) below is an activity of the body concerned.

(8)

The activity referred to in subsection (7) above is negotiating or facilitating the making of surrogacy arrangements in the United Kingdom, being—

(a)

arrangements the making of which is negotiated or facilitated on a commercial basis, or

(b)

arrangements in the case of which payments are received (or treated for the purposes of subsection (5) above as received) by the body concerned in contravention of subsection (5) above.

[F10(8A)

A person is not guilty of an offence under subsection (7) if—

(a)

the body of persons referred to in that subsection is a non-profit making body, and

(b)

the only activity of that body which falls within subsection (8) is facilitating the making of surrogacy arrangements in the United Kingdom.

(8B)

In subsection (8A)(b) “ facilitating the making of surrogacy arrangements ” is to be construed in accordance with subsection (8).]

(9)

In proceedings against a person for an offence under subsection (7) above, it is a defence to prove that he neither knew nor had reasonable cause to suspect that the activity described in subsection (8) above was an activity of the body concerned; and for the purposes of such proceedings any arrangement falling within subsection (8)(b) above shall be disregarded if it is proved that the payment concerned was not made in respect of the arrangement.

ANNOTATIONS:

Amendments (Textual)

F6

Words in s. 2(1)(a) omitted (1.10.2009) by virtue of Human Fertilisation and Embryology Act 2008 (c. 22), ss. 59(3)(a), 68(2), Sch. 8 Pt. 1; S.I. 2009/2232, art. 2(r)

F7

S. 2(1)(aa) inserted (1.10.2009) by Human Fertilisation and Embryology Act 2008 (c. 22), ss. 59(3)(b), 68(2); S.I. 2009/2232, art. 2(r)

F8

S. 2(2A)-(2C) inserted (1.10.2009) by Human Fertilisation and Embryology Act 2008 (c. 22), ss. 59(4), 68(2); S.I. 2009/2232, art. 2(r)

F9

S. 2(5A) inserted (1.10.2009) by Human Fertilisation and Embryology Act 2008 (c. 22), ss. 59(5), 68(2); S.I. 2009/2232, art. 2(r)

F10

S. 2(8A)(8B) inserted (1.10.2009) by Human Fertilisation and Embryology Act 2008 (c. 22), ss. 59(6), 68(2); S.I. 2009/2232, art. 2(r)

3

Advertisements about surrogacy.

(1)

This section applies to any advertisement containing an indication (however expressed)—

(a)

that any person is or may be willing to enter into a surrogacy arrangement or to negotiate or facilitate the making of a surrogacy arrangement, or

(b)

that any person is looking for a woman willing to become a surrogate mother or for persons wanting a woman to carry a child as a surrogate mother.

[F11(1A)]

This section does not apply to any advertisement placed by, or on behalf of, a non-profit making body if the advertisement relates only to the doing by the body of acts that would not contravene section 2(1) even if done on a commercial basis (within the meaning of section 2).]

(2)

Where a newspaper or periodical containing an advertisement to which this section applies is published in the United Kingdom, any proprietor, editor or publisher of the newspaper or periodical is guilty of an offence.

(3)

Where an advertisement to which this section applies is conveyed by means of [F12an electronic communications network] so as to be seen or heard (or both) in the United Kingdom, any person who in the United Kingdom causes it to be so conveyed knowing it to contain such an indication as is mentioned in subsection (1) above is guilty of an offence.

(4)

A person who publishes or causes to be published in the United Kingdom an advertisement to which this section applies (not being an advertisement contained in a newspaper or periodical or conveyed by means of [F12an electronic communications network]) is guilty of an offence.

(5)

A person who distributes or causes to be distributed in the United Kingdom an advertisement to which this section

applies (not being an advertisement contained in a newspaper or periodical published outside the United Kingdom or an advertisement conveyed by means of [F12an electronic communications network]) knowing it to contain such an indication as is mentioned in subsection (1) above is guilty of an offence.

F13(6)

.....

ANNOTATIONS:

Amendments (Textual)

F11

S. 3(1A) inserted (1.10.2009) by Human Fertilisation and Embryology Act 2008 (c. 22), ss. 59(7), 68(2); S.I. 2009/2232, art. 2(r)

F12

Words in s. 3 substituted (25.7.2003 for specified purposes, 29.12.2003 in so far as not already in force) by Communications Act 2003 (c. 21), s. 411(2), Sch. 17 para. 77 (with Sch. 18); S.I. 2003/1900, arts. 1(2), 2(1), Schs. 1 (with art. 3) (as amended by S.I. 2003/3142, art. 1(3)); S.I. 2003/3142, art. 3(2) (with art. 11)

F13

S. 3(6) repealed (25.7.2003 for specified purposes, 29.12.2003 in so far as not already in force) by Communications Act 2003 (c. 21), s. 411(2), Sch. 19(1) Note 1 (with Sch. 18); S.I. 2003/1900, arts. 1(2), 2(1), Schs. 1 (with art. 3) (as amended by S.I. 2003/3142, art. 1(3)); S.I. 2003/3142, art. 3(2) (with art. 11)

4

Offences.

(1)

A person guilty of an offence under this Act shall be liable on summary conviction—

(a)

in the case of an offence under section 2 to a fine not exceeding level 5 on the standard scale or to imprisonment for a term not exceeding 3 months or both,

(b)

in the case of an offence under section 3 to a fine not exceeding level 5 on the standard scale.

F14. . .

(2)

No proceedings for an offence under this Act shall be instituted—

(a)

in England and Wales, except by or with the consent of the Director of Public Prosecutions; and

(b)

in Northern Ireland, except by or with the consent of the Director of Public Prosecutions for Northern Ireland.

(3)

Where an offence under this Act committed by a body corporate is proved to have been committed with the consent or connivance of, or to be attributable to any neglect on the part of, any director, manager, secretary or other similar officer of the body corporate or any person who was purporting to act in any such capacity, he as well as the body corporate is guilty of the offence and is liable to be proceeded against and punished accordingly.

(4)

Where the affairs of a body corporate are managed by its members, subsection (3) above shall apply in relation to the acts and defaults of a member in connection with his functions of management as if he were a director of the body corporate.

(5)

In any proceedings for an offence under section 2 of this Act, proof of things done or of words written, spoken or published (whether or not in the presence of any party to the proceedings) by any person taking part in the management or control of a body of persons or of any of the body, or by a person doing any of the acts mentioned in subsection (1)(a) to (c) of that section on behalf of the body, shall be admissible as evidence of the activities of the body.

(6)

In relation to an offence under this Act, section 127(1) of the Magistrates' Courts Act 1980 (information must be laid within six months of commission of offence), [F15section 136(1) of the Criminal Procedure (Scotland) Act 1995] (proceedings must be commenced within that time) and Article 19(1) of the M1Magistrates' Courts (Northern Ireland) Order 1981 (complaint must be made within that time) shall have effect as if for the reference to six months there were substituted a reference to two years.

ANNOTATIONS:

Amendments (Textual)

F14

Words in s. 4(1) repealed (5.11.1993) by 1993 c. 50, s. 1(1), Sch. 1 Pt. XIV

F15

Words in s. 4(6) substituted (1.4.1996) by 1995 c. 40, ss. 5, 7(2), Sch. 4 para. 57

Marginal Citations

M1

S.I. 1981/1675 (N.I. 26).

5

Short title and extent.

(1)

This Act may be cited as the Surrogacy Arrangements Act 1985.

(2)

This Act extends to Northern Ireland.

Previous

Back to top

All content is available under the Open Government Licence v3.0 except where otherwise stated

**ЗАКОН О СУРРОГАТНОМ МАТЕРИНСТВЕ 1985 ГОДА**

Глава 49

Закон, регулирующий определенные виды деятельности в связи с договоренностями, предусматривающими вынашивание плода женщинами в качестве суррогатных матерей.

[16 июля 1985 года]

Настоящим Ее Величеством Королевой при участии и с согласия духовных и светских лордов, а также общин, собравшихся на сегодняшнем заседании парламента, на основании полномочий, которыми таковые наделены, постановляется следующее:

АННОТАЦИИ:

Начало

II

Принятый парламентом Закон полностью вступил в силу на основании королевской санкции

1

Значение терминов «суррогатная мать», «соглашение о суррогатном материнстве» и других терминов.

E + W + N.I.

(1)

Для толкования содержания настоящего Закона используются следующие термины.

(2)

«Суррогатная мать» - женщина, вынашивающая ребенка в соответствии с соглашением:

(a)

заклученным до начала беременности, и

(b)

заклученным с целью последующей передачи рожденного ребенка другому лицу или другим лицам [F1 при условии соблюдения требований в отношении родительских обязанностей] (насколько это практически возможно)

(3)

Соглашение считается соглашением о суррогатном материнстве, если женщина, должная вынашивать ребенка в соответствии с таковым, является суррогатной матерью.

(4)

При установлении цели соглашения, как указано в части (2) выше, могут учитываться общие обстоятельства (и, в частности, случаи, когда дано обещание или достигнуто понимание об осуществлении или возможности осуществления какого-либо платежа женщине или в ее пользу в связи с вынашиванием ей ребенка во исполнение договоренности).

(5)

Соглашение может считаться заключенным с указанной целью, однако с учетом условий, связанных с передачей ребенка.

(6)

Женщина, вынашивающая ребенка, должна рассматриваться в контексте подраздела (2) (a) выше как забеременевшая с момента осеменения [F2 или помещения в нее эмбриона, яйцеклетки в процессе оплодотворения или спермы и яйцеклетки, в зависимости от обстоятельств].

(7)

«Группа лиц» означает группу физических лиц или юридическое лицо.

[F3 (7A)]

«Некоммерческая организация» означает группу лиц, деятельность которых ведется не с целью получения прибыли]

(8)

«Оплата/платеж/вознаграждение» означает оплату деньгами или в денежном эквиваленте.

(9)

Настоящий Закон применяется к соглашениям, заключенным в законном или ином порядке. . . F4.

Аннотации:

Продолжение

E1

Данная версия применяется только в Англии, Уэльсе и Северной Ирландии; для Шотландии разработана отдельная версия

Поправки (Текстовые)

F1

Текст в п. 1 (2) (б) заменен (E.W.) (14.10.1991) на основании Закона о несовершеннолетних 1989 года (с. 41, SIF 20), п. 108 (5), Прил. 13 п. 56 (Прил. 14 пункт 1 (1).); 1991/828 S.I., ст. 3 (2) и (N.I.) (4.11.1996) S.I. 1995/755 (3C 2) N.I., ст. 185 (1), Прил. 9 пункт. 119; S.R. 1996/297, ст. 2 (2)

F2

Текст заменен на основании Закона об оплодотворении и эмбриологии человека 1990 года (с 37, SIF 83: 1)., п. 36 (2) (a)

F3

п. 1 (7A) вставлен (1.10.2009) на основании Закона об оплодотворении и эмбриологии человека 2008 года (с. 22), п. 59 (2), 68 (2); 2009/2232 S.I., ст. 2 (г)

F4

Текст аннулирован на основании Закона об оплодотворении и эмбриологии человека 1990 года (с 37, SIF 83: 1)., С. 36 (2) (б)

1
Значение терминов «суррогатная мать», «соглашение о суррогатном материнстве» и других терминов.

S

(1)

Для толкования содержания настоящего Закона используются следующие термины.

(2)

«Суррогатная мать» - женщина, вынашивающая ребенка в соответствии с соглашением:

(a)

заклученным до начала беременности, и

(b)

заклученным с целью последующей передачи рожденного ребенка другому лицу или другим лицам [F1 при условии соблюдения требований в отношении родительских обязанностей] (насколько это практически возможно)

(3)

Соглашение считается соглашением о суррогатном материнстве, если женщина, должная вынашивать ребенка в соответствии с таковым, является суррогатной матерью.

(4)

При установлении цели соглашения, как указано в части (2) выше, могут учитываться общие обстоятельства (и, в частности, случаи, когда дано обещание или достигнуто понимание об осуществлении или возможности осуществления какого-либо платежа женщине или ее пользу в связи с вынашиванием ей ребенка во исполнение договоренности).

(5)

Соглашение может считаться заклученным с указанной целью, однако с учетом условий, связанных с передачей ребенка.

(6)

Женщина, вынашивающая ребенка, должна рассматриваться в контексте подраздела (2) (a) выше как забеременевшая с момента осеменения [F2 или помещения в нее эмбриона, яйцеклетки в процессе оплодотворения или спермы и яйцеклетки, в зависимости от обстоятельств].

(7)

«Группа лиц» означает группу физических лиц или юридическое лицо.

[F3 (7A)]

«Некоммерческая организация» означает группу лиц, деятельность которых ведется не с целью получения прибыли]

(8)

«Оплата/платеж/вознаграждение» означает оплату деньгами или в денежном эквиваленте.

(9)

Настоящий Закон применяется к соглашениям, заклученным в законном или ином порядке. . . F17.

АННОТАЦИИ:

Продолжение

E2

Данная версия применяется только в Шотландии; для Англии, Уэльса и Северной Ирландии разработана отдельная версия

Поправки (Текстовые)

F3

P. 1 (7A), вставлен (1.10.2009) на основании Закона об оплодотворении и эмбриологии человека 2008 года (с. 22), р. 59 (2), 68 (2); 2009/2232 S.I., ст. 2 (г)

F16

Текст заменен на основании Закона об оплодотворении и эмбриологии человека 1990 года (с 37, SIF 83:1), р. 36 (2) (a)

F17

Текст аннулирован на основании Закона об оплодотворении и эмбриологии человека 1990 (с 37, SIF 83: 1), р. 36 (2) (б)

[F51A]

Соглашения о суррогатном материнстве не подлежат принудительному исполнению в соответствии с законодательством.

В отношении договоренности о суррогатном материнстве отсутствует какая-либо возможность ее принудительного исполнения сторонами такой договоренности.]

АННОТАЦИИ:

Поправки (Текстовые)

F5

P. 1A Закона об оплодотворении и эмбриологии человека 1990 (с 37, SIF 83: 1), р. 36 (1)

2

Обсуждение условий соглашения суррогатном материнстве на коммерческой основе и т.д.

(1)

Ни одно лицо не вправе совершать какие-либо из следующих действий на коммерческой основе в Соединенном Королевстве:

(A)

инициировать F6 ... любые переговоры с целью заключения соглашения о суррогатном материнстве,

[F7 (aa)]

принимать участие в каких-либо переговорах с целью заключения соглашения о суррогатном материнстве]

(B)

предлагать или соглашаться участвовать в переговорах о заключении соглашения о суррогатном материнстве, или

(C)

подготавливать какую-либо информацию с целью ее использования при заключении или ведении переговоров о заключении соглашения о суррогатном материнстве;

также ни одно лицо не вправе намеренно побуждать других лиц совершать какие-либо из вышеуказанных действий на коммерческой основе.

(2)

Лицо, нарушившее положения подраздела (1) выше, считается виновным в совершении преступления; однако нарушением данного подраздела не является:

(a)

совершение или побуждение к совершению вышеупомянутых действий женщиной с целью стать суррогатной матерью собственноручно, или

(b)

совершение или побуждение к совершению вышеупомянутых действий лицом, желающим воспользоваться услугами суррогатного материнства.

[F8 (2A)

Некоммерческая организация не нарушает подраздел (1) при:

(a)

совершении деяний, подпадающих под действие подраздела (1) (a) или (c), в отношении которых ей или другому лицу полагается какое-либо разумно обоснованное вознаграждение, или

(b)

совершении деяний, подпадающих под действие подраздела (1) (a) или (c) с целью получения данной организацией или другим лицом какого-либо разумно обоснованного вознаграждения за счет содействия заключению какого-либо соглашения о суррогатном материнстве.

(2B)

Лицо, намеренно побуждающее некоммерческую организацию совершить деяния, подпадающие под действие подраздела (1) (a) или (c) не считается нарушающим положения подраздела (1) при:

(a)

получении разумно обоснованного вознаграждения такой организацией или другим лицом в отношении такого деяния, или

(b)

совершении деяний данной организацией с целью получения ею или другим лицом какого-либо разумно обоснованного вознаграждения за содействие заключению какого-либо соглашения о суррогатном материнстве.

(2C)

Любое упоминание в подразделе (2a) или (2b) о разумно обоснованном вознаграждении за совершение действия некоммерческой организацией должно толковаться как упоминание о платеже в размере, не превышающем размер обоснованно понесенных затрат организации в связи с совершением такого действия.]

(3)

В контексте настоящего раздела, лицо не должно рассматриваться как совершающее действие на коммерческой основе (с учетом пункта (4) ниже) при:

(a)

получении какого-либо платежа им самим или другим лицом в отношении такого действия или

(b)

совершении им действия с целью получения им или другим лицом какого-либо разумно обоснованного вознаграждения в отношении заключения, обсуждения условий или содействия заключению какого-либо соглашения о суррогатном материнстве.

В данном подразделе «платеж» не включает в себя оплату суррогатной матери или потенциальной суррогатной матери либо платеж в ее пользу.

(4)

При рассмотрении дела против какого-либо лица в

отношении совершения преступления в соответствии с подразделом (1) выше, такое лицо не должно рассматриваться как совершившее действие на коммерческой основе по причине получения платежа другим лицом в отношении такого действия, если доказано, что:

(a)

в случае получения платежа до совершения действия, данное лицо при совершении действия не знало или не имело серьезные основания полагать, что в отношении данного действия был совершен какой-либо платеж; а также

(b)

в любом другом случае, данное лицо совершило действие не с целью предоставления какой-либо любой оплаты за таковое.

(5)

Если -

(a)

какое-либо лицо, действующее от имени группы лиц, принимает какое-либо участие в переговорах о заключении или содействии заключению соглашения о суррогатном материнстве на территории Соединенного Королевства, и

(b)

ведение переговоров о заключении или содействии заключению соглашения о суррогатном материнстве относится к деятельности такой группы лиц,

то, при получении такой группой лиц какого-либо платежа, лично или от имени:

(i)

женщины, вынашивающей ребенка во исполнение соглашения,

(ii)

лица или лиц, для которых данная женщина вынашивает ребенка, или

(iii)

любого лица, связанного с женщиной или с данным лицом или лицами, то такая группа лиц считается виновной в совершении преступления.

В контексте настоящего подраздела, платеж, полученный лицом, связанным с группой лиц, должен рассматриваться как полученный данной группой лиц.

[F9 (5A)

Некоммерческая организация не является виновной в совершении преступления, предусмотренного подразделом (5) в отношении получения любого платежа, указанного в данном подразделе, по причине участия лица, действующего от имени организации, в содействии заключению соглашения о суррогатном материнстве.]

(6)

При рассмотрении дела в отношении организации за совершение преступления в соответствии с подразделом (5) выше, в качестве средства судебной защиты может использоваться свидетельство о том, что рассматриваемый платеж был совершен не в отношении соглашения, упомянутого в пункте (a) данного подраздела.

(7)

Лицо, принимающее на территории Соединенного Королевства участие в руководстве или управлении -

(a)
какой-либо группы лиц, или

(b)
какой-либо деятельностью любой группы лиц, считается виновным в совершении преступления, если деятельность, описанная в подразделе (8) ниже относится к деятельности такой группы лиц.

(8)
Деятельность, указанная в подразделе (7) выше, относится к ведению переговоров о заключении или содействию заключению соглашений о суррогатном материнстве в Соединенном Королевстве,

(A)
на коммерческой основе, или

(b)
с целью встречного удовлетворения (фактической или предполагаемой оплаты в контексте подраздела (5) выше) в пользу рассматриваемой группы лиц в нарушение положений части (5) выше.

[F10 (8A)]

Лицо не должно рассматриваться виновным в совершении преступления, предусмотренного подразделом (7), если:

(a)
группа лиц, упомянутых в данном подразделе, представляет собой некоммерческую организацию, и

(b)
единственным видом деятельности данной организации, подпадающим под действие подраздела (8), является содействие заключению соглашения о суррогатном материнстве на территории Соединенного Королевства.

(8b)

В подразделе (8A) (b) «действие заключению соглашения о суррогатном материнстве» должно толковаться в соответствии с подразделом (8).]

(9)
При рассмотрении дела против лица в отношении совершения преступления в соответствии с подразделом (7) выше, в качестве средства судебной защиты может использоваться свидетельство о том, что данное лицо не знало и не имело серьезные основания полагать, что деятельность, описанная в подразделе (8) выше, являлась деятельностью рассматриваемой организации; и для целей такого судебного разбирательства любое соглашение, подпадающее под действие подраздела (8) (b) выше, не должно приниматься во внимание при наличии доказательств того, что рассматриваемый платеж был совершен не в отношении такого соглашения.

АННОТАЦИИ:

Поправки (Текстовые)

F6

Текст в р. 2 (1) (a) удален (1.10.2009) на основании Закона об оплодотворении и эмбриологии человека 2008 года (с. 22), pp. 59 (3) (a), 68 (2), Прил. 8 ч. 1; 2009/2232 S.I., ст. 2 (г)

F7

Р. 2 (1) (aa), вставлен (1.10.2009) на основании Закона об оплодотворении и эмбриологии человека 2008 (с. 22), pp. 59 (3) (b), 68 (2); 2009/2232 S.I., ст. 2 (г)

F8

Р. 2 (2A) - (2C), вставлен (1.10.2009) на основании Закона об оплодотворении и эмбриологии человека 2008 года (с. 22.), pp. 59 (4), 68 (2); 2009/2232 S.I., ст. 2 (г)

F9

Р. 2 (5A), вставлен (1.10.2009) на основании Закона об оплодотворении и эмбриологии человека 2008 (с. 22), pp. 59 (5), 68 (2); 2009/2232 S.I., ст. 2 (г)

F10

Р. 2 (8A) (8B), вставлен (1.10.2009) Закона об оплодотворении и эмбриологии человека 2008 года (с. 22), pp. 59 (6), 68 (2); 2009/2232 S.I., ст. 2 (г)

3

Объявления о суррогатном материнстве.

(1)

Данный раздел относится к любой рекламе, содержащей указание (в любой форме) о:

(a)

готовности какого-либо лица заключить соглашение о суррогатном материнстве или вести переговоры о заключении либо способствовать заключению такого соглашения, или

(b)

поиске каким-либо лицом женщины, желающей стать суррогатной матерью или лиц, желающих найти женщину для оказания им услуг в качестве суррогатной матери.

[F11 (1A)]

Данный раздел не относится к какой-либо рекламе, размещаемой некоммерческой организацией или от ее имени, и относящейся только к совершению такой организаций действий, которые не противоречат разделу 2 (1), даже при совершении таковых на коммерческой основе (в контексте раздела 2).]

(2)

При издании какой-либо газеты или периодического издания, содержащих рекламу, к которой применяются положения данной статьи, на территории Соединенного Королевства, любой владелец, редактор или издатель таковых будет считаться виновным в совершении преступления.

(3)

В случае распространения рекламы, к которой применяются положения данного раздела, с помощью [F12 сети электронных коммуникаций] с целью донесения ее содержания в звуковой и (или) визуальной форме до населения Соединенного Королевства, любое лицо, обеспечивающее распространение такой рекламы на территории Соединенного Королевства, при этом знающее о том, что в таковой содержится указание, приведенное в подразделе (1) выше, является виновным в совершении преступления.

(4)

Лицо, публикующее или обеспечивающее публикацию на территории Соединенного Королевства объявления, к которому применяются положения данного раздела (которое при этом не относится к рекламе в газете или журнале, либо рекламе, распространяемой с помощью [F12 сети электронных коммуникаций]), является виновен

вным в совершении преступления.

(5)

Лицо, распространяющее или обеспечивающее распространение на территории Соединенного Королевства рекламы, к которой применяются положения данного раздела (которая при этом не относится к рекламе, публикуемой за пределами Соединенного Королевства, либо рекламе, распространяемой с помощью [F12 сети электронных коммуникаций]), при этом знающее о том, что в таковой содержится указание, приведенное в подразделе (1) выше является виновным в совершении преступления.

F13 (6)

АННОТАЦИИ:

Поправки (Текстовые)

F11

Р. 3 (1А) вставлен (1.10.2009) на основании Закона об оплодотворении и эмбриологии человека 2008 года (с. 22), pp. 59 (7), 68 (2); 2009/2232 S.I., ст. 2 (г)

F12

Текст в р. 3 заменен (25.7.2003 для указанных целей, 29.12.2003 до тех пор, пока не вступит в силу) на основании Закона о средствах коммуникации 2003 года (с. 21), р. 411 (2), Прил. 17. Пункт 77 (с 18 Прил.); 2003/1900 S.I., ст. 1 (2), 2 (1), Прил. 1 (вкл. ст.3.) (с учетом поправок, внесенных на основании S.I. 2003/3142, ст.1 (3).); 2003/3142 S.I., ст. 3 (2) (вкл.ст. 11)

F13

Р. 3 (6) аннулирован (25.7.2003 для указанных целей, 29.12.2003 до тех пор, пока не вступит в силу) на основании Закона о средствах коммуникации 2003 года (р. 21), с. 411 (2), Прил. 19 (1) Примечание 1 (вкл. Прил.18.); 2003/1900 S.I., ст. 1 (2), 2 (1), Прил. 1 (вкл.ст. 3.) (с учетом поправок, внесенных на основании S.I. 2003/3142, ст.1 (3).); 2003/3142 S.I., ст. 3 (2) (вкл.ст. 11)

4

Правонарушения.

(1)

Лицо, виновное в совершении преступления, предусмотренного настоящим Законом, приговаривается по совокупности статей:

(а)

в случае совершения какого-либо преступления в соответствии с разделом 2 к уплате штрафа, не превышающего 5-й уровень по стандартной шкале взысканий, или лишению свободы на срок, не превышающий 3 месяца, либо к тому и другому,

(б)

в случае совершения какого-либо преступления в соответствии с разделом 3 к уплате штрафа, не превышающего 5-й уровень по стандартной шкале взысканий.

F14. ,,

(2)

Возбуждение судебного разбирательства за преступление в соответствии с настоящим Законом не допускается:

(а)

в Англии и Уэльсе, за исключением возбуждения такового Генеральным прокурором или с его согласия; а также

(б)

в Северной Ирландии, за исключением возбуждения такового Генеральным прокурором Северной Ирландии или с его согласия.

(3)

Если при совершении правонарушения, предусмотренного настоящим Законом, юридическим лицом будет доказано, что таковое было совершено с ведома или вследствие попустительства, пренебрежения со стороны любого директора, менеджера, секретаря или другого аналогичного должностного лица такого юридического лица, или любого лица, по имеющимся данным, действовавшего в таком качестве, такое лицо будет, подобно юридическому лицу, считаться виновным в совершении преступления и подлежать преследованию и наказанию в аналогичном порядке.

(4)

В случае управления делами юридического лица его членами, подраздел (3) выше будет применяться в отношении действий и правонарушений члена в связи с его функциями управления, как если бы он был директором такого юридического лица.

(5)

В ходе любого разбирательства в отношении совершения преступления в соответствии с разделом 2 настоящего Закона, свидетельства совершенных деяний или написанных, произнесенных или опубликованных слов (независимо от присутствия при этом какой-либо из сторон по данному делу) любым лицом, участвующим в управлении или контроле деятельности группы лиц или любого лица из данной группы, или лицом, совершившим какие-либо действия, упомянутые в подразделе (1) (а) (с) указанного раздела от имени такой группы лиц, считаются доказательством деяний такой группы лиц.

(6)

В отношении преступления, предусмотренного настоящим Законом, положения раздела 127 (1) Закона о мировых судах 1980 года (информация должна быть изложена в течение шести месяцев с момента совершения преступления), [F15 раздела 136 (1) Закона об уголовно-процессуальном кодексе (Шотландии) 1995 года] (разбирательство должно быть возбуждено в течение данного промежутка времени) и статьи 19 (1) Указа о мировых судах (Северной Ирландии) 1981 года (M1) (жалоба должна быть предъявлена в течение данного промежутка времени) будут иметь силу, как если бы под упоминанием срока шести месяцев имелся ввиду срок два года.

АННОТАЦИИ:

Поправки (Текстовые)

F14

Текст в р. 4 (1) аннулирован (5.11.1993) на основании постановления от 1993 года р. 50, с. 1 (1), Прил. 1 Pt. XIV

F15

Текст в р. 4 (6) заменен (1.4.1996) на основании постановления от 1995 с. 40, pp. 5, 7 (2), Прил. 4 пункт. 57

Цитирование на полях

M1

1981/1675 S.I. (26 N.I.).

5



Сокращенное наименование и содержание.

(1)

Данный закон может именоваться как Закон о суррогатном материнстве 1985 года.

(2)

Настоящий Закон применим в Северной Ирландии.

Информация находится в открытом доступе в соответствии с Открытой правительственной лицензией вер.3.0, если не указано иное

УДК 618.2

ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

О.Л. Тишкевич

Центр вспомогательной репродукции «Эмбрио»
Беларусь, Минск

АННОТАЦИЯ

В Республике Беларусь создана законодательная база, обеспечивающая и регулирующая применение вспомогательных репродуктивных технологий и суррогатного материнства, в частности. В работе рассмотрены актуальные социальные, правовые, медицинские аспекты суррогатного материнства в Республике Беларусь.

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

Бесплодный брак – актуальная медико-социальная проблема современного общества. Частота бесплодных браков по разным данным составляет 10 -20% от числа супружеских пар [11,12,14,16,17].

Государственное значение, с точки зрения демографической безопасности, приобретает частота бесплодных браков от 15% и выше [11]. Сегодня благодаря методам вспомогательной репродукции стало возможно лечение бесплодия с использованием современных медицинских технологий [10,12,13,14,16].

До последнего времени одним из самых этически спорных, нерегулированных методов вспомогательных репродуктивных технологий является суррогатное материнство [14,15,16].

Программа суррогатного материнства имеет тридцатилетнюю историю.

В Великобритании в 1985 году П. Стептоу и Р. Эдвардс впервые предложили

использовать для лечения бесплодия суррогатное материнство, а в 1989 году успешно осуществили его [10,18,19].

Сейчас законодательно суррогатное материнство разрешено в 15 странах мира.

Полностью запрещено суррогатное материнство во Франции и Германии [13,14,15].

В Республике Беларусь суррогатное материнство начали применять с 1996.

Программа суррогатного материнства включает: выбор суррогатной матери; проведении пациентам - генетическим родителям процедуры экстракорпорального оплодотворения с переносом эмбрионов в матку суррогатной матери [9,10,15,18,19]; вынашивание и рождение ребенка; определение юридических отношений между супружеской парой и родившимся ребенком.

Подбор суррогатной матери осуществляется либо генетическими родителями, либо медицинским учреждением [15,16,18]. Супружеская пара и суррогатная мать дают

информированное согласие на участие в программе и заключают договор с

медицинским центром о проведении медицинской услуги [1,3,4,9,10,13,14,15,16].

На практике при применении программы суррогатного материнства возникло множество правовых, морально-этических и медицинских вопросов и это потребовало определить правовые нормы применения суррогатного материнства. В Республике Беларусь была разработана законодательная база, регламентирующая применение вспомогательных репродуктивных технологий и суррогатного материнства в частности. [1,2,3,4,5,6,7,8].

Основными нормативно-правовыми актами, регламентирующими правоотношения суррогатного материнства в Республике Беларусь в настоящее время являются:

- Конституция Республики Беларусь [1];
- Кодекс Республики Беларусь о браке и семье (далее – КоБС) [2];
- Гражданский Республики Беларусь (далее – ГК) [3];
- Закон от 07.01.2012 № 341-3 «О вспомогательных репродуктивных технологиях» (далее – Закон № 341-3) [4];
- Перечень административных процедур, осуществляемых государственными органами и иными организациями по заявлениям граждан, утвержденный Указом Президента Республики Беларусь от 26 апреля 2010 г. № 200 «Об административных процедурах, осуществляемых государственными органами и иными организациями по заявлениям граждан» (Перечень № 200) [5];
- Постановление Совета Министров от 14.12.2005 № 1454 «О порядке организации работы с гражданами в органах, регистрирующих акты гражданского состояния, по выдаче справок либо иных документов, содержащих подтверждение фактов, имеющих юридическое значение» (в ред. от 22.11.2014; далее – Постановление № 1454) [6];
- Постановление Минздрава от 01.06.2012 № 54 «О некоторых вопросах применения вспомогательных репродуктивных технологий» (Постановление № 54) [7];
- Решение Конституционного Суда от 28.12.2011 № Р-673/2011 «О соответствии Конституции Республики

Беларусь Закона Республики Беларусь «О вспомогательных репродуктивных технологиях», направленное на реализацию гражданами репродуктивных прав, являющихся гарантией конституционного права на материнство и отцовство [8].

Согласно статье 3 Закона №341-3 суррогатное материнство является видом вспомогательных репродуктивных технологий.

Согласно ст. 1 Закона № 341-3 суррогатное материнство – вид вспомогательных репродуктивных технологий, заключающийся в соединении сперматозоида и яйцеклетки, изъятых из организма генетической матери или донорской яйцеклетки вне организма женщины, развитии образовавшегося в результате этого соединения эмбриона, дальнейшем переносе данного эмбриона в матку суррогатной матери, вынашивании и рождении ею ребенка.

В статьях 20, 21, 22, 23 определены условия и порядок применения суррогатного материнства, требования к договору суррогатного материнства, права и обязанности генетических родителей, требования, предъявляемые к суррогатной матери, права и обязанности суррогатной матери.

Услугой суррогатной матери может воспользоваться только женщина, для которой вынашивание и рождение ребенка по медицинским показаниям физиологически невозможны либо связаны с риском для ее жизни и (или) жизни ее ребенка.

Для оплодотворения яйцеклетки генетической матери могут быть использованы сперматозоиды ее супруга либо донорские сперматозоиды.

Для оплодотворения донорской яйцеклетки могут быть использованы только сперматозоиды супруга женщины, воспользовавшейся донорской яйцеклеткой (статья 20).

Суррогатное материнство применяется на основе договора суррогатного материнства.

Договор суррогатного материнства заключается между суррогатной матерью и генетической матерью или женщиной, воспользовавшейся донорской яйцеклеткой, в письменной форме и подлежит нотариальному удостоверению.

Лица, состоящие в браке, заключают договор суррогатного материнства с письменного согласия своих супругов.

Существенными условиями договора суррогатного материнства являются:

- оказание одной женщиной (суррогатной матерью) другой женщине (генетической матери или женщине, воспользовавшейся донорской яйцеклеткой) услуги по вынашиванию и рождению ребенка (детей), зачатого (зачатых) с участием яйцеклетки (яйцеклеток), изъятых (изъятых) из организма генетической матери, или донорской яйцеклетки (яйцеклеток);

- количество эмбрионов, которые будут перенесены в матку суррогатной матери;

- указание организации (организаций) здравоохранения, в которой (которых) будут происходить соединение сперматозоида (сперматозоидов) и яйцеклетки (яйцекле-

ток), изъятых (изъятых) из организма генетической матери, или донорской яйцеклетки (яйцеклеток), перенос данного эмбриона (эмбрионов) в матку суррогатной матери, наблюдение за течением ее беременности и роды;

- обязанность суррогатной матери выполнять все предписания лечащего врача и представлять генетической матери или женщине, воспользовавшейся донорской яйцеклеткой, и ее супругу информацию о состоянии своего здоровья и состоянии здоровья вынашиваемого ребенка (детей);

- место проживания суррогатной матери в период вынашивания ребенка (детей);

- обязанность суррогатной матери передать генетической матери или женщине, воспользовавшейся донорской яйцеклеткой, ребенка (детей) после его (их) рождения и срок, в течение которого должна быть произведена указанная передача;

- обязанность генетической матери или женщины, воспользовавшейся донорской яйцеклеткой, принять от суррогатной матери ребенка (детей) после его (их) рождения и срок, в течение которого должен быть принят ребенок (дети);

- стоимость услуги, оказываемой суррогатной матерью по договору суррогатного материнства (за исключением случаев, когда договор суррогатного материнства заключен на безвозмездной основе);

- порядок возмещения расходов на медицинское обслуживание, питание, проживание суррогатной матери в период вынашивания, родов и в послеродовой период.

Договор суррогатного материнства может быть заключен на безвозмездной основе в случаях, когда суррогатная мать является родственницей генетической матери или женщины, воспользовавшейся донорской яйцеклеткой, либо родственницей супруга генетической матери или женщины, воспользовавшейся донорской яйцеклеткой (статья 21).

Суррогатной матерью может быть женщина, состоящая в браке, в возрасте от 20 до 35 лет, не имеющая медицинских противопоказаний к суррогатному материнству, имеющая ребенка, и которая на момент заключения договора суррогатного материнства:

- не признавалась судом недееспособной или ограниченно дееспособной;

- не лишалась судом родительских прав и не была ограничена в них;

- не отстранялась от обязанностей опекуна, попечителя за ненадлежащее выполнение возложенных на нее обязанностей;

- не является бывшим усыновителем (удочерителем), если усыновление (удочерение) отменено судом по ее вине;

- не осуждалась за совершение тяжкого, особо тяжкого преступления против человека;

- не является подозреваемой или обвиняемой по уголовному делу (статья 22).

Законодательством РБ разрешается только гестационная форма суррогатного материнства – суррогатная мать не имеет генетической связи с вынашиваемым ребенком.

Суррогатная мать не может быть одновременно донором яйцеклетки (яйцеклеток) в отношении женщины,

заклучившей с ней договор суррогатного материнства, что определено ст. 22 Закона № 341-З [4]. Традиционная форма суррогатного материнства - когда суррогатная мать генетически связана с вынашиваемым ею ребенком (является и донором яйцеклетки, соответственно, и биологической матерью ребенка) - не соответствует императивным нормам белорусского законодательства и не может быть закреплена в договоре суррогатного материнства.

Суррогатная мать в Республике Беларусь имеет право на:

- обеспечение условий, необходимых для проживания; обеспечение условий, необходимых для вынашивания ребенка (детей);
- оказание услуг по договору суррогатного материнства на возмездной основе, а в случаях, предусмотренных настоящим Законом, — и на безвозмездной основе; возмещение расходов на медицинское обслуживание, питание, проживание в период вынашивания, родов и в послеродовой период, если иное не предусмотрено договором суррогатного материнства;
- государственные пособия, назначаемые в соответствии с законодательством;
- иные права, предусмотренные договором суррогатного материнства.

Суррогатная мать обязана:

- представить женщине, заключившей с ней договор суррогатного материнства, и ее супругу информацию о результатах медицинского осмотра, а также информацию о состоянии здоровья своего ребенка;
- проходить медицинский осмотр в сроки, определенные лечащим врачом;
- выполнять все предписания лечащего врача и представлять женщине, заключившей с ней договор суррогатного материнства, и ее супругу информацию о состоянии своего здоровья и состоянии здоровья вынашиваемого ребенка (детей);
- передать женщине, заключившей с ней договор суррогатного материнства, ребенка (детей) после его (их) рождения в срок, предусмотренный договором суррогатного материнства;
- хранить в тайне сведения о заключении договора суррогатного материнства и о лицах, заключивших такой договор;
- выполнять иные обязанности, предусмотренные договором суррогатного материнства (статья 23) [4].

Важным аспектом договорных отношений между суррогатной матерью и генетической матерью является то, что договор суррогатного материнства подлежит нотариальному удостоверению[2,4].

Статьей 166 ГК предусмотрено, что несоблюдение нотариальной формы сделки влечет ее недействительность (ничтожность) [3].

Суррогатная мать, генетическая мать ребенка, а также их супруги, давшие в установленном порядке согласие на заключение договора суррогатного материнства, не вправе оспаривать материнство и (или) отцовство ребенка, рожденного суррогатной матерью, за исключением

случаев, когда имеются доказательства того, что суррогатная мать забеременела не в результате имплантации эмбриона[2,4].

Перечень медицинских показаний и противопоказаний к суррогатному материнству, порядок и объем медицинского обследования суррогатной матери, генетической матери и их супругов определен Министерством здравоохранения Республики Беларусь (Постановление № 54) [7].

Перечень медицинских показаний и медицинских противопоказаний к суррогатному материнству:

1. Медицинские показания к суррогатному материнству:

- 1.1. отсутствие матки (врожденное или приобретенное);
- 1.2. деформация полости или шейки матки при врожденных пороках развития или в результате заболеваний;
- 1.3. синехии полости матки, не поддающиеся терапии;
- 1.4. наличие соматических заболеваний, являющихся противопоказанием для вынашивания беременности и родов;
- 1.5. ненаступление беременности при проведении вспомогательных репродуктивных технологий при переносе эмбрионов высокого качества.

2. Медицинские противопоказания к суррогатному материнству:

- 2.1. туберкулез (все активные формы);
- 2.2. сифилис, требующий лечения;
- 2.3. вирусный гепатит (тяжелые формы);
- 2.4. наличие вируса иммунодефицита человека в стадии синдрома приобретенного иммунодефицита;
- 2.5. наличие неизлеченных злокачественных заболеваний всех локализаций;
- 2.6. апластическая анемия;
- 2.7. наличие часто рецидивирующих или тяжело протекающих заболеваний с геморрагическим синдромом;
- 2.8. тиреотоксикоз (средняя и тяжелая формы);
- 2.9. сахарный диабет (тяжелые и осложненные формы);
- 2.10. гиперпаратиреоз и гипопаратиреоз;
- 2.11. наличие заболеваний надпочечников (гормонопродуцирующие опухоли);
- 2.12. наличие воспалительных заболеваний центральной нервной системы;
- 2.13. системные атрофии, обусловленные поражением центральной нервной системы, и другие дегенеративные заболевания центральной нервной системы;
- 2.14. рассеянный склероз (все формы) и демиелинизирующие заболевания центральной нервной системы;
- 2.15. эпилепсия (все формы);
- 2.16. центральные параличи и другие паралитические синдромы;
- 2.17. хориоретинальные воспаления, глаукома, нарушения аккомодации и рефракции, не поддающиеся коррекции (тяжелые формы), зрительные расстройства и слепота, тяжелая форма кератита, неврит зрительного нерва;
- 2.18. отосклероз (все формы), врожденная глухота и

глухонемота;

2.19. артериальная гипертензия;

2.20. острая ревматическая лихорадка, хронический ревматический перикардит, заболевания (пороки) клапанного аппарата сердца с нарушением кровообращения;

2.21. врожденные пороки развития или приобретенная патология матки (деформации полости матки, неполноценный эндометрий), при которых невозможна имплантация эмбрионов или вынашивание беременности;

2.22. нарушение легочного кровообращения и сердечная недостаточность, легочно-сердечная недостаточность, кардиореспираторная недостаточность;

2.23. перикардиты, миокардиты;

2.24. нарушения сердечного ритма (фибрилляция, трепетание предсердий и желудочков);

2.25. аневризмы аорты;

2.26. эмболия и тромбоз артерий;

2.27. стеноз гортани с дыхательной недостаточностью;

2.28. бронхоэктатическая болезнь, бронхиальная астма (тяжелые формы);

2.29. непроходимость пищевода, искусственный пищевод, язва желудка и двенадцатиперстной кишки со стенозом и кровотечением, неинфекционный колит и энтерит с кишечным кровотечением, синдром оперированного желудка;

2.30. нарушения всасывания в кишечнике, цирроз печени;

2.31. пузырьчатка вульгарная;

2.32. системные поражения соединительной ткани (тяжелые формы);

2.33. анкилозирующий спондилит;

2.34. острый и обострение хронического гломерулонефрита, почечная недостаточность, гидронефроз (двухсторонний, единственной почки, врожденный);

2.35. свищи с вовлечением женских половых органов и состояния по их поводу;

2.36. опухоли яичников;

2.37. доброкачественные опухоли матки, требующие оперативного лечения;

2.38. острые воспалительные заболевания любой локализации;

2.39. повторное участие женщины в качестве сурро-

гатной матери при интергенетическом интервале менее 2 лет;

2.40. наличие перенесенной операции на матке[7].

Согласно статьи 52 КоБС матерью ребенка, рожденного суррогатной матерью, признается женщина, заключившая с суррогатной матерью договор суррогатного материнства. Отцом ребенка, рожденного суррогатной матерью, признается супруг женщины, заключившей с суррогатной матерью договор суррогатного материнства. Если женщина, заключившая с суррогатной матерью договор суррогатного материнства, не состоит в браке, сведения об отце ребенка вносятся в запись акта о рождении в порядке, предусмотренном КоБС [2].

Суррогатная мать, женщина, заключившая с суррогатной матерью договор суррогатного материнства, а также их супруги, давшие в установленном порядке согласие на заключение договора суррогатного материнства, не вправе оспаривать материнство и (или) отцовство ребенка, рожденного суррогатной матерью, за исключением случая, когда имеются доказательства того, что суррогатная мать забеременела не в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий [2,4].

Репродуктивные права - права, связанные с продолжением рода, с

принятием решения о зачатии ребенка, с определением количества детей, с

применением вспомогательных репродуктивных технологий в случае, если

беременность не может наступить естественным путем[16].

Применение программ ВРТ с суррогатным материнством позволяет реализовать репродуктивные права граждан в тех случаях, когда иные возможности современной медицины исчерпаны.

Несмотря на медицинские, юридические и морально-этические сложности

программа суррогатного материнства дает реальный шанс обрести счастье

материнства и отцовства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Конституция Республики Беларусь. Национальный правовой интернет портал. <http://www.pravo.by/main.aspx?guid=2101>
2. Кодекс Республики Беларусь о браке и семье. <http://kodeksy.by/kodeks-o-brake-i-semie>
3. Гражданский кодекс Республики Беларусь. <http://гражданский-кодекс.бел>
4. Закон от 07.01.2012 № 341-З «О вспомогательных репродуктивных технологиях». http://kodeksy-by.com/zakon_rb_o_vspomogatel_nyh_reproduktivnyh_tehnologiyah.htm
5. Перечень административных процедур, осуществляемых государственными органами и иными организациями по заявлениям граждан, утвержденный Указом Президента Республики Беларусь от 26 апреля 2010 г. № 200 "Об административных процедурах, осуществляемых государственными органами и иными организациями по заявлениям граждан". Национальный правовой интернет портал. <http://www.pravo.by/webnpa/text.asp?RN=p31000200>
6. Постановление Совета Министров от 14.12.2005 № 1454 «О порядке организации работы с гражданами в органах, регистрирующих акты гражданского состояния, по выдаче справок либо иных документов, содержащих подтверждение фактов, имеющих юридическое значение». <http://pravo.kulichki.com/zak/new03/newc3110.htm>

7. Постановление Минздрава от 01.06.2012 № 54 «О некоторых вопросах применения вспомогательных репродуктивных технологий». Национальный правовой интернет портал. <http://www.pravo.by/main.aspx?guid=3871&p0=W21226260&p1=1&p5=0>
8. Решение Конституционного Суда от 28.12.2011 № Р-673/2011 «О соответствии Конституции Республики Беларусь Закона Республики Беларусь «О вспомогательных репродуктивных технологиях», направленное на реализацию гражданами репродуктивных прав, являющихся гарантией конституционного права на материнство и отцовство.
9. Афанасьева, И. В. Медицинское право. 2006. № 4. С. 35-40.
10. Исакова, Э. В., Корсак, В. С., Громыко, Ю. Л. Опыт реализации программы «Суррогатное материнство». Проблемы репродукции. 2001. №3. С.23-28.
11. Кулаков, В. И. Бесплодный брак М.: «Гэотар медиа», 2008. С. 12, 443.
12. Кулаков, В. И., Леонов, Б. В., Кузьмичев, Л. Н. Лечение женского и мужского бесплодия. В кн.: Вспомогательные репродуктивные технологии. М., 2005.
13. Никитин, Е. Бесплодие. Что предлагает медицина. - М.,- 2008.
14. Померанцева, Е. И., Козлова, А. Ю., Супряга, О. М. Законодательное обеспечение вспомогательных репродуктивных технологий: состояние проблемы. Проблемы репродукции. - 2001. - № 2. - С. 58-66.
15. Романовский, Г. Б. Право на суррогатное материнство: от истории к современности. Проблемы репродукции. - 2006. - № 1. - С. 31-38.
16. Кралько А.А. Медицинское право. - 2014. Минск, БелМАПО. - С. 105-112.
17. Славянова, И. К. Акушерство и гинекология. – Ростов-на-Дону, - 2007. - С. 353.
18. Чернуха, Е. А., Кузмичев, Л. Н., Киндарова, Л. Б., Васильченко, О. Н. //Акушерство и гинекология. - 2006. - № 4. - С. 23-26.
19. Brinsden P.R. Surrogacy. A textbook of in vitro fertilization and assisted reproduction. The Bourn Hall guide to clinical and laboratory practice. Edited by Brinsden P.R. The Parthenon Publishing Group 1999; 361—368.

SUMMARY

LEGISLATIVE ASPECTS OF SURROGACY IN BELARUS

O.L. Tishkevich

The center of assisted reproduction "Embryo"
Belarus, Minsk

Belarus has established a legislative framework that provides and regulates the use of assisted reproductive technology and surrogacy, in particular. The paper discusses the current social, legal and medical aspects of surrogacy in the Republic of Belarus.

Key words: *assisted reproductive technologies, surrogacy, the surrogate mother, the genetic parents.*

ТҮЙІНДЕМЕ

БЕЛАРУСЬ РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ СУРРОГАТТЫ АНАЛЫҚТЫҢ ҚҰҚЫҚТЫҚ ТҰСТАРЫ

О.Л. Тишкевич

«Эмбрио» қосымша репродукция орталығы
Беларусь, Минск

Беларусь Республикасында қосымша репродуктивтік технологияларды, жекелеп айтқанда суррогатты аналықты қолдануды қамтамасыз ететін және реттейтін заңнамалық база құрылған. Жұмыста Беларусь Республикасындағы суррогатты аналықтың өзекті әлеуметтік, құқықтық, медициналық тұстары қарастырылған.

Түйін сөздер: *қосымша репродуктивтік технологиялар, суррогатты аналық, суррогатты ана, генетикалық ата-ана.*

УДК 618.2

ИСТОРИЯ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА В УКРАИНЕ

Н.Г. Грищенко, А.И. Правдюк

Клиника репродуктивной медицины им. акад. В.И.Грищенко
Украина, Киев

В 1983 году в Украине, в г. Харькове, академиком Валентином Грищенко была создана первая украинская клиника репродукции человека, которая сейчас носит его имя.

В 1990 году впервые в Украине в этой клинике был проведен успешный цикл оплодотворения *in vitro*, в результате которого 19 марта 1991 г. родился первый в Украине ребенок, зачатие которого происходило вне организма матери.

В 1992 г. в Центре репродукции человека впервые на территории Украины и бывшего Советского Союза была осуществлена программа суррогатного материнства.

Первой украинской суррогатной матерью стала 46-летняя женщина - мать пациентки, страдавшей бесплодием по причине синдрома Mayer-Rokitansky-Kuster-Hausner. У пациентки отсутствовала матка, но имелись нормально функционирующие яичники.

Пациентке была проведена контролируемая стимуляция яичников и пункция фолликулов. 16 полученных ооцитов оплодотворили спермой мужа пациентки. Через 48 часов 3 четырехклеточных эмбриона были перенесены в полость матки матери пациентки.

Через 4 недели при ультразвуковом исследовании была диагностирована беременность. 13 июля 1993 г. на свет появилась живая доношенная девочка весом 2700 г. и ростом 49 см.

При оформлении новорожденной биологические родители столкнулись с целым рядом трудностей, связанных с отсутствием в то время в Украине нормативных документов, регулирующих порядок выдачи документов о рождении ребенка суррогатной матерью.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ СМ В УКРАИНЕ

В настоящее время большинство наиболее важных аспектов применения в медицине вспомогательных репродуктивных технологий, в частности суррогатного материнства, как метода лечения бесплодия, в Украине урегулировано законом.

Право на проведение вспомогательных репродуктивных технологий и применение суррогатного материнства

Гражданский кодекс Украины (1) (часть 7 статьи 281) гарантирует право совершеннолетних женщин и мужчин на проведение вспомогательных репродуктивных технологий согласно с порядком и условиями, установленными действующим законодательством.

Согласно статье 48 Основ законодательства Украины про охрану здоровья (2) использование репродуктивных технологий осуществляется согласно условиям и порядку, утвержденным Министерством здравоохранения Украины по медицинским показаниям совершеннолетней женщине при наличии письменного согласия супружеской пары, обеспечение анонимности донора и сохранения врачебной тайны. Таким образом, закреплён статус вспомогательных репродуктивных технологий, как медицинских процедур, проводимых по медицинским показаниям и без возможности их проведения по социальным показаниям либо по желанию пациентов.

Возможность суррогатного материнства в Украине для граждан иных государств

Смогут ли иностранные граждане воспользоваться в

Украине вышеприведенными правовыми нормами, регулирующими вопросы использования вспомогательных репродуктивных технологий и, в частности, суррогатное материнство, а также получить юридическую защиту своих персональных данных и других имущественных и личных неимущественных интересов при участии в таких медицинских программах? На этот вопрос следует дать однозначно положительный ответ.

Согласно статье 3 Закона Украины «Про правовой статус иностранцев и лиц без гражданства», иностранцы и лица без гражданства, которые находятся в Украине на законных основаниях, пользуются такими самыми правами и свободами, а также несут такие же самые обязанности, что и граждане Украины, за исключением, установленных Конституцией, законами или международными договорами Украины. В части права на использование репродуктивных технологий и сохранение при этом врачебной тайны законодательство Украины не содержит каких-либо ограничений или изъятий для иностранцев по сравнению с гражданами Украины.

Однако следует помнить, что граждане тех стран, в которых суррогатное материнство запрещено, могут столкнуться с проблемами ввоза в такую страну ребенка, рожденного в результате суррогатного материнства, его регистрации там, получения таким ребенком права на гражданство этой страны.

Если супружеская пара, вынужденная прибегнуть к процедуре суррогатного материнства, не имеет достаточной информации в области семейного, иммиграционного, гражданского права своей страны, регулирующего механизм оформления ввоза новорожденного ребенка

в свою страну, необходимо предварительно обратиться в министерство юстиции своей страны для получения соответствующего письменного разъяснения, а также в посольство (консульство) своей страны в Украине для уточнения порядка и сроков оформления проездных документов для будущего ребенка и перечня необходимых для этого бумаг.

Юридический статус ребенка, рожденного в результате суррогатного материнства

Семейный кодекс Украины (3) (часть 2, статья 123) четко определяет происхождение ребенка, рожденного в результате использования вспомогательных репродуктивных технологий. В случае переноса в организм другой женщины эмбриона человека, зачатого супружеской парой (мужчиной и женщиной) в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий, родителями ребенка является супружеская пара.

Таким образом, законодательство Украины изначально признает супружескую пару, которая прибегла к суррогатному материнству для лечения бесплодия, законными родителями родившегося ребенка. Такая норма закона является наиболее прогрессивной и удобной для биологических родителей, поскольку не требует оформления отказа суррогатной матери от родившегося ребенка или признания супружеской пары родителями ребенка в судебном порядке.

Требования, предъявляемые к супружеской паре, являющейся биологическими родителями и планирующей применение суррогатного материнства

Необходимым условием проведения суррогатного материнства является наличие брака между мужчиной и женщиной, которые являются биологическими родителями (3). Поэтому одинокие мужчины и женщины, пары, брак которых официально не зарегистрирован, а также граждане других государств, состоящие в однополых браках, не могут воспользоваться в Украине программой суррогатного материнства и, как следствие, не могут быть признаны родителями ребенка, рожденного при помощи суррогатного материнства.

Суррогатное материнство – репродуктивная технология, которая используется для лечения бесплодия исключительно по медицинским показаниям. Перечень показаний определен в пункте 6.2 Порядка применения вспомогательных репродуктивных технологий в Украине, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Украины № 787 от 09.09.2013 (4).

Медицинские показания к применению суррогатного материнства:

- отсутствие матки (врожденное или приобретенное);
- деформация полости или шейки матки при врожденных пороках развития или возникшие вследствие хирургических вмешательств, доброкачественных опухолей, при которых невозможно вынашивание беременности;
- структурно-морфологические или анатомические изменения эндометрия, которые ведут к утрате рецептивности, синехии полости матки, которые не поддаются лечению;
- тяжелые соматические заболевания, при которых вынашивание беременности угрожает дальнейшему здоровью или жизни реципиента, но которые не влияют на

здоровье будущего ребенка;

- неудачные повторные попытки ВРТ (4 и больше) при неоднократном получении эмбрионов высокого качества, перенос которых не приводил к наступлению беременности.

Список документов, необходимых для проведения суррогатного материнства со стороны супружеской пары, в интересах которой оно осуществляется:

- заявление пациентов;
- копии паспортов;
- копия свидетельства о браке;
- нотариально заверенная копия письменного совместного договора между суррогатной матерью и супружеской парой.

Требования, предъявляемые к клинике, осуществляющей суррогатное материнство

Согласно пункту 1.4 действующего Порядка применения вспомогательных репродуктивных технологий, вспомогательные репродуктивные технологии могут осуществляться в медицинских учреждениях, имеющих соответствующую лицензию на проведение вспомогательных репродуктивных технологий, оборудование и сертификат аккредитации (в случае, если медицинское учреждение существует более 2 лет).

Конфиденциальность и соблюдение врачебной тайны

Медицинская помощь в Украине предоставляется в условиях конфиденциальности и соблюдения врачебной тайны. В соответствии со статьей 40 Основ законодательства Украины об охране здоровья медицинские работники и другие лица, которым в связи с исполнением профессиональных или служебных обязанностей стало известно о болезни, медицинском обследовании, осмотре и их результатах, интимной и семейной стороне жизни гражданина, не имеют права разглашать эти сведения, кроме случаев, предусмотренных законодательством. Гражданский кодекс Украины также предоставляет право физическому лицу на тайну о состоянии своего здоровья, факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, а также о сведениях, полученных при его медицинском обследовании (ч. 1 ст. 286). За нарушение врачебной тайны виновное лицо может быть привлечено к гражданской, административной и уголовной ответственности.

В целях сохранения в тайне персональных данных лица, обратившегося за медицинской помощью, в частности, при применении СМ, медицинским учреждением может быть также использованы положения Закона Украины «О защите персональных данных». Так, персональные данные любого лица могут быть отнесены к конфиденциальной информации о лице законом или соответствующим лицом. В соответствии с ч.6 ст.6 этого Закона не допускается обработка данных о физическом лице, которые являются конфиденциальной информацией, без его согласия, кроме случаев, определенных законом, и только в интересах национальной безопасности, экономического благосостояния и прав человека. Распространение персональных данных без согласия субъекта персональных данных разрешается в случаях, определенных законом, и только (если это необходимо) в интересах национальной безопасности, экономического

благополучия и прав человека. Законом предусмотрена возможность обезличивания персональных данных – изъятие сведений, которые дают возможность прямо или опосредованно идентифицировать личность.

Таким образом, использование суррогатного материнства может быть осуществлено в режиме строгой конфиденциальности и сохранения врачебной тайны.

Требования, предъявляемые к женщине, которая хочет стать суррогатной матерью в Украине

Согласно пункту 6.4 Порядка применения вспомогательных репродуктивных технологий в Украине, суррогатной матерью может быть совершеннолетняя дееспособная женщина при условии наличия собственного здорового ребенка, добровольно оформленного письменного заявления (по форме, приведенной в приложении 17 к Порядку) и при отсутствии медицинских противопоказаний. При этом, суррогатная мать не должна иметь непосредственную генетическую связь с будущим ребенком. Разрешается вынашивание беременности близким родственникам будущих родителей (мать, сестра, двоюродная сестра, и т.д.). Таким образом, законодательство Украины оставляет возможность для вынашивания беременности в ситуации, когда суррогатной матерью является родственница биологических родителей. Т.е., сестра или мать мужа либо жены могут выступать в роли суррогатной матери. При этом исключен тот вариант, когда суррогатная мать одновременно является донором ооцитов, т.е. имеет непосредственную генетическую связь с ребенком.

Противопоказания к участию в суррогатном материнстве в качестве суррогатной матери

Медицинские противопоказания к суррогатному материнству не отличаются от противопоказаний к репродуктивным технологиям в целом. К ним относятся:

- соматические и психические заболевания, при которых противопоказана беременность и роды;
- длина тела матки менее 35 мм;
- острые воспалительные заболевания любой локализации на момент проведения репродуктивной технологии;
- врожденная либо приобретенная деформация полости матки, при которых невозможна имплантация эмбриона и вынашивания беременности;
- доброкачественные опухоли матки, которые деформируют полость матки;
- злокачественные новообразования любой локализации.

Обследования суррогатной матери проводится в том же объеме, что и обследование пациентки перед применением ЭКО. К обязательным обследованиям относятся:

- заключение терапевта о состоянии соматического здоровья и отсутствии противопоказаний для вынашивания беременности;
- определение группы крови и резус-фактора;
- клинический анализ крови;
- коагулограмма;
- анализ крови на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С;
- анализы крови (IgM, IgG) на токсоплазмоз, хламидии, цитомегаловирус и краснуху;

- бактериоскопический анализ выделений из трех точек (вагины, уретры и цервикального канала);
- цитологическое обследование мазков из шейки матки;
- общее гинекологическое обследование;
- ультразвуковое обследование органов малого таза;
- анализ крови на антимюллеров гормон, пролактин, фолликулостимулирующий гормон, лютеинизирующий гормон, прогестерон, эстрадиол;

При наличии показаний объем обследования может быть увеличен.

Список документов, необходимых для проведения суррогатного материнства со стороны суррогатной матери:

- заявление суррогатной матери;
- копия паспорта суррогатной матери;
- копия свидетельства о браке или о разводе (кроме одиноких женщин);
- копия свидетельства о рождении ребенка (детей);
- согласие мужа суррогатной матери на ее участие в программе суррогатного материнства (форма 19 Порядка), кроме одиноких женщин.

Согласно действующему Порядку, медицинское учреждение, применяющее вспомогательные репродуктивные технологии, потребует согласие супруга суррогатной матери на участие ее в программе суррогатного материнства. Однако, если женщина не находится в официальном браке, медицинское учреждение не обязано устанавливать, проживает ли будущая суррогатная мать с кем-либо из мужчин в незарегистрированном браке и получать согласие постоянного партнера суррогатной матери. Однако в дальнейшем, отсутствие такого согласия может привести к серьезному правовому конфликту, когда постоянный партнер суррогатной матери, будучи неинформированным, может заявить свои права на будущего ребенка. Поэтому, супружеской паре, которая решила прибегнуть к суррогатному материнству целесообразно самостоятельно получить нотариально оформленное согласие зарегистрированного или незарегистрированного супруга суррогатной матери или ее заявление о том, что она не находится в браке и ни с кем из мужчин постоянно не проживает.

Договор между суррогатной матерью и супружеской парой

Следует остановиться подробнее на основном документе, регулирующем взаимоотношения биологических родителей и суррогатной матери – договоре между суррогатной матерью и супружеской парой.

Украинское законодательство не содержит специальных требований к такому договору. Поэтому, при его составлении необходимо опираться на общие положения Гражданского кодекса Украины, регулирующие договорные отношения между субъектами гражданского права, в данном случае, между гражданами.

К моменту заключения договора будущая суррогатная мать должна быть полностью обследована в соответствии с требованиями Порядка применения вспомогательных репродуктивных технологий в Украине. Кроме того, супружеская пара может настаивать на проведении дополнительно генетического и психиатрического обследования суррогатной матери. Результаты обследова-

ний позволят биологическим родителям удостовериться, что суррогатная мама вполне здорова.

Предметом договора является предоставление суррогатной мамой услуг по вынашиванию и рождению ребенка, зачатого биологическими родителями в результате вспомогательных репродуктивных технологий, а также ее согласие на запись родителями ребенка его генетических родителей. В договоре следует обозначить обязательства суррогатной матери соблюдать все указания медицинских работников в течение подготовки к процедуре ЭКО, в процессе беременности и при родах, а также сообщать биологическим родителям о состоянии своего здоровья и протекании беременности, изменении места жительства. Поскольку, не всегда первая попытка переноса эмбрионов заканчивается беременностью стоит оговорить количество попыток и предполагаемые сроки их проведения.

Следует обратить внимание на порядок компенсаций и оплаты дополнительного лечения в случае возникновения у суррогатной матери осложнений (например, внематочной беременности).

Имеет смысл заранее обсудить количество переносимых эмбрионов и возможность наступления многоплодной беременности в случае, если будет перенесено более 1 эмбриона. Как правило, вынашивание многоплодной беременности оговаривается в договоре отдельно.

Можно рекомендовать внести в договор пункты об обязанностях суррогатной матери после наступления беременности стать в установленный срок на учет в женской консультации, проходить регулярные медицинские обследования в женской консультации или другом медицинском учреждении, название которого может быть закреплено в договоре, соблюдать правила вынашивания беременности и здорового образа жизни. Одним из условий договора должно быть согласие суррогатной матери на проведение операции «кесарево сечение» в случае медицинской необходимости.

Существенное место в договоре будут занимать положения, регулирующие обязанности генетических родителей. В частности, их обязанность принять новорожденного ребенка в определенный срок после родов, нести материальные расходы по оплате стоимости медицинских услуг, содержанию суррогатной матери в период подготовки к ЭКО, в процессе ее беременности и родов, выплате вознаграждения суррогатной матери.

К сожалению, иногда жизнь преподносит и неприятные моменты, последствия которых могут негативно сказываться на интересах участников договора. Поэтому, важно предусмотреть обязанности и ответственность сторон в случае развода или смерти одного или обоих биологических родителей, рождения недоношенного ребенка или с какой-либо патологией, смерти ребенка в процессе беременности либо родов и т.п. Для минимизации негативных последствий для сторон при наступлении таких случаев практикуется указание биологическими родителями в договоре своих гарантов, которые возьмут ребенка в случае смерти биологических родителей или их отказа в силу изменившихся жизненных обстоятельств, заблаговременное депонирование оговоренных денежных средств, оформление медицинского и/или

иного страхового полиса для суррогатной матери, выплата части вознаграждения в случае срыва беременности по причинам, независящим от суррогатной матери, и т.п.

Законодательством Украины не предусматривается необходимость заверять данный договор нотариально. Однако, для того чтобы выполнить требование о предоставлении в медицинское учреждение нотариальной копии такого договора, целесообразно заключать договор у нотариуса. Это важно и потому, что в случае необходимости нотариус может засвидетельствовать то, что стороны при подписании договора действовали добровольно, по своей воле, не находились под воздействием обмана, заблуждения, полностью отдавали отчет в своих действиях и понимали все положения статей договора, а также то, что будущая суррогатная мать осознавала потенциальную опасность для своей жизни и здоровья, связанные с беременностью.

Для иностранных пар договор и все документы должны быть подготовлены на двух языках либо приглашен переводчик на процедуру подписания документов. При оформлении договора целесообразно нотариально оформить также заявление от суррогатной матери, содержащее ее согласие на то, чтобы биологические родители в актах гражданского состояния были записаны родителями будущего ребенка, которое понадобится в дальнейшем при регистрации ребенка.

Порядок регистрации ребенка, рожденного в результате СМ

Информация о ребенке в день выписки из родильного дома по телефону передается в детскую поликлинику по месту жительства суррогатной матери или биологических родителей, если они к этому моменту регистрируют ребенка на себя. В случае, если биологические родители не являются гражданами Украины и не имеют постоянного места проживания, они сообщают адрес временного места проживания, где они будут находиться до оформления документов и выезда из страны, для осуществления наблюдения врачом педиатром. Если роды прошли нормально суррогатную маму выпишут из роддома в течение 6-7 дней со справкой о родившемся ребенке, после чего можно начинать процедуру регистрации ребенка. Если ребенок окажется недоношенным или будет отмечена какая-либо патология, выписка суррогатной матери с ребенком может затянуться на несколько недель. В этом случае целесообразно провести регистрацию ребенка незамедлительно, после чего генетическая мама получит возможность находиться в роддоме с ребенком, заменив там суррогатную мать.

Для регистрации ребенка в органы государственной регистрации актов гражданского состояния необходимо подать заявление биологических родителей, справку роддома о рождении ребенка суррогатной матерью, заявление суррогатной матери о ее согласии на запись биологических родителей в качестве родителей ребенка, заверенное нотариально, справку о генетическом родстве биологических родителей (или одного из них) с ребенком, выданную клиникой, в которой осуществлялась процедура суррогатного материнства, копии паспортов биологических родителей. Справка о генетическом род-

стве (приложение 18 к Порядку) выдается клиникой, в которой осуществлялась процедура СМ и содержит данные о биологических родителях, суррогатной матери, а также информацию о том, с каким из родителей, либо с ними обоими имеет генетическое родство ребенок.

Если биологические родители носят разные фамилии необходимо подать также совместное заявление о том, какую фамилию будет носить ребенок. По доверенности, выданной биологическими родителями, собрать все необходимые документы, подать их в соответствующий орган государственной регистрации актов гражданского состояния и получить свидетельство о регистрации ребенка может и доверенное лицо биологических родителей. В случае если регистрация осуществляется не родителями, необходим паспорт или паспортный документ, подтверждающий личность регистрирующего.

При отсутствии свидетельства о браке, документом, подтверждающим его наличие, может быть отметка о его регистрации в паспортах или паспортных документах родителей.

Свидетельство о регистрации ребенка выдается на украинском языке, содержит номер актовой записи о

рождении, фамилии, имени и отчества (если отчество имеется) биологических родителей и ребенка, дата рождения ребенка. Данные суррогатной матери в свидетельстве не указываются, как не указывается и факт рождения ребенка в результате суррогатного материнства. Данные суррогатной матери, данные медицинского учреждения, выдавшего свидетельство о рождении и нотариуса, заверившего подпись суррогатной матери на ее заявлении содержатся только в делах (актовой записи) органа государственной регистрации актов гражданского состояния. Свидетельство о рождении ребенка может быть переведено на любой язык, перевод оформлен нотариально, а при необходимости выполнена легализация данного документа для действия за рубежом. Во многих странах в дальнейшем не требуется получения другого документа, заменяющего такое украинское свидетельство о рождении.

Для регистрации ребенка установлен срок в 1 месяц после рождения ребенка. Пропуск данного срока считается административным правонарушением, которое оформляется предусмотрена уплата незначительного штрафа

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Конституція України від 28 червня 1996 р. № 254к/96-ВР (зі змінами і доповненнями)
2. Сімейний кодекс України від 10 січня 2002 р. № 2947-III (зі змінами і доповненнями)
3. Цивільний кодекс України від 16 січня 2003 р. № 435-IV (зі змінами і доповненнями)
4. Закон України «Про захист прав споживачів» від 12 травня 1991 р. № 1023-XII (зі змінами і доповненнями)
5. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII (зі змінами і доповненнями)
6. Закон України «Про правовий статус іноземців та осіб без громадянства» від 4 лютого 1994 р. № 3929-XII (зі змінами і доповненнями)
7. Закон України «Про внесення зміни до статті 123 Сімейного кодексу України щодо визначення батьків дитини, народженої в результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій» від 20 вересня 2011 року № 3760-VI
8. Наказ Міністерства юстиції України «Про затвердження Правил державної реєстрації актів громадянського стану в Україні» від 18 жовтня 2000 р. № 52/5; зареєстрований у Мін'юсті 18 жовтня 2000 р. за № 719/4940 (зі змінами і доповненнями)
9. Наказ Міністерства охорони здоров'я «Про затвердження Інструкції про порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій» від 23 грудня 2008 р. № 771; зареєстрований у Мін'юсті 20 березня 2009 р. за № 263/16279
10. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» від 2 лютого 2011 р. № 49; зареєстрований у Мін'юсті 9 лютого 2011 р. за № 171/18909 (зі змінами і доповненнями).

THE HISTORY OF SURROGATE MOTHERHOOD IN UKRAINE

N.G. Grischenko, A.I. Pravdyuk

Clinic of Reproductive Medicine. Acad. V.I. Grishchenko
Ukraine, Kiev

УДК 618.2

СУРРОГАТНОЕ МАТЕРИНСТВО: ИСТОКИ; ЮРИДИЧЕСКИЕ, МЕДИЦИНСКИЕ И ПАРАМЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Э.В.Исакова¹, В.С.Корсак¹, Д.А.Шепелева²¹Международный Центр Репродуктивной Медицины (МЦРМ), Санкт-Петербург, Россия² ЗАО «Реприо»

Россия, Москва

Затем из рая нас изгнали,
Чтоб на земле, а не в утопии
Плодили мы в оригинале
Свои божественные копии

Игорь Губерман

Рождение потомства является одной из главных физиологических функций человека. Трагедии, связанные с отсутствием детей, нереализованным родительским инстинктом, как и истории борьбы с этим недугом, пронизывают всю историю человечества.

Истоки. Ветхий завет начинается с описания сотворения мира, где сказано, что на 6 день Бог сотворил «человека - мужчину и женщину»; «И благословил их Бог и сказал им Бог: плодитесь и размножайтесь, и наполняйте землю и обладайте ею,…» (Библия, Первая книга Моисеева, Бытие, Главы 1, ст. 27, 28). Между 6 днем сотворения мира и изгнанием из Рая (глава 3) в главе 2 есть: описание создания человека «из праха земного», помещение его в рай «в Эдеме на востоке», создание Господом Богом «из ребра, взятого у человека» жены, обольщение жены змеем, жалостливое оправдание Адама: «жена, которую Ты мне дал, она дала мне от дерева, и я ел». Разгневанный нарушением запрета Господь Бог сказал Жене: «умножая умножу скорбь твою в беременности твоей; в болезни будешь рожать детей; и к мужу твоему влечение твое, и он будет господствовать над тобой» (Бытие, Глава 2, ст. 16). После этого они были изгнаны из рая. Только оказавшись на земле «Адам познал Еву, жену свою; и она зачала и родила Каина, и сказала: приобрела я человека от Господа» (Бытие, глава 4, ст. 1), т.е. прародители всего человечества смогли исполнять первый божий завет, данный при сотворении «мужчине и женщине» (6 день), начали «...плодиться и размножаться...».

Исходя из изложенного допустимо предположить, что в наказание за грехопадение, людям была открыта «технология» зачатия и они обрели один из основных инстинктов - инстинкт продления рода, который заставлял и сегодня заставляет мужчину и женщину, несмотря на обещанные муки в родах, желать (нередко всепоглощающе и страстно) иметь собственного ребенка.

Бездетность в ветхозаветных историях описывается как тяжелейшее психологическое и моральное страдание человека, для выхода из которого люди были готовы на любые жертвы. В Бытие есть история Авраама и Сарры (Бытие, глава 16-21). Бесплодная Сарра, стремясь дать Аврааму потомка, «послала» его к своей служанке

Агарь. Агарь родила от Авраама мальчика. Статус Агарь после этого не изменился. Она осталась служанкой, Сарра - женой Авраама. В Библии рассказывается также, что бесплодные жены сына и внука Авраама искали спасения от этой беды у Бога. Не получая желаемого они, как и Сарра, решались для решения проблемы дать своим мужьям служанок. Одну из этих историй изложил Томас Манн в романе «Иосиф и его братья»:

«...Маленькая Рахиль висла у Иакова на шее и плакала: Дай мне детей, не то я умру!...Конечно, он раздражался, ибо глупо было со стороны Рахили молить его о том, чего он сам так пламенно желал себе, не коря ее, однако, при этом за обманутые свои надежды. И все-таки в ее горе бедняжку многое оправдывало, ибо покуда она оставалась бесплодной, ей приходилось плохо...».

Важно сказать, что на самом деле у Иакова уже были дети и от сестры Рахили - Лии, которую их отец Лаван обманом отдал в жены Иакову вместо Рахили, и от служанки Рахили Валлы, и от служанки Лии Зелфы.

Исходя из изложенного, нет ничего удивительного в том, что сегодня бесплодные жены ради счастья продления рода собственного мужа готовы на использование донорских яйцеклеток и суррогатного материнства. История Иакова, Рахили и Лии свидетельствует, что во все века поступки людей кроме инстинкта продления рода определяло еще и одно из самых сильных чувств – любовь. Они любили, и поэтому им хотелось, во что бы то ни стало, иметь ребенка именно от любимого человека. Очевидно, что эти желания отнюдь не блажь современной эмансипированной, забывшей о Боге женщины, а имеют свои корни в генезисе.

В историческом отношении заслуживает внимания древнеиндусская легенда о рождении бога Махавиры, основателя джайнизма, в которой описана по сути близкая к современному суррогатному материнству «технология». Махавира случайно был зачат в чреве женщины низкого сословия. Царь Богов Индра повелел перенести плод женщине, достойной родить Великого Героя. Перенос эмбриона из матки жены священника Девананды королеве Тришала был осуществлен с величайшим искусством божеством Харинегамешиним.

Мы посчитали целесообразным привести описанные выше истории с тем, чтобы вспомогательные репродуктивные технологии и, в частности, суррогатное материнство, не рассматривались лишь как продукт развития общественной и научной мысли, достижений биологии и медицины в конце XX столетия в угоду современной эмансипированной женщине, по каким-то причинам отказывающейся от вынашивания беременности, а воспринимались как результат извечного стремления человека к продлению себя – продлению своего рода.

Современная медицина квалифицирует бесплодие как болезнь. Сегодняшние репродуктивные технологии позволяют преодолевать практически любое бесплодие, в том числе, связанное с отсутствием яйцеклеток и невозможностью вынашивания беременности (пороки развития и отсутствие матки, заболевания, при которых беременность противопоказана).

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

В 1985 году, несмотря на оппозицию со стороны Британской Медицинской Ассоциации, Патрик Стептоу и Роберт Эдвардс – пионеры ЭКО, впервые предложили использовать для лечения бесплодия суррогатное материнство в рамках ЭКО [5]. После длительной дискуссии с независимым Этическим комитетом они провели программу суррогатного материнства первой в Великобритании супружеской паре. Эмбрионы генетических родителей были перенесены сестре бесплодной женщины, и в 1989 году родился первый ребенок у суррогатной матери. Впервые в России и СНГ программа «Суррогатное материнство» была успешно проведена в 1995 году в нашем центре- МЦРМ.

Юридические аспекты

В федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в статье 55 «Применение вспомогательных репродуктивных технологий» есть два пункта (9 и 10), посвященные суррогатному материнству:

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

10. Суррогатной матерью может быть женщина в возрасте от двадцати до тридцати пяти лет, имеющая не менее одного здорового собственного ребенка, получившая медицинское заключение об удовлетворительном состоянии здоровья, давшая письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Женщина, состоящая в браке, зарегистрированном в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, может быть суррогатной матерью только с письменного согласия супруга. Суррогатная мать не может быть одновременно донором яйцеклетки.»

Таким образом, на сегодня в РФ законодательно определено содержание программы «Суррогатное материнство» и требования к суррогатным матерям. Важнейшее значение для применения программы «Суррогатное материнство» имеют пункты 1 и 3 статьи 55 Закона:

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

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

В настоящее время при наличии медицинских показаний пациенты вне зависимости от регистрации брака могут преодолеть бесплодие с помощью суррогатного материнства. В результате принятия этого закона возникло противоречие с положением, прописанным в действующем Семейном Кодексе, в соответствии с которым в программе могут участвовать только лица, состоящие в официально зарегистрированном браке. Однако в связи с тем, что эти Законы имеют одинаковую юридическую силу, то регистрация детей, родившихся в программе суррогатного материнства для одиноких женщин и пар, не состоящих в браке, не является противозаконным, но имеет определенные преодолимые сложности. Например, в Москве регистрация детей с 2016 года для таких пациентов происходит в судебном порядке, а в СПб в ЗАГСе в обычном порядке.

Другим важным моментом является то, что в отличие от одинокой женщины, в Законе ничего не сказано об одиноком мужчине. Законодатель не решился прямо ограничить одинокого мужчину в праве продолжать свой род без партнерши. Результатом отсутствия прямого императивного запрета стало использование суррогатного материнства одинокими мужчинами с регистрацией рождения ребенка через суд.

В 2010 году Бабушкинским районным судом г. Москвы впервые было вынесено прецедентное решение об обязанности ЗАГСа зарегистрировать ребенка, родившегося по программе суррогатного материнства с донорскими ооцитами для одинокого мужчины. В графе «мать» был поставлен прочерк.

¹Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Принят Государственной Думой 1 ноября 2011 года. Одобрен Советом Федерации 9 ноября 2011 года

Суд мотивировал это решение тем, что в российском законодательстве «отсутствуют какие-либо запреты или ограничения относительно возможности для мужчины или для женщины...реализовывать себя как мать или отец с применением методов искусственной репродукции». Впоследствии российскими судами были приняты еще несколько фактически идентичных решений по аналогичным делам с участием «одиноких родителей».

В отсутствие прямого юридического запрета на участие одиноких мужчин в программах суррогатного материнства право на решение этого вопроса остается у врача или клиники, в которой проводится процедура. В нашей практике был случай обращения юридически одинокого мужчины (вдовца). Жена умерла от онкологического заболевания, но ее яйцеклетки были криоконсервированы и нотариально заверенным распоряжением она передала право на их использование супругу. Со стороны Закона не было никаких препятствий для исполнения воли покойной молодой женщины.

Повторим, что в ФЗ N 323 «Об основах охраны здоровья граждан» определено: «Суррогатное материнство представляет собой вынашивание и рождение ребенка...по договору, заключаемому между суррогатной

матерью...и потенциальными родителями, **чьи половые клетки** использовались для оплодотворения...». Пациенты, которые обращаются к суррогатному материнству, могут иметь комплекс медицинских проблем, который в свою очередь может быть решен, в частности, при помощи донорского материала. Возможный вариант трактовки закона выглядит так: прибегая к программе «суррогатное материнство + донорские сперматозоиды или яйцеклетки» пациенты приобретают донорские клетки, которые становятся их собственностью. В таком случае фраза «**чьи половые клетки**» может рассматриваться с позиции собственности, принадлежащей родителям, безотносительно к генетическому происхождению. Подчеркнем, что суррогатная мать не может быть донором яйцеклеток, она по определению вынашивает генетически чужого ей ребенка.

Частота применения и результат. Российская ассоциация репродукции человека собирает сведения о применении программы «Суррогатное материнство» с 2005 года. В таблице 1 представлены основные показатели, которые позволяют объективно оценить частоту применения программы «Суррогатное материнство» и исходы процедур.

год	Кол-во центров, сообщивших о применении	Кол-во циклов ВРТ с участием СМ	Доля циклов СМ среди всех циклов ВРТ (n циклов ВРТ)	Беременностей (% на перенос эмбрионов)	Родов (из известных исходов)	Аборты и замершие и другое (из известных исходов)	Внематочные беременности (из известных исходов)	Неизвестен исход беременностей (из всех беременностей)
2005	28	289	1,7% (17242)	111 (38,4%)	75 (78,1%)	21 (21,8%)	0	15 (13,5%)
2006	29	308	1,4% (21343)	151 (50,3%)	97 (80,8%)	27 (22,5%)	2 (1,6%)	25 (16,5%)
2007	33	367	1,4% (26670)	149 (40,6%)	107 (73,8%)	37 (25,5%)	1 (0,7%)	4 (2,7%)
2008	38	430	1,3% (34222)	186 (43,3%)	145 (79,5%)	38 (20,5%)	2 (1,08%)	1 (0,5%)
2009	44	524	1,3% (40961)	216 (41,2%)	147 (79,9%)	35 (19,0%)	2 (1,08%)	32 (14,8%)
2010	51	648	1,6% (39988)	278 (42,9)	193 (70,7%)	73	7	5
2011	57	733	1,3% (56908)	308 (42,0%)	227 (76,4%)	70	0	11

может быть оценен по завершению родами последней беременности наступившей в декабре отчетного года (сентябрь следующего года).

²Семейный Кодекс Российской Федерации, 8.12.1995, раздел IV, глава 10, статья 51, пункт 4, часть вторая: «Лица, состоящие в браке между собой и давшие свое согласие в письменной форме на имплантацию эмбриона другой женщине в целях его вынашивания, могут быть записаны родителями ребенка только с согласия женщины, родившей ребенка (суррогатной матери).» статья 52, пункт 3, часть вторая: «Супруги, давшие согласие на имплантацию эмбриона другой женщине, а также суррогатная мать (часть вторая пункта 4 статьи 51 настоящего Кодекса) не вправе при оспаривании материнства и отцовства после совершения записи родителей в книге записей рождений ссылаться на эти обстоятельства».

³Данные опубликованы в отдельной брошюре и в журнале Проблемы репродукции : том 22, № 5.- 2016, стр. 10-21, том 21, № 6.- 2015, стр. 8-24/2012, №1, стр.8-16; 2010, № 6, стр. 8 – 18; 2009, № 6,стр. 8 – 23; 2008, № 6, стр. 35 – 54; 2007, № 6, стр. 7– 19; Публикация отчетов идет с задержкой на 2 года, т.к. конечный результат

2012	66	943	1,5% (62760)	372 (39,9%)	272 (79,3%)	62	9	29 (7,8)
2013	68	855	1,2% (69025)	379 (45,9%)	254 (74,3%)	65	6	37 (9,8%)
2014	78	1318	1,4% (95628)	561 (42,9%)	359 (73,1%)	99	4	70 (12,5%)

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

Медицинские аспекты. Минздравом определены показания, противопоказания и объем обследования для генетических родителей и суррогатных матерей⁴.

Показания к суррогатному материнству:

1. Отсутствие матки (врожденное или приобретенное);
2. Деформация полости или шейки матки при врожденных пороках развития или в результате перенесенных заболеваний;
3. патология эндометрия (синехии, облитерация полости матки, атрофия эндометрия);
4. Экстрагенитальная и генитальная патология, при которой вынашивание беременности противопоказано или невозможно;
5. Неудачные повторные попытки ЭКО (3 и более) при неоднократном получении эмбрионов хорошего качества, перенос которых не приводит к наступлению беременности.
6. привычное невынашивание беременности (3 и более самопроизвольных выкидыша в анамнезе).

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

1. Родственники или знакомые бесплодной супружеской пары;
2. Специально обследованные добровольцы.

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

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

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

В соответствии приказом 107н перенос эмбрионов в полость матки суррогатной матери (следует переносить не более 2 эмбрионов, решение о переносе эмбрионов принимается суррогатной матерью посредством дачи информированного добровольного согласия после предоставления полной информации лечащим врачом о высоком риске невынашивания многоплодной беременности, низкой выживаемости и высоком риске инвалидности среди недоношенных детей).

Приказ МЗ РФ № 107н допустил возможность участия суррогатной матери в лечении бесплодия ВИЧ-инфицированных потенциальных родителей на основе ее информированного добровольного согласия, полученного после консультации врачом-инфекционистом Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями и предоставления ей полной информации о возможных рисках для её здоровья.

Программа «Суррогатное материнство» проводится по следующему алгоритму:

1. Выбор суррогатной матери;
2. Синхронизация менструальных циклов;
3. Процедура экстракорпорального оплодотворения с переносом эмбрионов в матку суррогатной матери;
4. Поддержка постраниферного периода, диагностика беременности.

Парамедицинские аспекты суррогатного материнства

Все немедицинские аспекты программы «Суррогатное материнство» - передача ребенка генетическим родителям, финансовые, бытовые и эмоциональные взаимоотношения сторон – лежат вне компетенции врача и не являются ответственность центра, т. е. решаются напрямую между генетическими родителями и суррогатной матерью, однако, врач неизбежно оказывается в них вовлечен, особенно когда ситуация становится конфликтной. За 21 год работы в программе «Суррогатное материнство» нами накоплен в определенном смысле уникальный опыт, как позитивный, так и негативный.

Как известно, беременность – это функциональная проба на здоровье. Угроза здоровью и жизни для женщины в связи с осложнениями беременности и родов – это реальность (внематочная беременность, многоплодие, невынашивание, гестоз, неправильное прикрепление и расположение плаценты, неправильное положение плода, кровотечение...). В связи с осложнениями может потребоваться операция, не исключена потеря матки и другие тяжелые последствия. В общем, ни одну из известных проблем патологического акушерства нельзя ис-

⁴Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от «30» августа 2012 г. № 107н «Порядок использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказания и ограничения к их применению»

ключить полностью. Любая беременная может заболеть, в том числе и очень тяжело. Но, одно дело это спонтанная беременность, собственный ребенок и совсем другое – беременность во имя решения, как правило, материальных проблем, наступившая в результате врачебного вмешательства, во время которой женщина вынашивает генетически не своих детей.

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

Отчаявшись после семи неудачных попыток ЭКО, в наш Центр обратилась супружеская пара, в которой жена имела российское гражданство, а муж был подданным другой страны. Первая попытка в программе суррогатного материнства также оказалась безуспешной. С целью повышения вероятности наступления беременности, пара обратилась с просьбой провести им ЭКО с переносом эмбрионов не только самой бесплодной женщине, но и двум суррогатным матерям. Так как регламентирующих документов в этой области нет, мы решились на такой вариант, полагая что, если средняя частота наступления беременности в нашем Центре 45%, то есть шанс наступления беременности у одной из женщин. Каково же было потрясение, когда беременность наступила у всех трех женщин: у одной суррогатной матери – одноплодная беременность, у второй – тройня и у самой бесплодной женщины – двойня. Мечта генетических родителей сбылась – вот они дети и сразу много. Для обеспеченных людей маленький детский сад была не проблема. Но первые минуты безоблачного счастья сменились суровой действительностью: как зарегистрировать детей, которые наверняка родятся в разные сроки, на одних родителей? как ввезти такое количество детей в страну, в которой суррогатное материнство запрещено, а рождение трех детей вызывает широкий общественный резонанс? Однако это были проблемы, за решение которых брался юрист. Но достаточно скоро появились и медицинские проблемы.

У суррогатной матери с одноплодной беременностью в конце первого триместра развилось тяжелое обострение хронического пиелонефрита на фоне мочекаменной болезни, о которой беременная не знала. В результате прогноз на благополучный исход беременности оказался сомнительным. По согласованию с генетическими родителями было принято решение прервать беременность. Однако следует признаться, что если бы это была единственная беременность, а не одна из трех от данной пары, то усилия по ее сохранению были бы много значительней. Врачи в этом случае вынуждены были принимать медицинское решение с учетом иных, немедицинских обстоятельств. За 2 недели до этого события у второй суррогатной матери была проведена редукция количества плодов до одного. Через месяц после операции у

этой суррогатной матери развились явления угрожающего выкидыша. Несмотря на терапию, беременность сохранить не удалось - при сроке 16/17 недель произошел самопроизвольный выкидыш. У самой генетической матери течение беременности было осложнено длительной угрозой прерывания, в третьем триместре рано развился гестоз. На 35 неделе беременная была родоразрешена операцией кесарева сечения. Родились недоношенные мальчик и девочка. Дети живы и были выписаны домой.

Этот случай показал нам, что одновременное использование сразу нескольких суррогатных матерей может повлечь за собой возникновение серьезных морально-этических и социальных проблем, в связи с чем мы отказались от проведения таких вариантов программы.

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

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

В какой степени генетические родители имеют право требовать от суррогатной матери изменения места жительства и образа жизни? Как правило, обе стороны находят компромиссные решения. Однако встречаются и крайние варианты.

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

Были и такие случаи, когда, проживая в разных городах, генетические родители полностью доверяли суррогатной матери, помогая ей только материально, и не требуя доказательств соблюдения режима, рекомендаций врача и других условий договора.

Диаметрально противоположные отношения сложились в другом случае. Молодая супружеская пара, живущая по принципу "Все продается и покупается", с пер-

вых же дней беременности поместила суррогатную маму под замок в свой загородный дом. Суррогатная мать, обманув бдительность генетических родителей, все же убежала, и длительное время скрывалась, общалась только с врачом по телефону, даже была готова оставить детей (это была двойня) себе. С большим трудом удалось разрешить конфликт, найти нужные слова для обеих сторон.

Такие сложные отношения продолжались всю беременность и в течение всего этого времени врачу приходилось вмешиваться в бытовые вопросы, объясняя генетическим родителям, что суррогатной матери действительно необходима специальная одежда и питание, аппарат для контроля за артериальным давлением и т.п. У суррогатной матери инстинкт материнства был настолько сильным, а недоверие к супружеской паре так велико, что после рождения детей она стала сомневаться, смогут ли генетические родители правильно ухаживать и воспитывать детей и можно ли, поэтому, отдавать их им. Юристы и врачам пришлось опять прибегнуть к убеждению.

В России существуют агентства, предлагающие услуги по организации программы суррогатного материнства, в том числе, в варианте, когда ни суррогатная мать, ни потенциальные родители не общаются друг с другом. Агентство контролирует соблюдение сторонами договорных обязательств, обеспечивает все необходимое для суррогатной матери, включая медицинское обслуживание, выплату компенсаций, поддержку в решении возникающих бытовых проблем и т.п. Родители получают должным образом зарегистрированного ребенка.

В конце 2016 года широкую огласку получил конфликт, в котором суррогатная мама, вынашивая двойню, захотела изменить условия договора, а именно увеличить размер денежной компенсации. Получив отказ, перед родами перестала общаться с агентством и родителями, после родов оформила детей на себя. Первый суд принял решение в пользу генетических с родителей. Суррогатная мама обжаловала это решение. Предстоит новый суд. К январю 2017 года дети почти полгода находятся у суррогатной матери. Интернет содержит достаточно полную информацию об этом конфликте. Пересказ его деталей не имеет смысла.

Допустимо предположить, что имеет место недооценка суррогатной матерью отдаленных последствий такого поступка и пренебрежение интересами детей. Детство пройдет, наступят подростковый возраст, юность, да в любом возрасте человека будет интересовать кто его родители. Представляется, что в сложившейся ситуации суррогатная мать не сможет скрыть от детей история появления их на свет. Что будет тогда? Что испытают они, как они оценят произошедшее?

В условиях действующей в РФ законодательной нормы, которая закрепляет приоритетное право суррогатной матери решать оставить родившегося ребенка себе или передать генетическим родителям, существует реальный риск возникновения подобных конфликтных ситуаций. Нет сомнения, что кроме качества юридических документов, в предупреждении таких конфликтов, большая роль принадлежит психологическому сопровождению участников программы. Мы считаем, что консультация психолога должна быть обязательной до начала програм-

мы. Особое значение в ходе консультирования имеет определение мотивации суррогатной матери, в которой, наряду с материальной составляющей, важно наличие понимания ею своей миссии - помочь больным, страдающим бесплодием, обрести собственного ребенка. В этом смысле, суррогатное материнство сродни донорству так, как позволяет избавиться от страдания. Важно также, чтобы во время беременности суррогатная мама получала очевидные свидетельства высокой оценки ее миссии со стороны будущих родителей и их представителей, что вынашиваемый ею ребенок действительно желанный, родители готовы окружить его любовью и обеспечить ему всем необходимое.

Мы убеждены, что все перечисленное имеет чрезвычайно большое значение для будущего ребенка, а суррогатной матери позволяет спокойнее расстаться с ним, пройти без дополнительных проблем через неизбежные послеродовые психологические и функциональные перестройки организма. В своей практике, работая на описанных принципах, мы ни разу не сталкивались с реализованным отказом суррогатной матери отдать ребенка генетическим родителям.

Заключение

- Осуществление программы «Суррогатное материнство» требует решения не только медицинских, но и сложных социальных, морально-этических и юридических проблем, сопряжено с риском конфликтных ситуаций, связано с большим эмоциональным напряжением и огромной ответственностью. Но отказаться от решения имеющихся проблем и закрыть программу недопустимо, поскольку существуют больные, нуждающиеся в таком виде медицинской помощи.

- Законодательство РФ не решает всего круга проблем. Большое количество правовых вопросов до сих пор не урегулированы. Действующие правовые нормы, в известной степени, фрагментарны, затрагивают лишь отдельные аспекты сопутствующих проблем, а ряд существующих положений - спорны по существу и противоречат друг другу. Приоритетное право определять судьбу ребенка законодательно закреплено за суррогатной матерью, что в определенных ситуациях может быть благоприятным условием для возникновения конфликтов.

- Взрослые дееспособные люди имеют полное право самостоятельно принимать решение об участии в программе «Суррогатное материнство» в качестве потенциальных родителей или суррогатной матери. Задача врача состоит в том, чтобы предоставить исчерпывающую информацию обеим сторонам о содержании и об особенностях этой программы, качественно провести обследование и медицинские процедуры.

- Программа «Суррогатное материнство» является одним из видов медицинской помощи и должна проводиться по установленным медицинским показаниям. Врач не должен принимать участия в обсуждении и оформлении юридического соглашения между парой и суррогатной матерью.

- Важным фактором в значительной степени определяющим успешное выполнение и завершение программы «Суррогатное материнство» является психологиче-

ское консультирование и сопровождение.

• Работа агентств, осуществляющих юридическое консультирование, составление договоров, защиту интересов участников программы необходима. В сферу их деятельности может входить организация медицинского сопровождения, помощь в решении различного круга проблем.

• В соответствии с Законом программа «Суррогатное материнство» возможна только «по договору, заключае-

мому между суррогатной и потенциальными родителями». В тоже время в законодательстве РФ нет прямого запрета на анонимные программы, что делает организацию таких программ возможным, т.е. не противоречащим Закону. Однако анонимное «Суррогатное материнство» сопряжено с риском возникновения целого ряда моральных проблем как у суррогатной матери и у потенциальных родителей, так у рожденного ребенка (в будущем).

СУРРОГАТТЫ АНАЛЫҚ

БАСТАУЛАРЫ; РЕСЕЙ ФЕДЕРАЦИЯСЫНДА ҚОЛДАНУДЫҢ ЗАҢДЫ, МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖӘНЕ ПАРАМЕДИЦИНАЛЫҚ ТҮСТАРЫ

Э.В.Исакова¹, В.С.Корсак¹, Д.А.Шепелева²

¹ Халықаралық репродуктивтік медицина орталығы (ХПМО), Санкт-Петербург, Ресей

² «Реприо» ЖАҚ
Ресей, Москва

SURROGACY

ORIGINS; LEGAL, MEDICAL AND PARAMEDICAL ASPECTS OF APPLICATION IN THE RUSSIAN FEDERATION

E.V. Isakova¹, V.S.Korsak¹, D.A. Shepeleva²

¹ International Center for Reproductive Medicine (ICRM),
St. Petersburg, Russia

² ZAO «Reprio»
Russia, Moscow

УДК 618.2

THE ISRAELI LAW OF SURROGACY

Professor Dov Feldberg, MD

Helen Schneider Hospital for Women,
Rabin Medical Center and Tel Aviv University School of Medicine
Israel, Tel Aviv

Historically Israel was the third country in the world that accepted the law of surrogacy in the Israeli Parliament in 1996. The architect of the Israeli laws was Advocate Mira Hibner, the Head of the Legal Department in the Ministry of Health.

The other two countries who established regulations for surrogacy prior to Israel were USA and England.

Since 1996 the law was not changed but several updates and modifications were performed.

The process of getting permission for surrogacy in Israel starts with the Gynecologist's (Infertility Specialist's) recommendation to turn to surrogacy upon medical indications.

The Minister of Health appoints a committee of 7 members: 1. Two Gynecologists 2. Expert in Internal Medicine 3. Clinical Psychologist 4. Social Worker 5. Public Representative (Lawyer) 6. Religious Person (Rabbi, Priest or Khaddy)

The Head of the committee is one of the Gynecologists. The committee is obligated to gender orientation to include men and women among their members. The meetings are closed and confidential.

All parties are obligated to sign the agreement with free and best will and without any pressure.

The child's welfare is strongly considered and the surrogate's health will never be compromised. Any deviation from the agreement will cause the committee to meet again.

The committee will consider the financial aspects as well, as the agreement between the parents and the surrogate mother and will prevent any exploitation of the surrogate mother by biological parents.

Status of the Newborn

After the 24th week of gestation the surrogate mother and the biological parents are obligated to report to the local social worker on the pregnancy and future delivery.

24 hours after the delivery the biological parents and the hospital social worker will report on the delivery to the Ministry of Health.

After the delivery the child is given immediately to the biological parents with all rights and duties.

After one week the parents with the social worker will introduce an application of parenthood.

The court will provide to the biological parents the order of parenthood.

After this order approval the child legally belongs to the biological parents.

Who Can Take Part in Surrogacy Treatment

Single or married women whose husband agrees to surrogacy.

The surrogate mother and biological parents should be of the same religion.

The upper limit of surrogate age is 38.

Biological parents can be either married couples or a couple with parenthood agreement.

Egg Donation Treatment can be used but the sperm should always belong to the husband.

Single couples or unisex couples cannot use surrogacy technology according to the law in Israel.

Statistical Data on Surrogacy in Israel

From 1996 till the end of 2016, 1248 applications for surrogacy were approved, 540 deliveries were registered with 133 twins and 2 triplets.

Altogether 678 children were born from surrogacy technology in Israel.

УДК 618.2

ЗАКОН ИЗРАИЛЯ О СУРРОГАТНОМ МАТЕРИНСТВЕ

Дов Фельдберг, доктор медицинских наук, профессор

Женская больница «Хелен Шнайдер», медицинский центр им. Рабина и школа медицины
при Тель-Авивском Университете
Израиль, Тель-Авив

Исторически сложилось так, что Израиль стал третьей страной в мире, принявшей закон о суррогатном материнстве, на уровне Парламента Израиля в 1996 г. Создателем Израильского закона была адвокат Мира Хибнер, Глава юридического отдела Министерства здравоохранения.

Двумя другими странами, в которых было принято положение в отношении суррогатного материнства, раньше, чем в Израиле, были США и Англия.

С 1996 г. закон не меняли, однако было выполнено несколько обновлений и модификаций.

Процесс получения разрешения на суррогатное материнство в Израиле начинается с рекомендации гинеколога (специалиста по бесплодию) прибегнуть к суррогатному материнству по медицинским показаниям.

Министр здравоохранения назначает комиссию в составе 7 членов:

1. Два гинеколога
2. Специалист по лечению болезней внутренних органов
3. Клинический психолог
4. Социальный работник
5. Представитель общественности (юрист)
6. Представитель религиозной конфессии (раввин или священник)

Главой комитета является один из гинекологов. В связи с гендерным равенством в состав комиссии должны быть включены мужчины и женщины. Заседания комиссии должны быть закрытыми и конфиденциальными.

Все стороны обязаны подписать соглашение добровольно, без какого-либо давления.

Во внимание принимается в первую очередь благополучие ребенка, при этом никогда не будет поставлено под угрозу здоровье суррогатной матери. Любое отклонение от соглашения станет поводом для проведения очередного заседания комиссии.

Комиссия учитывает финансовые стороны, соглашение между родителями и суррогатной матерью, а также примет все меры защиты суррогатной матери от использования ее биологическими родителями в своих целях.

Статус новорожденного

После 24ой недели беременности суррогатная мать и биологические родители обязаны сообщить социальному работнику на местном уровне о беременности и будущих родах.

Через 24 часа после родов биологические родители и социальный работник больницы обязаны предоставить отчет о передаче ребенка в Министерство здравоохранения.

После родов ребенка незамедлительно отдают биологическим родителям со всеми правами и обязанностями.

Через неделю родители совместно с социальным работником подают заявление на получение статуса родителей.

Суд предоставит биологическим родителям приказ о получении статуса родителей.

После утверждения данного приказа ребенок юридически принадлежит биологическим родителям.

Кто может стать суррогатной матерью?

Одинокая или замужняя женщина, муж которой предоставляет согласие на суррогатное материнство.

Суррогатная мать и биологические родители должны принадлежать к одной религиозной конфессии.

Верхний возрастной предел суррогатной матери 38 лет.

Биологическими родителями могут стать супружеские пары или пары с соглашением об осуществлении родительских прав.

В ходе лечения можно использовать донорскую яйцеклетку, однако сперматозоид должен принадлежать мужу.

Лицо, не состоящее в браке, или однополые пары не могут воспользоваться услугой суррогатной матери в соответствии с законодательством Израиля.

Статистические данные по суррогатному материнству в Израиле.

С 1996 года до конца 2016 года было утверждено 1248 заявок на суррогатное материнство, в результате 540 родов было зарегистрировано 133 двойни и 2 тройни.

В общей сложности 678 детей появились на свет в Израиле от суррогатных матерей.

УДК 618.2

SURROGACY IN GERMANY

K. Bühler¹, H. Eberlein²

¹Centre for Gynaecological Endocrinology & Reproductive Medicine Stuttgart & Ulm; Chairman of the peak-organisation of the German Scientific Societies in Reproductive Medicine

²Law firm Holger Eberlein, Berlin; specialist solicitor for Medical Law

Surrogacy is legally not allowed in a lot of European countries like France, Belgium, and Italy. So, it is also not allowed in Germany by the so called «Act for Protection of Embryos (The Embryo Protection Act - Gesetz zum Schutz von Embryonen)» of 13th December 1990⁷ In Section 1 (1)7. it is stipulated that: «*Anyone will be punished with up to three years imprisonment or a fine, who attempts to carry out an artificial fertilisation of a woman who is prepared to give up her child permanently after birth (surrogate mother) or to transfer a human embryo into her.*»

In this Act also other German specific particularities are fixed like prohibition of oocyte donation (section 1, (1)2.: «*Anyone will be punished with up to three years imprisonment or a fine, who attempts to fertilise artificially an egg cell for any purpose other than bringing about a pregnancy of the woman from whom the egg cell originated,*») or prohibition of PGD and PGS (Section 3a, (1): «*Whosoever subjects the cells of an embryo to in vitro genetic screening prior to its intrauterine transfer (preimplantation genetic diagnosis) shall be punished with up to one year's imprisonment or a fine.*»). Only in the following paragraphs of this section it is regulated that under very strict conditions (highly likelihood of severe genetic illness of the offspring) it will be possible to perform a PGD in very specific individual cases.

However, at the end of each section in this embryo protection act it is noted that the woman to whom the referred medical treatment was carried out are not subject to the mentioned penalties. Therefore, in Germany forbidden techniques can be carried out abroad where these techniques are not prohibited. Concerning surrogacy it is expressly stated in section 1, (3)2: «*... in the case of subsection 1, number 7, the surrogate mother and likewise the person who wishes to permanently take care of the child, shall not be liable to punishment.*», not in Germany nor elsewhere.

But in this context different definitions have to be considered:

Surrogate mother: a woman who, by virtue of an agreement for the gestation and birth of a child, is obliged of giving the child after birth to a different woman («wish-mother») or to intended («wish») parents after birth. A distinction is made on one side between **Substitute mother** (woman whose oocyte is fertilized by the sperm of the «wish-father» - or a sperm donor) and on the other side «**Gestation mother**» (an already fertilized oocyte is implanted in the uterine cavity. There is no genetic relationship with the child. The oocyte can be derived from the wish-mother or an oocyte donor, the sperm from the wish-father or from a sperm donor.)

This distinction is of utmost importance.

But in any case contracts for a surrogate mother are unlawful in Germany, since no person may be part of a purchase contract. And even the brokerage of a surrogate mother cannot be executed on the German territory nor is it allowed to search for or to offer surrogate motherhood nor intended parenthood by means of public statements, in particular by advertisement or reports in newspapers, etc.⁸

But the feared problem of the intended parents is whether or not the child after surrogacy will be accepted by the German authorities when the child will be brought «back» to Germany.

In 2014, the Federal Supreme Court of Justice has decreed with no option to appeal concerning the subsequent legal registration in Germany of the child by the German intended parents by German authorities:

- A foreign court decision, which yields in the ascertainment of the legal relationship between child and intended parents, is open to recognition, in contrast to the mere registration of the relationship of relations.
- Human rights guaranteed by the European Convention on Human Rights must also be taken into account when considering whether the decision is contrary to the ordre public in Germany.
- The mere fact that a foreign decision in the case of surrogate motherhood assigns legal parenthood of the child to the intended parents is not in contradiction in any case to German ordre public if a wish-parent - as opposed to surrogate mother - is genetically related to the child.⁹

And this must even be respected if the legal parenthood is applied by partners of same sex living in a registered civil partnership as it was in this case.

But it has to be taken in account the very important recent decision of the European Court of Human Rights. In a case of intended parenthood after a surrogate motherhood of an embryo obtained from an ova donation and a sperm donation provided by unknown donors the Court - Grand Chamber - concluded that there was no family life between the applicants and the child.¹⁰

Only if a legally effective descent is given by at least one part of the German intended parents, the child has been granted German citizenship without any doubt, and consequently has a claim to a German passport. Without appropriate removal papers the child cannot leave into Germany.¹¹

Another question is if information of German citizens by the foreign institutions can be provided that medical treatments - forbidden in Germany - are allowed abroad in Germany. The Public Prosecutor's Department of Berlin stated that the mere advertising of prohibited treatment

methods and the attempt to acquire German couples as customers thus does not constitute a criminal offense. So it is possible to present in Germany forbidden medical treatments in reproductive medicine as it was done recently in Berlin at an International Fertility Show («Kinderwunschstage»).

CONCLUSION

If a surrogate motherhood and the registration of the parenthood abroad of the intended parents - of which at least one part is in a genetic relationship with the child - are legally effective and judicially pronounced, this can also be recognized in Germany.

⁷Federal Law Gazette, Part I, No. 69, issued in Bonn, 19th December 1990, page 2746; last amended 21.11.2011

⁸Adoption Brokerage Law (Adoptionsvermittlungsgesetz - AdVermiG) from 02.07.1976, last amended 20.11.2015, §13

⁹Bundesgerichtshof (XII ZB 463/13) 13th December 2014

¹⁰ECHR (25358/12): CASE of Paradiso and Campanelli v. Italy, 24th January 2017

¹¹<http://www.auswaertiges-amt.de/DE/Infoservice/FAQ/GeburtAusland/06-Leihmutter-schaft.html?nn=383016>

¹²Staatsanwaltschaft Berlin (252U Js268/13) 04.04.2013

РЕЗЮМЕ

СУРРОГАТНОЕ МАТЕРИНСТВО В ГЕРМАНИИ

К.¹Бюлер, Х.²Эберлайн

¹Центр гинекологической эндокринологии и репродуктивной медицины Штутгарта и Ульма; Председатель высшей организации научных обществ Германии в сфере репродуктивной медицины

²Юридическая фирма Хольгера Эберлайна, Берлин; специальный адвокат по медицинскому праву

Если суррогатное материнство и регистрация за границей родительских прав предполагаемых родителей, по крайней мере, один которых имеет генетическую связь с ребенком, юридически действительно и выражено в судебном порядке, оно также может быть признано в Германии.

ТҮЙІНДЕМЕ

ГЕРМАНИЯДАҒЫ СУРРОГАТТЫ АНАЛЫҚ

К.¹Бюлер, Х.²Эберлайн

¹Штутгарт және Ульм Гинекологиялық эндокринология және репродуктивті медицина орталығы; Репродуктивті медицина саласындағы Германия ғылыми қоғамдарының жоғарғы ұйымының төрағасы

²Хольгер Эберлайнның заң фирмасы, Берлин; медициналық құқық жөніндегі арнайы қорғаушы

Суррогатты аналық және кем дегенде біреуінің баламен генетикалық байланысы бар болжамды ата-аналардың құқықтарын шетелде тіркеу заңды күшінде және сот тәртібімен айқын мәлімделген болса, ол да Германияда танылуы мүмкін.

УДК 618.2

СУРРОГАТНОЕ МАТЕРИНСТВО В ГЕРМАНИИ

К. Бюлер¹, Н.Эберлейн²¹Центр гинекологической эндокринологии и репродуктивной медицины Университета Штутгарта и Ульма;
Председатель Ассоциации немецкого научного центра репродуктивной медицины²Адвокатская фирма Хольгер Эберлейна, Берлин; адвокат по вопросам медицинского права

По закону суррогатное материнство запрещено в большинстве европейских стран, например, во Франции, Бельгии и Италии. В Германии оно также запрещено в соответствии с так называемым «Законом о защите эмбрионов» (The Embryo Protection Act - Gesetz zum Schutz von Embryonen) от 13 декабря 1990 г. В Разделе 1 (1)7 указано, что: «Любое лицо, которое совершит попытку осуществить искусственное оплодотворение женщины, которая готова навсегда отказаться от своего ребенка после родов (суррогатная мать) или подсадить ей эмбрион человека, понесет наказание в виде тюремного заключения сроком на три года».

В данном Законе также зафиксированы другие специфические особенности, свойственные для Германии, например, запрет донорства яйцеклетки (раздел (1)2.: «Любое лицо, предпринявшее попытку искусственного оплодотворения яйцеклетки, за исключением случаев, когда речь идет о наступлении беременности у женщины от которой данная яйцеклетка получена, понесет наказание в виде лишения свободы сроком на три года или в виде штрафа») или запрет на преимплантационную генетическую диагностику и генетический преимплантационный скрининг (Раздел 3а, (1): «Любое лицо, осуществляющее генетический скрининг клеток эмбриона в лабораторных условиях до введения внутрь матки (преимплантационная генетическая диагностика) понесет наказание в виде лишения свободы сроком на один год или в виде штрафа»). В следующих пунктах данного раздела принято решение о том, что только при очень серьезных показаниях (высокая вероятность тяжелого генетического заболевания потомства) возможно проведение преимплантационной генетической диагностики для конкретных лиц.

Однако в конце каждого раздела данного Закона о защите эмбриона указано, что вышеуказанное наказание не распространяется на женщину, в отношении которой было применено медицинское лечение. Исходя из вышеуказанного, запрещенные в Германии методы могут быть применены за пределами страны, в странах, в которых данные методы разрешены. В отношении суррогатного материнства, в разделе 1, (3)2 четко указано: «... в случае подпункта 1, номер 7, наказание не распространяется ни на суррогатную мать, ни на лицо, желающее осуществлять заботу о ребенке на постоянной основе», ни в Германии, ни в любой другой стране.

Но в данном контексте необходимо учитывать различные определения:

Суррогатная мать: женщина, которая в соответствии с соглашением о беременности и рождении ребенка, обя-

зана отдать ребенка после рождения другой женщине («женщина, желающая стать матерью») или предполагаемым («желающим стать») родителям после рождения. Разграничение сделано, с одной стороны, между определениями «оплодотворяемая мать» (женщина, яйцеклетку, которой оплодотворяют сперматозоидом «мужчины, желающего стать отцом») и, с другой стороны, «вынашивающая мать» (яйцеклетка уже оплодотворена и подсажена в полость матки. Отсутствует генетическая связь с ребенком. Яйцеклетка может быть получена от женщины, желающей стать матерью, или от донора яйцеклетки, сперматозоид - от мужчины, желающего стать отцом, или от донора сперматозоида).

Данное разграничение имеет очень большое значение.

Но, в любом случае, любой договор в отношении суррогатного материнства является незаконным в Германии, поскольку ни одно лицо не может стать частью договора купли-продажи. В том числе, в Германии запрещено оказывать посреднические услуги в отношении суррогатного материнства, а также запрещены поиск суррогатной матери или предложение стать ею посредством публичных заявлений, в частности, при помощи рекламы или объявлений в газетах и т. д.²

Однако еще одна проблема, которая пугает, предполагаемых родителей, будет ли ребенок принят властями Германии после «возвращения» в Германию.

В 2014 г. Федеральный верховный суд постановил, без возможности обжалования, в отношении последующего юридического оформления в Германии ребенка предполагаемых родителей, граждан Германии, немецкими органами власти:

- Решение иностранного суда, по которому установлены юридические отношения между ребенком и предполагаемыми родителями, должно быть признано, в отличие от простой регистрации взаимоотношений.

- Права человека, гарантированные Европейской конвенцией по правам человека, необходимо также принимать во внимание при вынесении решения в отношении того, не противоречит ли данное решение публичному порядку Германии.

- Решение иностранного суда, в отношении суррогатного материнства, в результате которого признано законное родительское право на ребенка для предполагаемых родителей, не противоречит ни при каких обстоятельствах публичному порядку Германии, в случае, если женщина, изъявившая желание стать матерью, в отличие от суррогатной матери, имеет генетическое родство с ребенком.³

При этом также необходимо уважать решение суда о родительском статусе, которое принято в отношении

однополоых партнеров, проживающих в зарегистрированном однополном браке.

Однако следует учитывать последнее решение Европейского суда по правам человека. Большая палата суда пришла к заключению о том, что в случае признания родительского статуса в результате суррогатного материнства, эмбрион, зарождающийся от донорской яйцеклетки и донорского сперматозоида, полученных от неизвестных доноров, нельзя рассматривать как генетическое родство между заявителями и ребенком.⁴

Только в случае, если хотя бы один из предполагаемых родителей является гражданином Германии, ребенок гарантировано получит гражданство Германии и, соответственно, может претендовать на паспорт гражданина Германии. Без соответствующих документов на переезд ребенок не может ехать в Германию.

Другой вопрос заключается в том, что могут ли иностранные организации предоставить информацию о

гражданах Германии в отношении медицинского лечения, запрещенного в Германии, и разрешенного за пределами Германии. Прокуратура Берлина заявила, что простая реклама запрещенного метода лечения и попытка заполучить немецкие пары в качестве клиентов, не является уголовным преступлением. Следовательно, существует возможность представить в Германии запрещенное медицинское лечение в области репродуктивной медицины, как это было недавно сделано на Международной выставке по репродуктивной функции в Берлине («Kinderwunschtag»).

ВЫВОД

В случае если суррогатное материнство или регистрация родительского статуса предполагаемыми родителями за пределами Германии, при условии, что хотя бы один из родителей состоит в генетическом родстве с ребенком, имеют законную силу и юридически признаны, данный статус также должен быть признан и в Германии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федеральный вестник законов, Часть I, № 69, издано в г. Бонн, 19го декабря 1990 г., страница 2746; последнее обновление 21.11.2011 г.
2. Закон об оказании посреднических услуг в процессе усыновления (удочерения) (Adoptionsvermittlungsgesetz - AdVermiG) от 02.07.1976 г., последнее обновление 20.11.2015 г., §13
3. Верховный федеральный суд (XII ZB 463/13) 13ое декабря 2014 г.
4. Европейская конвенция о защите прав человека (25358/12) ДЕЛЮ Парадизо и Кампанелли против Италии, 24 января 2017 г. <http://www.auswaertiges-amt.de/DE/Infoservice/FAQ/GeburtAusland/06-Leihmutter-schaft.html?nn=383016>
5. Прокуратура, Берлин (252U Js268/13) 04.04.2013 г.

УДК 618.2

СУРРОГАТНОЕ МАТЕРИНСТВО В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН: ПРАВОВЫЕ, МЕДИЦИНСКИЕ, ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

Т.М. Джусубалиева

Институт репродуктивной медицины, Казахстан, Алматы

АННОТАЦИЯ

В статье раскрыта тема суррогатного материнства в Казахстане в правовом, медицинском, этическом аспектах, как одного из методов репродуктивной медицины, решающих проблему бесплодного брака.

Ключевые слова: суррогатное материнство в Казахстане, бесплодие, вспомогательные репродуктивные технологии.

Суррогатное материнство в настоящее время является реальным способом осуществления простого природного желания женщины и мужчины, неспособных к естественному воспроизводству, иметь своего родного ребенка.

Если обратиться к истории суррогатного материнства, то еще в Ветхом Завете описана история рождения Исмаила, когда жена Авраама Сара будучи бесплодной отдала своему мужу рабыню - египтянку Агарь, которая родила им сына Исмаила(1). Культурные и религиозные различия не были преградой для применения традиционного суррогатного материнства в эпоху средневековья в Китае, Корее, Японии (2-3).

С позиций ислама суррогатное материнство, донорство яйцеклеток, а также инсеминация спермой донора не приемлемы.

В то же время, по канонам шариата, в случае если жена бесплодна, разрешается взять вторую жену для продолжения рода. При этом брак с первой женой сохраняется. Как трактовать эту ситуацию: как суррогатное материнство или многоженство? В любом случае, брак сохранен и появился долгожданный наследник. Какое бы объяснение не давалось, ясно, что проблема бесплодных браков стара как мир и ее нужно решать всеми доступными методами современной науки. Как сказал Роберт Эдвардс, лауреат Нобелевской премии 2010 г. автор первого в мире «ребенка из пробирки»: «Главное в жизни – это иметь ребенка. Нет ничего более ценного, чем это».

XXI век справедливо называют веком биотехнологий. Однако уже в XX в. достижения в области медицины и биологии во многом изменили жизнь человека и общества. Особенно ярко это проявляется в репродуктивных технологиях. Каждое государство разрабатывает законодательное обеспечение ВРТ, руководствуясь нормами международного права, культурными, этическими и религиозными традициями своего общества.

Подходы в законодательстве различных развитых стран к проблеме использования ВРТ в лечении бесплодия вариативны. Несмотря на прогресс в области репродуктивных технологий, в большинстве зарубежных странах применение суррогатного материнства запрещено с точки зрения религиозных и морально-этических норм. Это касается многих европейских стран, таких

как Швеция, Норвегия, Австрия, Германия, Франция, Италия. Также суррогатное материнство под запретом в Турции (4). Но никакие законы не остановят супружеские пары в реализации их права продолжения самого себя через собственное потомство, которое можно рассматривать как основное право – право на жизнь. Именно поэтому в последние годы получил широкое распространение «медицинский туризм». Супружеские пары из стран с запретом суррогатного материнства используют свой шанс иметь своего генетического ребенка в Украине, России, Казахстане и др. Только в Институт репродуктивной медицины обращались пары из 45 стран для осуществления программы ЭКО, в том числе, с применением донорских программ и суррогатного материнства.

В Республике Казахстан по статистике до 15% брачных союзов бездетны, порядка 35 % таких пар, а это около 8 тысяч пар в год, нуждаются в применении вспомогательных репродуктивных технологий (5).

Президент Республики Казахстан Н.А. Назарбаев, в своем послании народу Казахстана от 27 января 2012 года «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана» особо подчеркивал важность правового урегулирования медико-социальных вопросов, таких как, рождаемость. Юридически грамотно отрегулированные вопросы рождаемости в стране способны упорядочить процесс развития человеческого капитала нашего молодого государства(6). В Казахстане активно внедряются современные методы вспомогательных репродуктивных технологий в лечении как женского, так и мужского бесплодия: экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), криоконсервация эмбрионов, программы с донорскими половыми клетками, преимплантационная диагностика наследственных заболеваний у эмбрионов до беременности и суррогатное материнство(5).

Суррогатное материнство в Казахстане стало реальностью с 1998 г, после того, как в Закон «О Браке и семье» было внесено определение «суррогатное материнство» (7). Несмотря на некоторое правовое несовершенство в виде отсутствия описания прав и обязанностей, как суррогатных матерей, так и заказчиков, а также прав ребенка, благодаря принятому Закону, в Казахстане впервые была успешно проведена программа суррогатного

материнства в Центре ЭКО г. Алматы, завершившаяся 1999 году рождением двойни. В той программе суррогатного материнства в качестве суррогатной матери выступила родная сестра пациентки.

Приведем примеры реальных историй. В Центр обратилась супружеская пара из сельской местности, в браке живут более 20 лет. Супругу 60 лет, он врач по профессии, супруга - медицинская сестра, ей 40 лет. В связи с медицинскими показаниями женщине была проведена надвлагалищная ампутация матки 12 лет назад. В семье напряженная психоэмоциональная обстановка, супруги на грани развода в связи с невозможностью иметь детей. Узнав о возможности проведения программы суррогатного материнства в Казахстане, пациенты сами нашли женщину, согласную выносить для них ребенка. Биологическая и суррогатная матери были обследованы и подготовлены к проведению программы ВРТ. В результате проведения длинного протокола стимуляции супероуляции было получено 5 зрелых ооцитов, после оплодотворения было получено 4 эмбриона. Суррогатной матери подсадили три эмбриона на 3 сутки. Была диагностирована беременность тремя плодами. На 37-38 неделе беременности путем операции кесарева сечения родились три мальчика в весом 2400,0 г., 2500,0 г., 2600,0 г. После родов супруги предложили суррогатной матери остаться в их доме на правах няни. На 15-летний юбилей Центра ЭКО вся семья с тремя сыновьями и суррогатной матерью приехали на праздник. Счастливый отец признался, что теперь у него появился смысл жизни.

Второй случай. Узнав о возможности проведения программы суррогатного материнства, в центр ЭКО обратилась супружеская пара, в которой 10 лет назад у супруги при первых родах в связи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, была удалена матка. Живых детей нет. Первая программа ЭКО с суррогатной матерью была безуспешной. Супруги предложили для большей вероятности наступления беременности провести программу с тремя суррогатными матерями одновременно. Беременность наступила у всех трех суррогатных матерей, причем у одной двойней. Врачи предлагали прервать беременность у одной из суррогатных матерей. Однако супруги отказались. «Сколько Бог нам послал деток, столько и будем воспитывать» - сказал мужчина. Сейчас в этой семье четверо детей, все счастливы. И таких примеров много.

Конечно, эти случаи были на начальных этапах внедрения суррогатного материнства. Сейчас по нашим протоколам допускается перенос не более двух эмбрионов, а программа суррогатного материнства в данном протоколе проводится с одной суррогатной мамой.

В 2004 году в нашей стране вышел закон РК от 16.06.2004 N565-2 «О репродуктивных правах граждан и гарантиях их осуществления», где права на ребенка закреплены за генетическими родителями(8). В Кодексе Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (18 сентября 2009) глава №17 посвящена охране репродуктивных прав граждан. Разработаны критерии для суррогатной матери:

- Возраст от 20 до 35 лет

- Наличие собственных здоровых детей
- Удовлетворительное физическое, психическое и репродуктивное здоровье, подтвержденное заключением медицинской организации(9).

Однако ни в одном законе не были прописаны права и обязанности трех сторон, включая защиту прав ребенка. Стало очевидно, что необходимо принять закон о суррогатном материнстве, в котором интересы трех сторон были бы защищены и гарантированы. Историческим событием для Казахстана стало принятие Кодекса «О браке (супружестве) и семье», где целая глава посвящена суррогатному материнству и защищены права генетических родителей, суррогатной матери, а, главное, ребенка(10). Остановлюсь на том, как рождался этот документ. В парламенте, по вопросу суррогатного материнства было много противоречивых мнений. Поняв, что принятие закона на грани срыва нами принято очень ответственное и как потом оказалось очень правильное решение. Мы организовали выездное заседание парламента в стенах Института репродуктивной медицины. Пригласили суррогатных матерей с заказчиками и семьи с детьми по программе суррогатного материнства. Всего в заседании приняли участие 24 депутата и известные общественные деятели. Заседание круглого стола началось с нашей презентацией о проблемах бесплодного брака, о достижениях научно технического прогресса, о важности для нашей страны применения вспомогательных репродуктивных технологий для улучшения демографической ситуации в стране. Задавалось много вопросов и суррогатным матерям, и родителям пришедших с детьми. Мы видели как «лед тронулся», и к концу заседания все единогласно проголосовали за важность принятия закона о суррогатном материнстве. Это была победа! 26 декабря 2011 года наш президент Н.А.Назарбаев подписал Кодекс Республики Казахстан «О браке (супружестве) и семье», где целая глава посвящена суррогатному материнству.

В Кодекс РК «О браке (супружестве) и семье» внесены четкие положения регулирования суррогатного материнства, где все стороны и в первую очередь ребенок, защищен, а его права и законные интересы гарантированы. В отличие от Российского законодательства, родителями ребенка родившегося в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий (суррогатное материнство) признаются генетические родители (заказчики). Суррогатная мать обязана передать рожденного ребенка лицам, заключившим с ней договор суррогатного материнства. Также очень важным для генетических родителей является то, что медицинское свидетельство о рождении ребенка оформляется в роддоме на имя генетической матери (заказчицы), что позволяет им оформить свидетельство о рождении ребенка без лишних хлопот, сохранив тайну рождения. Как правило, генетическая мать имитирует беременность, присутствует при родах и сразу после родов забирает своего ребенка, выполнив все обязательства перед суррогатной матерью, в соответствии с договором. Со дня рождения ребенка генетической матери выписывается оплачиваемый послеродовой декретный отпуск. Суррогатная мать получает как дородовой, так и послеродовой отпуск. В

законе предусмотрены правовые меры защиты ребенка. Так, при отказе супругов (заказчиков) от ребенка, эти лица обязаны выплатить компенсацию суррогатной матери в размере и в порядке, устанавливаемых договором и при этом, за ребенком остается право наследника супругов (заказчиков).

Все эти моменты, а так же форс-мажорные обстоятельства, включая развод или смерть заказчиков, отражены в законе и прописываются в нотариально заверенном, договоре о суррогатном материнстве. Договор суррогатного материнства - нотариально удостоверенное письменное соглашение между лицами, состоящими в браке (супружестве) и желающими иметь ребенка, и женщиной, давшей свое согласие на вынашивание и рождение ребенка путем применения вспомогательных репродуктивных методов и технологий.

Показания к суррогатному материнству регламентируются приказом МЗРК № 627 от 30 октября 2009 года «Об утверждении Правил проведения вспомогательных репродуктивных методов и технологий» (11).

Показания к суррогатному материнству:

- 1) отсутствие матки (врожденное или приобретенное);
- 2) деформация полости или шейки матки при врожденных пороках развития или в результате заболеваний;
- 3) синехии полости матки, не поддающиеся терапии;
- 4) соматические заболевания, при которых вынашивание беременности противопоказано;
- 5) неудачные повторные попытки ЭКО при неоднократном получении эмбрионов высокого качества, перенос которых не приводил к наступлению беременности.

Очевидно, что законодательство РК позволяет решить проблему бесплодного брака, но все еще остаются нерешенные вопросы этического и правового характера. Так, в нашем законодательстве, в отличие от Российского, услугами суррогатного материнства может воспользоваться только супружеская пара, одинокие лица не могут воспользоваться этим видом услуг, даже при наличии медицинских показаний.

Также, остается проблемным вопрос о посмертных репродуктивных программах, которые не должны находиться вне правового поля, с учетом развития ВРТ в онкологии.

Реальная история: первая посмертная программа в нашем центре ЭКО успешно выполнена в 2009 году и повлекла за собой трудности при оформлении детей.

К нам обратилась наша коллега, врач, которая потеряла единственного сына от онкологического заболевания. Врачи пошли ей на встречу и провели забор биоматериала сына. Да, мы пошли на поводу у убитой горем матери и провели программу с двумя суррогатными матерями.

К тому времени ей было под 70 лет и у нее родились внук и внучка. Мы даже не предполагали о возможных трудностях при оформлении детей, так как данная ситуация не прописана в законе. В итоге, в свидетельстве о рождении детей ей удалось записать себя матерью, а сына отцом. Но что ожидает детей когда «матери» будет за 80 лет? Тогда мы об этом не думали.

Таким образом, новый Кодекс РК «О браке (супружестве) и семье» в части правового регулирования суррогатного материнства, а также моральных и этических норм, нуждается в доработке.

Ежегодно в Центре ЭКО ИРМ проводится 100-120 программ суррогатного материнства.

1. Основным показанием в 44% случаев является отсутствие матки, в 40% - как результат осложнений в родах.

2. Неудачные повторные попытки ЭКО при переносе эмбрионов хорошего качества – 21,2% .

3. Проблема эндометрия: атрофия и гипоплазия эндометрия, синдром Ашермана, атипичная и рецидивирующая гиперплазия, субмукозные миомы, несостоятельный рубец – 28 - % .

4. Деформация полости или шейки матки при врожденных пороках развития или в результате перенесенных заболеваний – 9 - %

Всего по Казахстану ежегодно проводится до 200 программ суррогатного материнства, и их число ежегодно растет.

В изучении социального портрета суррогатной матери были выявлены интересные факты.(12-13). Оказалось, 95,8% суррогатных матерей представляют образованную часть населения, с высшим и среднетехническим образованием. В тоже время, 94% не имеют работы и 70% не имеют жилья. Из всех СМ 75% разведены и лишь (25%) СМ состояли в законном браке или гражданском браке. Все участницы опроса имели собственных детей.

Отсутствие постоянной работы, социальная неустроенность обусловили уровень проживания СМ ниже республиканского прожиточного минимума.

Как было установлено, мотивацией к участию в программе СМ для всех женщин послужили материальные трудности и возможность получения финансового вознаграждения. Все СМ ответственно принимали решение стать суррогатными матерями и 64,5% дали бы согласие или рассмотрели бы возможность на повторное суррогатное материнство.

Резюмируя социальный портрет, можно сделать вывод, что суррогатные матери это образованные, но социально незащищенные слои населения.

Таким образом, в Казахстане суррогатное материнство защищено законом и стало реальностью(12-13). В нашей республике к этой проблеме относятся весьма толерантно. Эффективность программ суррогатного материнства выше, чем в программе ЭКО и составляет 45 – 50%, то есть, у каждой второй супружеской пары с первой программы суррогатного материнства рождаются родные дети.

ВЫВОДЫ

Существующее Казахстанское законодательство является одним из самых либеральных и демократичных в мире.

- В Казахстане СМ защищено законом и стало реальностью.
- Эффективность программ суррогатного материнства выше, чем в программе ЭКО и составляет 45 – 50%.
- Большинство СМ относятся к образованной части

населения, и решение о СМ ими принимается осознанно и добровольно.

• Основная часть относится к социально-незащищенным слоям (малообеспеченные, разведенные, не имеющие работы и собственного жилья).

• Основным мотивом для СМ явилось финансовое вознаграждение.

• Кодекс РК «О браке (супружестве) и семье» в части правового регулирования суррогатного материнства, а также моральных и этических норм, нуждается в доработке.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Корсак В.С. Исаева Э.В. Репродуктология и демография. – 2015, - М.
2. Романовский Г.Б. Право на суррогатное материнство: от истории к современности. Проблемы репродукции. – 2006, - №12, - М.
3. Трифонова Н.С., Жукова Э.В.Ищенко А.И., Александров Л.С. Суррогатное материнство: исторический обзор. Особенности течения беременности и родов. 4. Свитнев К.Н. Правовое регулирование ВРТ в России и в мире. IV Международный Конгресс "Актуальные вопросы вспомогательных репродуктивных технологий (проблемы и решения)". – 2007.
5. Локшин В.Н. Вспомогательные репродуктивные технологии в республике Казахстан. Клиническая практика в репродуктивной медицине. Под ред. Локшина В.Н., Джусубалиевой Т.М. - 2015. - Алматы, - С. 15-37.
6. Послание Президента Республики Казахстан Нурсултана Назарбаева народу Казахстана от 27 января 2012 года «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана»// http://www.akorda.kz/ru/speeches/addresses_of_the_president_of_kazakhstan/poslanie_prezidenta_respubliki_kazahstan_na_nazarbaev
7. Закон Республики Казахстан от 17.12.1998 N 321-1"О браке и семье"
8. Закон РК от 16.06.2004 N565-2 " «О репродуктивных правах граждан и гарантиях их осуществления»
9. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 13.02.2012 г.)
10. Кодекс Республики Казахстан от 26 декабря 2011 года «О браке (супружестве) и семье».
11. Приказ МЗРК № 627 от 30 октября 2009 года. «Об утверждении Правил проведения вспомогательных репродуктивных методов и технологий»
12. Джусубалиева Т.М., Кобзарь Н.Н. Правовые и этические проблемы суррогатного материнства в Республике Казахстан. Репродуктивная медицина. - 2013: 3-4,- Алматы, - С.11-13.
13. Джусубалиева Т.М. Бадельбаева Л.А. Суррогатное материнство. Клиническая практика в репродуктивной медицине, под ред. В.Н. Локшина, Т.М. Джусубалиевой, С. 237-251.

REFERENCES

1. Korsak V.S. Isaeva E.V. Reproductologiya i demografiya. – 2015, - M.
2. Romanovskiy G.B. Pravo na surrogatnoe materinstvo: ot istorii k sovremennosti. Problemyi reproduksii. – 2006, - #12, - M.
3. Trifonova N.S., Zhukova E.V.Ishchenko A.I., Aleksandrov L.S. Surrogatnoe materinstvo: istoricheskiy obzor. Osobennosti techeniya beremennosti i rodov.
4. Svitnev K.N. Pravovoe regulirovanie VRT v Rossii i v mire. IV Mezhdunarodnyiy Kongress "Aktualnyie voprosyi vspomogatelnyih reproduktivnyih tehnologiy (problemyi i resheniya)". – 2007.
5. Lokshin V.N. Vspomogatelnyie reproduktivnyie tehnologii v respublike Kazahstan. Klinicheskaya praktika v reproduktivnoy meditsine. Pod red. Lokshina V.N., Dzhusubalievoy T.M. - 2015. - Almatyi, - S. 15-37.
6. Poslanie Prezidenta Respubliki Kazahstan Nursultana Nazarbaeva narodu Kazahstana ot 27 yanvary 2012 goda «Sotsialno-ekonomicheskaya modernizatsiya – glavnyiy vektor razvitiya Kazahstana»// http://www.akorda.kz/ru/speeches/addresses_of_the_president_of_kazakhstan/poslanie_prezidenta_respubliki_kazahstan_na_nazarbaev
7. Zakon Respubliki Kazahstan ot 17.12.1998 N 321-1"O brake i seme"
8. Zakon RK ot 16.06.2004 N565-2 " «O reproduktivnyih pravah grazhdan i garantiyah ih osuschestvleniya»
9. Kodeks Respubliki Kazahstan ot 18 sentyabrya 2009 goda «O zdorove naroda i sisteme zdavoohraneniya» (s izmeneniyami i dopolneniyami po sostoyaniyu na 13.02.2012 g.)
10. Kodeks Respubliki Kazahstan ot 26 dekabrya 2011 goda «O brake (supruzhestve) i seme».
11. Prikaz MZRK # 627 ot 30 oktyabrya 2009 goda.«Ob utverzhdenii Pravil provedeniya vspomogatelnyih reproduktivnyih metodov i tehnologiy»
12. Dzhusubalievaya T.M., Kobzar N.N. Pravovyye i eticheskie problemyi surrogatnogo materinstva v Respublike Kazahstan. Reproduktivnaya meditsina. - 2013: 3-4,- Almatyi, - S.11-13.
13. Dzhusubalievaya T.M. Badelbaeva L.A. Surrogatnoe materinstvo. Klinicheskaya praktika v reproduktivnoy meditsine, pod red. V.N. Lokshina, T.M. Dzhusubalievoy, S. 237-251.

Приложение 1.

Кодекс Республики Казахстан от 26 декабря 2011 года № 518-IV

«О браке (супружестве) и семье»

Статья 54. Договор суррогатного материнства

1. Договор суррогатного материнства заключается в письменной форме с соблюдением требований гражданского законодательства Республики Казахстан и подлежит обязательному нотариальному удостоверению.
2. Заключение договора суррогатного материнства заведомо предполагает родительские права и обязанности супругов (заказчиков) на ребенка, родившегося в результате применения вспомогательных репродуктивных методов и технологий.
3. Одновременно с договором суррогатного материнства супруги (заказчики) заключают договор с медицинской организацией, применяющей вспомогательные репродуктивные методы и технологии, которая будет оказывать соответствующие услуги.

Статья 55. Содержание договора суррогатного материнства

Договор суррогатного материнства должен содержать:

- 1) данные супругов (заказчиков) и суррогатной матери;
- 2) порядок и условия оплаты материальных расходов на содержание суррогатной матери;
- 3) права, обязанности и ответственность сторон при неисполнении условий договора;
- 4) размер и порядок компенсаций, предусмотренных пунктом 1 статьи 57;
- 5) иные условия, в том числе форс-мажорные обстоятельства.

Статья 56. Требования, предъявляемые к суррогатной матери

1. Женщина, желающая стать суррогатной матерью, должна быть в возрасте от двадцати до тридцати пяти лет, иметь удовлетворительное физическое, психическое и репродуктивное здоровье, подтвержденное заключением медицинской организации, а также иметь собственного здорового ребенка.
2. В случае, если суррогатная мать состоит в зарегистрированном браке (супружестве), при заключении договора суррогатного материнства необходимо представить письменное согласие супруга, которое должно быть удостоверено в нотариальном порядке.
3. Медицинская организация, применяющая вспомогательные репродуктивные методы и технологии, обязана вынести заключение об их применении с полной и исчерпывающей информацией об использованных для этого биоматериалах самих лиц, желающих иметь ребенка, либо донорского банка.

Один экземпляр заключения прилагается к нотариально удостоверенному договору суррогатного материнства и хранится по месту совершения сделки.

Статья 57. Права и обязанности сторон договора суррогатного материнства

1. Супруги (заказчики) при заключении договора суррогатного материнства обязаны:

- 1) нести материальные расходы, связанные с прохождением суррогатной матерью медицинского обследования;
- 2) нести материальные расходы, связанные с применением вспомогательных репродуктивных методов и технологий;
- 3) представить в медицинские организации, применяющие вспомогательные репродуктивные методы и технологии, медицинское заключение о физическом, психическом здоровье, а также результаты медико-генетического обследования;
- 4) оплачивать расходы по медицинскому обслуживанию суррогатной матери в период беременности, родов и в течение пятидесяти шести дней после родов, а в случае осложнений, связанных с беременностью и родами, оплачивать расходы в течение семидесяти дней после родов.

2. Суррогатная мать в соответствии с требованиями статьи 56 при заключении договора суррогатного материнства обязана:

- 1) представить заказчикам медицинское заключение о своем физическом, психическом и репродуктивном здоровье;
- 2) регулярно наблюдаться у врача и строго выполнять его рекомендации и назначения;
- 3) информировать лиц, заключивших с ней договор, о течении беременности с периодичностью, оговоренной в договоре суррогатного материнства;
- 4) передать рожденного ребенка лицам, заключившим с ней договор суррогатного материнства.

3. Суррогатная мать не вправе передавать ребенка иным лицам.

4. При наличии у суррогатной матери постоянной работы вопрос продолжения трудовой деятельности решается по взаимному соглашению сторон договора суррогатного материнства.

5. Суррогатная мать несет ответственность за беременность, предусмотренную договором суррогатного материнства, после применения вспомогательных репродуктивных методов и технологий, и обязана исключить возможность наступления естественной беременности.

6. Вопрос о вынашивании многоплодной беременности решается по взаимному соглашению сторон договора суррогатного материнства.

Статья 59. Правовые последствия договора суррогатного материнства или применения вспомогательных репродуктивных методов и технологий

1. Родителями ребенка, родившегося в результате применения вспомогательных репродуктивных методов и технологий,

- на основании договора суррогатного материнства признаются супруги (заказчики).
- В случае рождения в результате применения таких методов и технологий либо согласно договору суррогатного материнства двух и более детей супруги (заказчики) в равной мере несут ответственность за каждого родившегося ребенка.
2. Матерью ребенка после его рождения в медицинском свидетельстве о рождении записывается супруга (заказчица), заключившая договор суррогатного материнства.
 3. Отказ супругов (заказчиков) от ребенка оформляется в установленном порядке после регистрации его рождения в регистрирующем органе.
- В случае отказа от ребенка супруги (заказчики), давшие свое согласие на применение вспомогательных репродуктивных методов и технологий либо заключившие договор с суррогатной матерью, не вправе требовать от суррогатной матери возмещения материальных расходов.
- В случае отказа супругов (заказчиков), заключивших договор с суррогатной матерью, от ребенка право материнства по ее желанию остается за суррогатной матерью, а в случае ее отказа ребенок передается на попечение государства.
- При отказе супругов (заказчиков) от ребенка и при принятии ребенка суррогатной матерью эти лица обязаны выплатить суррогатной матери компенсацию в размере и порядке, которые установлены договором.
4. В случае расторжения брака (супружества) супругов (заказчиков) ответственность за ребенка, родившегося по договору суррогатного материнства, возлагается на обоих супругов (заказчиков).
 5. В случае смерти одного из супругов (заказчиков) ответственность за ребенка, родившегося по договору суррогатного материнства, возлагается на оставшегося в живых.
 6. В случае смерти обоих супругов (заказчиков) и отказа их близких родственников усыновить родившегося ребенка по желанию суррогатной матери этот ребенок может быть передан ей, а в случае ее отказа - на попечение государства.
- Передача ребенка суррогатной матери либо государственным организациям в форме опеки не прекращает его прав как наследника супругов (заказчиков).
7. Неиспользование вспомогательных репродуктивных методов и технологий после заключения договора суррогатного материнства в течение оговоренного договором срока влечет недействительность договора.
 8. В случае наступления естественной беременности у суррогатной матери после заключения договора суррогатного материнства договор расторгается с выплатой ей всех расходов, затраченных заказчиками согласно договору суррогатного материнства.

SUMMARY

SURROGACY IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN: LEGAL, MEDICAL, ETHICAL PROBLEMS

T.M. Jussubalyieva

Institute of reproductive medicine
Kazakhstan, Almaty

The article reveals the theme of surrogate motherhood in Kazakhstan in the legal, medical, ethical aspects, as one of the methods of reproductive medicine that solve the problem of infertile marriage.

Key words: *surrogate motherhood in Kazakhstan, infertility, auxiliary reproductive technologies.*

ТҮЙІНДЕМЕ

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ СУРРОГАТТЫҚ АНАЛЫҚ: ҚҰҚЫҚТЫҚ, МЕДИЦИНАЛЫҚ, ЭТИКАЛЫҚ МӘСЕЛЕЛЕР

Т.М. Джусубалиева

Репродуктивті медицина институты,
Қазақстан, Алматы

Мақалада Қазақстандағы суррогатты аналық тақырыбы бедеу неке мәселесін шешетін репродуктивті медицина әдістерінің бірі ретінде құқықтық, медициналық, этикалық жағынан ашылған.

Түйін сөздер: *Қазақстандағы суррогатты аналық, бедеулік, қосымша репродуктивті технологиялар.*

УДК 618.3

ИНТЕГРИРОВАННЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ЦИТОТОКСИЧЕСКИХ ЛИМФОЦИТОВ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Н.М. Мамедалиева, А.М. Курманова, Е.С. Тажибаев, В. Ким

КазНМУ имени С.Ж. Асфендиярова
Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии
Казахстан, Алматы

АННОТАЦИЯ

В механизме прерывания беременности вовлечены все клетки, имеющие цитотоксическую активность. С одной стороны, наблюдается клеточный дефицит, сопровождаемый снижением CD8⁺цитотоксических/супрессорных лимфоцитов и CD56⁺ со слабой цитотоксической и более выраженной иммунотрофической активностью, и с другой стороны, активность классических натуральных киллеров CD16⁺. Критериями неблагоприятного исхода эндометрия могут явиться снижение индексов CD56⁺/CD16⁺ до 0,8 (при норме 2,2) и снижение индекса CD8⁺/CD16⁺ до 0,8 (при норме 3,1).

Ключевые слова: невынашивание беременности, цитотоксические лимфоциты, эндометрий.

Привычное невынашивание беременности, определяемое как два и более клинически обнаруженных потерь беременности, случившихся до 20 нед гестации, имеет место у 2-4% супружеских пар [1]. Важная роль в патогенезе прерывания беременности отводится иммунным механизмам.

Считается, что при привычном невынашивании увеличивается число и / или активность цитотоксических натуральных киллеров (НК-клеток) крови по сравнению с контрольной группой, что было подтверждено при мета-анализе [2].

Однако, мета-анализ исследований по оценке НК клеток эндометрия не показал существенных различий у женщин с привычным невынашиванием по сравнению с контрольной группой. Было показано, что в эндометрии увеличен процент CD16⁺ и уменьшен процент CD56⁺ [1]. В то же время в другом исследовании сообщается об увеличении обеих фракций натуральных киллеров - CD16⁺ и CD56⁺ [3]. De Maria A et al. (2011) подтверждают увеличение пропорции цитотоксических клеток CD56dim⁺CD16⁺ эндометрия у женщин с многократными выкидышами в анамнезе [4].

Предполагается, что более важное значение для поддержания благоприятных условий для установления беременности имеет соотношение между CD56⁺ и CD16⁺ клетками или отношение между CD56⁺ и NKp46⁺ клетками, а не общее число CD56⁺ клеток эндометрия [5].

Более того, на выраженность цитотоксических реакций в эндометрии оказывают влияние ряд факторов. Так, многие исследователи рассматривают невынашивание беременности с позиции дисфункции эндометрия, которая выражается в виде нарушения секреторной трансформации эндометрия, что связано с синдромом лютеиновой недостаточности, наличием миомы матки, эндометриоза или хронического эндометрита. С невынашиванием беременности связаны различные эндокринные дисфункции, такие как НЛФ (недостаточность лютеиновой фазы), гиперандрогения, синдром полики-

стозных яичников, гиперпролактинемия, тиреоидная дисфункция, диабет, а также наличие тромбофилии различного генеза и аномалий кариотипа [6-7].

Поэтому необходимо изучение уровней не только натуральных киллеров, но и других клеток, обладающих цитотоксическим потенциалом, а также изучение интегрированных показателей, отражающих суммарную киллерную (цитотоксическую) активность лимфоцитов в контексте клинических данных.

В связи с этим нами было проведено исследование по изучению роли цитотоксических лимфоцитов с интегрированной оценкой их потенциала у пациенток с невынашиванием беременности в анамнезе.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследованы 30 пациенток с привычным невынашиванием беременности в анамнезе в возрасте 30,1 ± 3,9 лет. Контрольную группу составили 20 пациенток с нормальной менструальной функцией и без репродуктивных потерь. На каждую женщину составлялась индивидуальная карта наблюдения, включающая результаты обследования с изучением жалоб, соматического и акушерско-гинекологического анамнеза, данных общего и гинекологического статуса, общепринятые лабораторные, а также специальные методы исследования по показаниям: УЗИ органов малого таза, определение уровня гормонов в крови, ИФА на инфекции, определение волчаночного коагулянта и анти-ХГЧ в крови, консультация генетика и кариотипирование.

При изучении социального статуса женщин были выявлены следующие особенности: в группе пациенток с невынашиванием преобладали жительницы города (80%), большая часть которых была представлена домохозяйками.

Характеристика менструальной функции показала, что нарушение его (нерегулярный менструальный цикл) наблюдалось чаще в основной группе.

Большинство (53,3%) пациенток основной группы

имели в анамнезе 2-3 беременности, у 26,7% - 4-5 и 3,3% - 8 беременностей, при этом исходами беременностей были самопроизвольные выкидыши у 23,3%, неразвивающиеся беременности у 43,3% и сочетание выкидыша и неразвивающейся беременности - у 26,7%. Невынашивание беременности наблюдалось у всех пациенток 1 группы, причем привычным невынашиванием страдали 13 женщин (43,3%).

Следует отметить, что в анамнезе женщин основной группы были неоднократные внутриматочные вмешательства, что может явиться причиной развития хронического эндометрита, что, в свою очередь, сопряжено со структурными и функциональными изменениями, усугубляющими не только риск спорадической потери беременности, но и риск повторных потерь беременности, то есть формирования симптомокомплекса привычного невынашивания беременности.

Заболевания женской репродуктивной системы в основном встретились у пациенток основной группы: эрозия шейки матки (26,7%), воспаление придатков (33,3%), миома матки (10%), внематочная беременность (3,3%).

В структуре экстрагенитальной патологии преобладали заболевания ЖКТ (23,3%), хронический пиелонефрит (10%), заболевания дыхательных путей (13,3%) и анемия (13,3%).

Бактериоскопическая картина, характерная для кольпита (наличие повышенного числа лейкоцитов в поле зрения в мазке в сочетании со смешанной и кокковой микрофлорой), наблюдалась практически у половины женщин (43,3%).

По результатам ИФА мазков в большинстве случаев встречались микст-инфекции, чаще всего ВПГ и ЦМВ-инфекции у 56,7% пациенток, хламидий у 23,3%, уреаплазм и микоплазм у 10%.

По результатам гормональных исследований встречались гиперпролактинемия у 13,3% пациенток, гиперандрогения у 23,3%, в 2 случаях дефицит эстрогенов (6,7%) и в 1 случае их избыток (3,3%).

Исследование гемостазиограммы выявило явления тромбофилии в 13,3% случаях. При кариотипировании нормальный кариотип выявлен у всех обследованных пациенток.

Материалом для иммунологического исследования служили биоптаты маточного эндометрия, полученные при пайпель-биопсии с помощью катетера Гольдштейна. Выделение иммунокомпетентных клеток из ткани эндометрия проводили безферментативным способом. Фрагменты эндометрия помещали в контейнер «Medicon» (Becton Dickenson/США), добавляли фосфатный буфер и измельчали в гомогенизаторе «Medimachine» (Becton Dickenson/США) в течение нескольких минут. Полученную клеточную суспензию центрифугировали 30 мин в градиенте плотности фиколл-верографин ($d=1,078$). Определяли содержание цитотоксических лимфоцитов CD8+, CD16+, CD56+ и рассчитывали интегрированные показатели – сумму натуральных киллеров CD16+CD56+ (NK-клетки) и соотношение между CD56+ и CD16+клетками.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

Данные, характеризующие особенности популяционного состава цитотоксических лимфоцитов эндометрия при невынашивании беременности представлены в таблице 1.

Таблица 1- Относительное содержание цитотоксических лимфоцитов эндометрия при невынашивании беременности, %

Показатель,	Основная группа, n = 30	контроль, n = 20
CD8+, %	15,4±4,6*	25,8±2,1
CD16+, %	12,9±5,1*	8,4±1,1
CD56+, %	8,2±3,4*	17,8±3,4
NK+клетки	20,1±6,4	26,2±2,4
CD56+ / CD16+	0,8±0,3*	2,2±0,6
CD8+ / CD16+	0,8±0,6*	3,1±0,3

* Различия с контролем достоверны при $P < 0,05$.

Было установлено, что у пациенток с невынашиванием беременности в анамнезе уровень CD8+ лимфоцитов эндометрия был снижен ($P < 0,05$), причем у трети пациенток снижение уровня наблюдалось в 3 раза. По данным Lachapelle M.H. (1996) при повторных выкидышах процент эндометриальных CD8+ лимфоцитов значительно уменьшается [8], и это связывают с аутоиммунной активацией. Действительно, в анамнезе пациенток были указания на наличие тромбофилии (гиперагрегация с адреналином, повышение АЧТВ и РФМК), ассоциированной с герпетической инфекцией.

Среднее содержание эндометриальных натуральных киллеров с фенотипом CD16+ основной группы превышало контрольные значения ($P < 0,05$), при этом содержание CD56+ клеток было подавлено ($P < 0,05$). Показатель сумма натуральных киллеров эндометрия CD16+CD56+ в основной группе не отличался от такового в контрольной.

Вклад натуральных киллеров с фенотипом CD16+ в общую цитотоксическую активность наиболее выражен, но нельзя исключать активность, а вернее дефицит цитотоксических клеток. В связи с этим, мы использовали интегрированный показатель – индекс CD56+/CD16+ и CD8+/CD16+. Так, достоверное ($P < 0,05$) снижение индекса CD56+/CD16+ и CD8+/CD16+ имело место у пациенток с невынашиванием беременности.

Таким образом, в механизме прерывания беременности вовлечены все клетки, имеющие цитотоксическую активность. С одной стороны, наблюдается клеточный дефицит, сопровождаемый снижением CD8+цитотоксических/супрессорных лимфоцитов и CD56+ со слабой цитотоксической и более выраженной иммунотрофической активностью, и с другой стороны, активность классических натуральных киллеров CD16+.

Диагностическими критериями неблагополучия эндометрия могут явиться снижение индексов CD56+/CD16+ до 0,8 (при норме 2,2) и снижение индекса CD8+/CD16+ до 0,8 (при норме 3,1).

REFERENCES

1. Coulam C.B., Clark D.A., Beer A.E. et al., (1997). Current clinical options for diagnosis and treatment of recurrent spontaneous abortion. Clinical Guidelines Recommendation committee for diagnosis and treatment of recurrent spontaneous abortion. Am. Reprod. Immunol., 38, 2, 57-74.
2. Seshadri S, Sunkara SK., (2014). Natural killer cells in female infertility and recurrent miscarriage: a systematic review and meta-analysis. Hum Reprod Update. May-Jun;20(3), 429-38.
3. Yamamoto T., Tekahashi Y., Kase N., Mori H., (1998). Decidual NK cells in patients with recurrent abortion. AJRI, 40, 274.
4. De Maria A, Bozzano F, Cantoni C, Moretta L., (2011). Revisiting human natural killer cell subset function revealed cytolytic CD56 (dim) CD16+ NK cells as rapid producers of abundant IFN-gamma on activation. Proc Natl Acad Sci USA. 108, 728–732.[PubMed]
5. Giuliani E, Parkin KL, Lessey BA, Young SL, Fazleabas AT., (2014). Characterization of uterine NK cells in women with infertility or recurrent pregnancy loss and associated endometriosis. Am J Reprod Immunol. Sep, 72(3), 262-9.
6. Kaur R., Gupta K., (2016). Endocrine dysfunction and recurrent spontaneous abortion: An overview. Int J Appl Basic Med Res. Apr-Jun;6(2):79-83. doi: 10.4103/2229-516X.179024.
7. Yamada H, Morikawa M, Kato EH, Shimada S, Kobashi G, Minakami H., (2003). Preconceptional natural killer cell activity and percentage as predictors of biochemical pregnancy and spontaneous abortion with a normal karyotype. Am J Reprod Immunol. 50, 351–354.
8. Lachapelle M.H., Miron P., Hemmings R., Roy D.C. Endometrial T, B, and NK cells in patients with recurrent spontaneous abortion. Altered profile and pregnancy outcome // J. Immunology, 1996, Vol. 156, P. 4027-4034.

SUMMARY

INTEGRATED ENDOMETRIAL CYTOTOXIC LYMPHOCYTE COUNT WITH HABITUAL MISCARRIAGE

N.M. Mamedaliyev, A.M. Kurmanova, E.S. Tazhibayev, V. Kim

KazNMU after S.Zh. Asfendiyarov

Scientific Center of Obstetrics, Gynecology and Perinatology

Kazakhstan, Almaty

All cells with cytotoxic activity take part in pregnancy loss mechanisms. On the one hand, cell deficiency, accompanied by decrease of cytotoxic/suppressor CD8+lymphocytes, and natural killers of CD56+ cells with weak cytotoxic and immunotrophical activities. And the second side, activation of classical cytotoxic CD16+ natural killers. The decrease of index CD56+/CD16+ till 0,8 (in normal 2,2) and the decrease of index CD8+/CD16+ till 0,8 (in normal 3,1) can be used as endometrium unhappiness criteria.

Pregnancy loss, cytotoxic lymphocytes, index CD8+/CD16+, CD56+/16+.

Key words: miscarriage, cytoxic lymphocytes, endometrium.

ТҮЙІНДЕМЕ

ӘДЕТТІ ЖҮКТІЛІК ҮЗІЛУІ КЕЗІНДЕ ЭНДОМЕТРИЙДІҢ ЦИТОТОКСИКАЛЫҚ ЛИМФОЦИТТЕРІНІҢ БІРІКТІРІЛГЕН КӨРСЕТКІШІ

Н.М. Мамедалиева, А.М. Курманова, Е.С. Тажибаев, В. Ким

С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ

Акушерлік, гинекология және перинатология ғылыми орталығы

Қазақстан, Алматы

Жүктілік үзілуінің механизмінде цитотоксикалық белсенділігі бар барлық жасушалар қатысады. Бір жағынан, CD8+цитотоксикалық/супрессорлықлимфоциттерменCD56+ әлсізцитотоксикалықжәнеасаайқыниммунотрофикалық белсенділігі бар лимфоциттер азаюымен ілесіп жүретін жасушалық жетіспеушілік, ал екінші жағынан, классикалық табиғи киллерлер CD16+ белсенділігі байқалады. Эндометрий жағымсыздығының критерийлері CD56+/CD16+ индексінің 0,8 –ге дейін азаюы (қалыпты жағдайда - 2,2) және CD8+/CD16+ индексінің 0,8 –ге дейін азаюы (қалыпты жағдайда - 3,1) азаюы болып табылуы мүмкін

Түйін сөздер: Жүктілік үзілуі, цитотоксикалық лимфоциттер, эндометрий.

УДК 618.1-06:611.664-053.86:159.938-072.8

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОК ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО И ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ПАТОЛОГИЕЙ ЭНДОМЕТРИЯ

С.М. КорниенкоГУ Институт Педиатрии, Акушерства и Гинекологии НАМН Украины
Украина, Киев

АННОТАЦИЯ

Целью исследования явилось изучение влияния патологических процессов эндометрия на качество жизни женщин позднего репродуктивного и пременопаузального возраста.

Обследовано 325 пациенток в возрасте 35-55 лет с различными клиническими формами патологии эндометрия и 30 относительно здоровых женщин в возрасте 35-50 лет. Все женщины заполняли опросник SF-36, позволяющий оценить качество жизни в виде психологического, эмоционального и социального статуса.

Анализ результатов тестирования показал, что в позднем репродуктивном возрасте и периоде пременопаузы здоровых женщин менее всего удовлетворяет уровень их жизненной активности и психологического здоровья. По сравнению со здоровыми женщинами пациентки с патологией эндометрия испытывали существенные ограничения практически по всем параметрам качества жизни. При изучении отдельных нозологических групп наихудшие оценки качества жизни были получены у пациенток с полипами эндометрия. Гиперплазия эндометрия и хронический эндометрит, напротив, ассоциировались с относительно высоким уровнем качества жизни.

Сочетанная патология матки является фактором, существенно отягощающим большинство физических параметров качества жизни.

Таким образом, патологические процессы эндометрия у пациенток позднего репродуктивного и пременопаузального возраста являются фактором, существенно снижающим все параметры качества жизни, исключая ролевое физическое функционирование. Более других страдают показатели общего здоровья, ролевого эмоционального функционирования и психического здоровья.

Ключевые слова: патология эндометрия, поздний репродуктивный и пременопаузальный возраст, КЖ, опросник здоровья SF-36.

Патология эндометрия (ПЭ), как возможная основа для формирования злокачественных опухолей, в течение многих десятилетий представляет актуальную медико-социальную проблему. Наибольшее распространение ПЭ отмечается у женщин пременопаузального возраста [6, 12]. Это один из наиболее кризисных биологических периодов жизни женщины, когда инволютивные процессы в репродуктивной сфере обуславливают дисфункцию гипоталамических структур и всплески активности симпатoadреналовой системы. В этой системе социально и эмоционально насыщенных отношений болезнь может выступать в качестве самостоятельного психотравмирующего фактора, дестабилизируя привычный порядок происходящих событий, характер межличностного взаимодействия [2, 3, 9]. Гуманистический подход в медицине диктует необходимость проведения комплексного обследования таких женщин, включая психологический и социальный ракурсы [1, 4].

Концепция качества жизни (КЖ) привлекает внимание к личностному плану переживания ситуации болезни пациентом, в частности, к его субъективному восприятию возможности удовлетворения актуальных потребностей и полноценного социального функционирования, несмотря на связанные с болезнью ограничения [1, 2]. В последние годы оценка КЖ является неотъемлемой ча-

стью процесса обследования гинекологических пациенток [3, 5, 9], а также становится мощным и в то же время чувствительным инструментом контроля эффективности проводимого лечения [7, 8, 11].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить влияние патологических процессов эндометрия на КЖ женщин позднего репродуктивного и пременопаузального возраста.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 325 пациенток в возрасте 35-55 лет с различными клиническими формами ПЭ и 30 относительно здоровых женщин в возрасте 35-50 лет. Возрастная медиана выборки с ПЭ составила 40 (37-45), выборки здоровых женщин – 38 (36,75-42,75) лет, $p > 0,05$. Полип эндометрия, простая гиперплазия эндометрия, хронический эндометрит, синехии и комплексная гиперплазия эндометрия отмечались соответственно у 59,1 %, 30,5 %, 34,8 %, 6,2 % и 2,2 % пациенток с ПЭ.

Женщинам было предложено заполнить русскоязычную версию опросника SF-36, позволяющего оценить КЖ в виде психологического, эмоционального и социального статуса респондента [10]. Опросник включает десять шкал: восемь основных и две интегральных.

Ниже приведено их описание.

Физическое функционирование. Оценивает повседневную физическую активность. Чем выше показатель, тем большую физическую нагрузку, по мнению респондента, он мог выполнить. Низкий балл свидетельствует о том, что физическая активность была значительно ограничена состоянием здоровья.

Ролевое физическое функционирование. Оценивает роль физического состояния здоровья в ограничениях при выполнении повседневных обязанностей. Чем выше показатель, тем меньше ограничена жизнедеятельность респондента.

Шкала боли. Оценивает интенсивность болевого синдрома и его влияние на способность заниматься различной деятельностью. Чем выше оценка, тем меньше респондент испытал болевых ощущений. Низкие значения свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивала активность.

Общее состояние здоровья. Оценивает состояние здоровья в настоящий момент, перспективы лечения и сопротивляемость болезни. Чем выше показатель, тем лучше состояние здоровья исследуемого.

Жизнеспособность. Оценивает ощущение полноты сил и энергии. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении, снижении жизненной активности.

Социальное функционирование. Оценивает удовлетворенность уровнем социальной активности (общение с семьей, друзьями, коллективом) и отражает степень, в которой физическое или эмоциональное состояние респондента ее ограничивает. Низкие баллы соответствуют значительному ограничению социальных контактов, снижению уровня общения в связи с ухудшением здоровья.

Ролевое эмоциональное функционирование. Оценивает степень, в которой эмоции мешали выполнению работы или повседневной деятельности, включая большие затраты времени на их выполнение, уменьшение объема сделанной работы, снижение ее качества. Чем выше показатель, тем меньше эмоциональное состояние ограничивало повседневную активность респондента.

Психологическое здоровье. Оценивает настроение, наличие депрессии, тревоги, положительных эмоций: чем выше балл, тем больше времени респондент чувствовал себя умиротворенным. Низкие показатели свидетельствуют о наличии тревожно-депрессивном состоянии, психическом неблагополучии.

Физический компонент здоровья. Интегральная шкала, отражающая физическое благополучие, формируется из оценок первых четырех шкал.

Психологический компонент здоровья. Интегральная шкала, отражающая душевное благополучие респондента, формируется из оценок последних четырех шкал.

Обработку данных проводили, используя методы вариационной статистики (медиана, межквартильный размах) и рангового критерия Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение

Анализ результатов тестирования показал, что в позднем репродуктивном возрасте и периоде пременопаузы здоровых женщин менее всего удовлетворяет уровень их жизненной активности и психологического здоровья. На

фоне высоких показателей ролевого физического, эмоционального и социального функционирования наблюдалось снижение интегральной оценки психологического компонента здоровья (табл. 1). Физический компонент здоровья эти респондентки оценили значимо выше, чем его психологический компонент ($p < 0,01$).

Когортное исследование показало, что по сравнению со здоровыми женщинами пациентки с ПЭ испытывали существенные ограничения практически по всем параметрам КЖ, сопоставимые оценки наблюдались только по шкале ролевого физического функционирования (табл. 1). Наибольшее расхождение отмечалось в показателях общего здоровья, ролевого эмоционального функционирования и психического здоровья. Снижение интегральной оценки психологического состояния по сравнению с физическим компонентом в группе с ПЭ было более выраженным, чем в группе здоровых женщин ($p < 0,001$).

При изучении отдельных нозологических групп (табл. 2) наихудшие оценки КЖ были получены у пациенток с полипами эндометрия. При наличии данной патологии существенно страдали и физические и психологические параметры КЖ. Гиперплазия эндометрия и хронический эндометрит, напротив, ассоциировались с относительно высоким уровнем КЖ. Так, в группе пациенток с гиперплазией эндометрия наблюдались более высокие оценки по шкале социального функционирования ($p < 0,02$), чем в референтной выборке, а пациентки с хроническим эндометритом не испытывали никаких ограничений в своей жизнедеятельности из-за болевого синдрома, и их медианная оценка по шкале боли была значимо выше таковой при прочих нозологиях ($p < 0,005$). Миома матки значительно снижала физическое функционирование женщин, их способность выдерживать повседневные физические нагрузки ($p < 0,02$), особенно, из-за болевых ощущений ($p < 0,008$). Низкие оценки КЖ по шкале боли наблюдались также в выборке с аденомиозом ($p < 0,02$).

Сочетанная патология матки являлась фактором, существенно отягощающим большинство физических параметров КЖ (табл. 2). Женщины, имеющие два и более заболеваний матки, значимо ниже оценивали свою способность к ролевому и физическому функционированию и чаще страдали от болевого синдрома. При этом, их оценки психологического кластера КЖ были сопоставимы с таковыми у пациенток референтной группы. Наши данные лишь частично совпадают с результатами исследования Московенко Н.В. [9], согласно которым сочетанные заболевания органов малого таза усугубляют не только физический статус, но и психоэмоциональное состояние женщин.

Анализ полученных данных в разрезе отдельных показателей КЖ выявил (табл. 2), что повседневная физическая активность (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей, выполнение физических нагрузок) была более других ограничена только у пациенток с миомой матки и пациенток с сочетанными заболеваниями матки. При этом снижение ролевого физического функционирования, иначе говоря, невозможность полноценного выполнения своих повседневных профессиональных обязанностей и работы по дому из-за физических проблем со здоровьем, отмечали лишь жен-

Таблица 1- Оценка КЖ пациенток с ПЭ и условно здоровых женщин позднего репродуктивного и перименопаузального возраста, Ме (Q1-Q3) в баллах

Шкала опросника SF-36	Женщины с ПЭ, n=325	Здоровые женщины, n=30
Физическое функционирование	90 (80-95)***	95 (93,75-100)
Роловое физическое функционирование	100 (50-100)	100 (75-100)
Интенсивность боли	80 (62-100)*	92 (74-100)
Общее здоровье	62 (50-72)***	90 (85-92,75)
Жизнеспособность	60 (40-70)***	72,5 (65-85)
Социальное функционирование	75 (62,5-87,5)***	100 (75-100)
Роловое эмоциональное функционирование	66,7 (33,3-100)***	100 (67-100)
Психологическое здоровье	64 (48-72)***	80 (80-84)
Физический компонент здоровья	76,5 (65,5-86,8)***	91,5 (87-94)
Психологический компонент здоровья	68,2 (53,8-78,9)***	85 (74-91,5)

Примечание. *, **, *** – значимое отличие между группами (использовали ранговый критерий Манна-Уитни), соответственно $p < 0,05$, $p < 0,01$ и $p < 0,001$.

Таблица 2 - Оценки КЖ по шкалам опросника SF-36 пациенток с различными формами ПЭ и сочетанной патологией матки, Ме (Q1-Q3) в баллах

Показатель	Выборка	Физическое функционирование	Роловое функционирование	Боль	Общее здоровье	Жизнеспособность	Социальное функционирование	Эмоциональное функционирование	Психическое здоровье	Физический компонент здоровья	Психологический компонент здоровья
Полип эндометрия	нет, n=133	90 (80-95)	100 (50-100)	84 (74-100)	62 (50-75)	65 (50-75)	87,5 (75-87,5)	100 (33,3-100)	64 (48-72)	79 (70,5-88)	71,7 (59,5-80,5)
	есть, n=192	85 (80-95)	75 (50-100)*	74 (51-100)***	60 (50-72)	55 (40-70)**	75 (62,5-87,5)**	66,7 (33,3-100)	60 (44-68)	74,8 (62,3-85,3)**	64,0 (52,2-77,7)*
Гиперплазия эндометрия	нет, n=226	90 (80-95)	100 (50-100)	80 (62-100)	60 (50-72)	60 (40-70)	75 (62,5-87,5)	66,7 (33,3-100)	60 (48-72)	76 (65,4-86,8)	67,21 (53,5-77,3)
	есть, n=99	90 (80-95)	100 (50-100)	74 (61-100)	67 (50-77)	60 (45-70)	87,5 (75-100)*	66,7 (33,3-100)	64 (52-72)	77,88 (65,6-87,3)	68,8 (57,9-81,5)
Хронический эндометрит	нет, n=212	90 (80-95)	75 (50-100)	74 (52-100)	62 (50-74,3)	60 (40-70)	75 (62,5-87,5)	66,7 (33,3-100)	64 (48-72)	76,63 (64,5-86,1)	67,4 (53,8-80,0)
	есть, n=113	90 (80-95)	100 (50-100)	100 (74-100)**	62 (52,5-72)	60 (45-70)	75 (68,75-87,5)	100 (33,3-100)	60 (48-68)	75,25 (68,38-88)	71,3 (54,2-77,2)
Миома матки	нет, n=215	90 (85-95)	100 (50-100)	84 (72-100)	65 (52-75)	60 (40-70)	75 (62,5-87,5)	66,7 (33,3-100)	64 (48-72)	79,63 (70,5-88)	67,7 (57,0-80,4)
	есть, n=110	85 (75-95)*	75 (50-100)	74 (52-100)**	60 (50-72)	65 (40-70)	75 (62,5-87,5)	66,7 (33,3-100)	64 (48-68)	72 (64-85)**	69 (51,2-77,9)

Аденомиоз	нет, n=269 есть, n=56	90 (80-95) 85 (80-90)	100 (50-100) 75 (50-100)	84 (62-100) 74 (51-96)**	62 (50-75) 62 (55-72)	60 (42,5-70) 55 (36,3-70)	75 (62,5-87,5) 75 (62,5-87,5)	66,7 (33,3-100) 66,7 (33,3-100)	64 (48-72) 64 (48-68)	77 (66-87,5) 75,3 (61,7-81,5)	68,7 (55,2-78,9) 61,5 (51,8-77,9)
Сочетанная патология матки	нет, n=167 есть, n=158	90 (85-95) 85 (80-95)**	100 (75-100) 75 (50-100)**	84 (74-100) 74 (51-100)***	60 (50-72) 62 (50-75)	60 (40-75) 60 (43,8-70)	87,5 (62,5-87,5) 75 (62,5-87,5)	66,7 (66,7-100) 66,7 (33,3-100)	64 (48-72) 64 (48-68)	82,3 (70,5-88,8) 75,3 (64,3-85,5)**	67,9 (55,2-81,5) 68,2 (53,3-76,8)

Примечание. *, **, *** – значимое отличие между группами (использовали ранговый критерий Манна-Уитни), соответственно $p < 0,05$, $p < 0,01$ и $p < 0,001$.

щины с полипами эндометрия и сочетанной маточной патологией. Более других варьировали оценки шкалы боли. Значительное ограничение физической активности вследствие болевого синдрома наблюдалось на фоне полипов эндометрия, аденомиоза, миомы матки и сочетанной патологии матки, наличие гиперплазии эндометрия не снижало КЖ по данному параметру в рамках когорты с ПЭ, а при хроническом эндометрите женщины вообще не страдали от болевых ощущений. Жалобы на повышенную утомляемость и снижение жизненной активности, а также низкую удовлетворенность уровнем своей социальной активности чаще других высказывали женщины с полипами эндометрия (табл. 2).

Не выявлено нозологической специфики в оценках шкал общего здоровья, психического здоровья и эмоционального функционирования (табл. 2).

Анализ оценок интегральных шкал SF-36, показал более высокую вариабельность физического компонента здоровья по сравнению с психологическим (табл. 2). Особо негативное влияние на субсферу физического здоровья оказывали миомы матки, полипы эндометрия и сочетанная маточная патология. Значимо худшие оценки психологического компонента КЖ, нежели в целом по когорте с ПЭ, наблюдались только в выборке пациенток с полипами эндометрия. То есть, имеет место относительная индифферентность психоэмоциональных параметров к нозологической специфике маточной патологии при весьма выраженном снижении по сравнению со здоровыми женщинами всех показателей, формирующих психологическую субсферу КЖ пациенток с ПЭ.

Однако нами выявлен гинекологический фактор, значительно ухудшающий психическое состояние пациенток. Анализируя влияние гормонального лечения на КЖ этих женщин, мы выявили, что использование дюфастона оказывает негативное влияние на их социальное и эмоциональное функционирование. Так, медианные оценки физической субсферы КЖ значимо отличались лишь по шкале ролевого функционирования: 75 (50-100) баллов у 25 пациенток, принимавших дюфастон, против 100 (50-100) в группе 300 женщин, не использовавших этот гормональный препарат, $p < 0,05$. Данное соотношение по шкале социального функционирования соста-

вило 65 (62,5-75) против 75 (62,5-87,5) баллов, $p < 0,02$; а по шкале эмоционального функционирования – 33,3 (0-66,7) против 100 (41,7-100) баллов, $p < 0,001$. Показатель по интегральной шкале физического здоровья в группе принимавших дюфастон был сопоставим с оценкой референтной группы (73,5 (56,7-88,1) против 76,75 (66,2-86,8) баллов, $p > 0,05$); а вот значения интегральной шкалы психологического здоровья у женщин, использовавших дюфастон, были существенно ниже: 57,96 (43,9-62,3) против 69 (55,2-80,0) баллов, $p < 0,001$.

Таким образом, самая низкая удовлетворенность эмоциональным функционированием и состоянием психологического здоровья среди всех исследуемых нами когорт наблюдались в выборке пациенток, принимавших дюфастон. Полученные данные свидетельствуют о том, что терапия, ориентированная только на репродуктивное здоровье, не всегда учитывает психическое благополучие женщины. Нам импонирует точка зрения ряда авторов [7-9] относительно очевидной необходимости индивидуального подхода к лечению гинекологических пациенток, учитывающего особенности их психологического состояния, так как психоэмоциональные расстройства у этих женщин не только приводят к более значительным нарушениям КЖ, но и могут стать причиной резистентности к проводимой терапии.

ВЫВОДЫ

1. В позднем репродуктивном возрасте и периоде пременопаузы у здоровых женщин на фоне высоких показателей ролевого физического, ролевого эмоционального и социального функционирования наблюдаются ухудшение психологического здоровья и снижение жизненной активности.

2. Патологические процессы эндометрия у пациенток позднего репродуктивного и пременопаузального возраста являются фактором, существенно снижающим все параметры КЖ, исключая ролевое физическое функционирование. Более других страдают показатели общего здоровья, ролевого эмоционального функционирования и психического здоровья.

3. Наихудшие оценки КЖ наблюдаются на фоне полипов эндометрия и сочетанной патологии матки.

4. Физический компонент здоровья наиболее уязвим у женщин с миомами матки и полипами эндометрия, психологический компонент – на фоне использования дюфастона и у пациенток с полипами эндометрия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вассерман, Л.И. Дискуссионные вопросы концептуализации и методологии исследования качества жизни в медицине / Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова // Сибирский психологический журнал. – 2007. – № 26. – С. 112-119.
2. Веденко, Б.Г. Якість життя: деякі медичні аспекти / Б.Г. Веденко, В.Г. Даценко // Новости медицины и фармации. – 2012. – № 13/14. – С. 22-23.
3. Децик, О.З. Якість життя та здоров'я жінок у пері- і постменопаузі / О.З. Децик // Здоров'я жінки. – 2007. – № 2. – С. 100-103.
4. Качество жизни как категория социологии медицины / А.М. Вязьмин, А.Л. Санников, Ж.Л. Варакина, Е.В. Микляева // Социология медицины. – 2012. – № 2. – С. 28-29.
5. Качество здоровья и отдаленные результаты гистерорезектоскопии у больных подслизистой миомой матки / В.В. Панкратов, И.П. Ягудаева, А.И. Давыдов, Л.Д. Белоцерковцева // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2012. – Т. 11, № 3. – С. 5-10.
6. Корнієнко, С.М. Гістероскопія в діагностиці та лікуванні внутрішньоматкової патології у жінок пізнього репродуктивного та пременопаузального віку / С.М. Корнієнко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2011. – Т. 73, № 4. – С. 219-222.
7. Кривенко, В.І. Якість життя як ефективний об'єктивний критерій діагностики та лікування у сучасній медицині / В.І. Кривенко, Т.Ю. Грінченко, І.С. Качан // Запороз. мед. журн. – 2011. – Т. 13, № 6. – С. 91-96.
8. Лехан, В.М. Якість життя як критерій якості медичної допомоги / В.М. Лехан, О.Л. Зюков, А.В. Іпатов // Вісн. соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2006. – № 3. – С. 95-99.
9. Московенко, Н.В. Психоэмоциональное состояние и качество жизни женщин, страдающих сочетанными заболеваниями органов малого таза / Н.В. Московенко, Е.Н. Кравченко // Дальневосточный медицинский журнал. – 2011. – № 2. – С. 58-61.
10. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание / Под ред. Акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. – М.: Олма Медиа Групп, 2007. – 320 с.
11. Оцінка ефективності терапії гіперпластичних процесів репродуктивної системи у пізньому репродуктивному періоді / В.І. Пирогова, Н.С. Вереснюк, М.В. Томич, І.В. Верніковський, С.О. Шурпяк // Репродуктивна ендокринологія. – 2012. – № 5 (7). – С. 86-89.
12. Armstrong, A.J. Diagnosis and management of endometrial hyperplasia / A.J. Armstrong et al. // J. Minim. Invasive Gynecol. – 2012. – Т. 19 (5). – P. 562-71.

REFERENCES

1. Vasserman, L.I. Diskussionnyye voprosy kontseptualizatsii i metodologii issledovaniya kachestva zhizni v meditsine / L.I. Vasserman, E.A. Trifonova // Sibirskiy psihologicheskiy zhurnal. – 2007. – # 26. – S. 112-119.
2. Vedenko, B.G. Yakist zhittya: deyaki medichni aspekti / B.G. Vedenko, V.G. Datsenko // Novosti meditsiny i farmatsii. – 2012. – # 13/14. – S. 22-23.
3. Detsik, O.Z. Yakist zhittya ta zdorov'ya zhlnok u peri- I postmenopauzi / O.Z. Detsik // Zdorove zhenschiny. – 2007. – # 2. – S. 100-103.
4. Kachestvo zhizni kak kategoriya sotsiologii meditsiny / A.M. Vyazmin, A.L. Sannikov, Zh.L. Varakina, E.V. Miklyayeva // Sotsiologiya meditsiny. – 2012. – # 2. – S. 28-29.
5. Kachestvo zdorovya i otdalennyye rezultaty gisterorezektoskopii u bolnykh podslizistoy miomoy matki / V.V. Pankratov, I.P. Yagudaeva, A.I. Davyidov, L.D. Belotserkovtseva // Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii. – 2012. – Т. 11, # 3. – S. 5-10.
6. Kornienko, S.M. GisteroskopIya v dIagnostitsI ta IlikuvannI vnutrIshnomatkovoyi patologIyi u zhlnok plznogo reproductivnogo ta premenopauzalnogo vIku / S.M. Kornienko // PedIatrIya, akusherstvo ta gInekologIya. – 2011. – Т. 73, # 4. – S. 219-222.
7. Krivenko, V.I. Yakist zhittya yak effektivniy ob'ektivniy kriteriy dIagnostiki ta Ilikuvannya u suchasniy meditsinI / V.I. Krivenko, T.Yu. GrInenko, I.C. Kachan // Zapo-rozh. med. zhurn. – 2011. – Т. 13, # 6. – S. 91-96.
8. Lehan, V.M. Yakist zhittya yak kriteriy yakosti medichnoyi dopomogi / V.M. Lehan, O.L. Zyukov, A.V. Ipatov // Visn. sots. gIgiEni ta organIzatsIyi ohoroni zdorov'ya UkraYini. – 2006. – # 3. – S. 95-99.
9. Moskovento, N.V. Psihoemotsionalnoe sostoyanie i kachestvo zhizni zhenshin, stradayuschih sochetannymi zabolevaniyami organov malogo taza / N.V. Moskovento, E.N. Kravchenko // Dalnevostochniy meditsinskiy zhurnal. – 2011. – # 2. – S. 58-61.

10. Novik A.A., Ionova T.I. Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v meditsine. 2-e izdanie / Pod red. Akad. RAMN Yu.L. Shevchenko. – M.: Olma Media Grupp, 2007. – 320 s.
11. Otsinka effektivnosti terapiyi giperplastichnih protsesiv reproduktivnoyi sistemi u plznomu re-produktivnomu perIodI / V.I. Pirogova, N.S. Veresnyuk, M.V. Tomich, I.V. VernIkovskiy, S.O. Shurpyak // Reproductivnaya endokrinologiya. – 2012. – # 5 (7). – S. 86-89.
12. Armstrong, A.J. Diagnosis and management of endometrial hyperplasia / A.J. Arm-strong et al. // J. Minim. Invasive Gynecol. – 2012. – T. 19 (5). – R. 562-71.

SUMMARY

THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS LATE REPRODUCTIVE AND PREMENOPAUSAL AGE WITH ENDOMETRIAL PATHOLOGY

S.M. Kornienko

Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology, Ukrainian National Academy of Medical Sciences
Ukraine, Kiev

The aim of the study was to investigate the influence of endometrial pathology on the quality of life of late reproductive and premenopausal women.

A total of 325 patients aged 35-55 years with different forms of endometrial pathology and 30 relatively healthy women aged 35-50 years are examined. All the women filled the questionnaire SF-36, which allows to evaluate the quality of life in the form of psychological, emotional, and social status.

Analysis of test results showed that in late reproductive and premenopausal age healthy women are least satisfied with the level of their vitality and mental health.

Patient with endometrial pathology experienced significant restrictions on virtually all aspects of quality of life compared with healthy women. Studying selected nosological groups were obtained worst assessment of quality of life in patients with endometrial polyps. Endometrial hyperplasia and chronic endometritis, on the other hand, was associated with a relatively high quality of life.

Thus, the pathological processes of the endometrium in patients late reproductive and premenopausal age is a factor, significantly reducing all parameters of quality of life, except for role functioning. The general health indicators, role emotional and mental healthy are changed more than any.

Key words: *endometrial pathology, late reproductive and premenopausal age, QOL, SF-36 health questionnaire*

ТҮЙІНДЕМЕ

ЭНДОМЕТРИЙ ПАТОЛОГИЯСЫНА ШАЛДЫҚҚАН КЕШ РЕПРОДУКТИВТІК ЖӘНЕ МЕНОПАУЗА АЛДЫНДАҒЫ ЖАСТАҒЫ НАУҚАС ӘЙЕЛДЕРДІҢ ӨМІР САПАСЫ

С.М. Корниенко

Украина ҰМҒА Педиатрия, акушерлік және гинекология институты ММ
Украина, Киев

Зерттеу мақсаты эндометрийдің патологиялық үрдістерінің кеш репродуктивтік және менопауза алдындағы жастағы әйелдердің өмір сапасына әсерін зерделеу болды.

Эндометрий патологиясының әртүрлі клиникалық түрлеріне шалдыққан 35-55 жас аралығындағы 325 науқас әйел және 35-50 жас аралығындағы салыстырмалы түрде дендері сау 30 әйел тексерілді. Барлық әйелдер психологиялық, эмоциялық және әлеуметтік мәртебе түрінде өмір сапасын бағалауға мүмкіндік беретін SF-36 сауалнамасын толтырды.

Тестілеу нәтижелерін талдау кеш репродуктивтік және менопауза алдындағы жастағы дені сау әйелдерді олардың өмір белсенділігі мен психологиялық денсаулық деңгейі азырақ қанағаттандыратынын көрсетті.

Дендері сау әйелдермен салыстырғанда эндометрий патологиясына шалдыққан науқас әйелдер өмір сапасының барлық параметрлерінде дерлік елеулі шектеулер сезінеді. Жекелеген нозологиялық топтарды зерттеу кезінде өмір сапасының ең нашар бағасы эндометрий полиптері бар науқас әйелдерде алынды. Эндометрий гиперплазиясы және созылмалы эндометрит, керісінше, өмір сапасының салыстырмалы түрде жоғары деңгейімен байланыстырылды.

Жатырдың біріккен патологиясы елеулі түрде өмір сапасының физикалық параметрлерінің көпшілігін ауырататын фактор болып табылады.

Осылайша, кеш репродуктивтік және менопауза алдындағы жастағы науқас әйелдердегі эндометрийдің патологиялық үрдістері, рөлдік физикалық қызмет етуден басқа, өмір сапасының барлық параметрлерін елеулі түрде азайтатын фактор болып табылады. Жалпы денсаулық, рөлдік эмоциялық қызмет ету және психикалық дегнсаулық көрсеткіштері басқалардан көбірек нашарлайды.

Түйін сөздер: *эндометрий патологиясы, кеш репродуктивтік және менопауза алдындағы жас, ӨС (өмір сапасы), SF-36 денсаулық сауалнамасы.*

УДК 615.036.8

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВАГИНАЛЬНЫХ СУППОЗИТОРИЙ С ГИАЛУРОНОВОЙ И МОЛОЧНОЙ КИСЛОТАМИ В ЦЕЛЯХ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ САНАЦИИ ВЛАГАЛИЩА ПРИ ОБЪЕМНЫХ ВАГИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ.

А.И. Коркан¹А.Т. Абшекенова¹, К.А. Уразымбетова¹, А.Е. Адилова², М.К. Апселенова²Казахский медицинский университет непрерывного образования¹Центр перинатологии и детской кардиохирургии²

Казахстан, Алматы

АННОТАЦИЯ

В данной работе проводится анализ эффективности вагинальных суппозиториев на основе гиалуроновой и молочной кислоты с суппозиториями, содержащими хлоргексидина биглюконат, в целях санации влагалища перед объемными гинекологическими операциями, с вагинальным доступом.

Нами было изучено 117 случаев оперативного лечения женщин в возрасте от 37 до 81 года с различными диагнозами, которым были выполнены объемные вагинальные операции, проведенные в отделении оперативной гинекологии в плановом порядке.

Ключевые слова: вагинальные суппозитории с гиалуроновой и молочной кислотами, хлоргексидина биглюконат, оперативная гинекология.

ВСТУПЛЕНИЕ

Микрофлора влагалища здоровых женщин многообразна, и включает широкий спектр микроорганизмов, при этом, количество видов различных аэробных и анаэробных бактерий и бактериоидов вариабельно [1]. Лактобактерии являются основными и типичными представителями микрофлоры половых путей здоровых женщин. При этом, лактобактерии являются важным фактором обеспечения защитного механизма от инфекционных процессов: это поддержание кислой среды во влагалище, создающее неблагоприятные условия для развития патогенной микрофлоры, а также за счет продуцирования эндобиотиков - веществ, действие которых подобно антибиотикам, и поддержание нормального биоценоза во влагалище выработкой перекиси водорода. По данным Klebanoff и соав. (1991) такие лактобактерии присутствуют у 96% здоровых женщин в концентрации 8,4x10⁶ КОЕ/мл [17].

Известно, что «хирургический стресс» приводит к функциональной перестройке деятельности гипоталамо-гипофизарной-надпочечниковой оси, обеспечивающей синхронизацию реакций целостного организма в послеоперационном периоде [13]. По мнению большинства авторов, наиболее значимые изменения в ответ на оперативное вмешательство происходит в иммунном гомеостазе и в системе

«t-зависимых» процессов перекисного окисления липидов, что является патогенетической основой гнойно-воспалительных осложнений после гинекологических операций [14]. В литературе имеются рекомендации по профилактике осложнений путем использования антибактериальных препаратов, иммуномодулирующих и иммунокорригирующих средств [15]. В последние годы

накопились сведения о том, что большую роль в возникновении гнойно – септических осложнений играет дисбактериоз влагалища [1,5] - это диктует необходимость проведения перед хирургическим вмешательством патогенетической терапии данной патологии, конечной целью которой является восстановление нормоценоза. Поэтому как для хирурга, так и для пациента важно быть подготовленным к оперативному вмешательству заблаговременно [16].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнение эффективности вагинальных суппозиториев на основе гиалуроновой кислоты 10,0 мг и молочной кислоты 5,0 мг с суппозиториями содержащими хлоргексидина биглюконат 16 мг в оперативной гинекологии при объемных операциях, вагинальным доступом. Был проведен проспективный анализ 117 случаев оперативного лечения женщин с различными диагнозами в отделении оперативной гинекологии за 2016-2017 гг.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Данная работа проводилась на базе ЦП и ДКХ г Алматы, исследование является проспективным и рандомизировано контролируемым. В качестве объекта исследования выступило 117 женщин в возрасте от 37 лет до 81 года, с диагнозами: цистоцеле - 44, ректоцеле - 30, цисто-ректоцеле - 36, стрессовое недержание мочи – 7, поступивших на оперативное лечение в отделение гинекологии в плановом порядке.

Исследование проводилось с обязательным соблюдением следующих условий:

- письменное информированное согласие пациента на участие в исследовании;

- использование препарата за 10 дней до предполагаемой операции;
- применение суппозиторий в одно и то же время каждый день, без перерыва;
- у каждой пациентки проводился 3х кратный забор мазка на степень чистоты и 3х кратная рН метрия влагалища с помощью индикаторной лакмусовой бумаги:
 - 1) при первичном приеме
 - 2) после использования суппозитории, в день операции
 - 3) через 14 дней после операции.

Рандомизация проводилась методом жеребьевки, каждая пациентка выбирала один конверт из 2-х предложенных с названием исследуемого препарата.

Таким образом, в 1 группе: 60 пациенток использовали вагинальные суппозитории в составе с гиалуроновой кислотой 10,0 мг и молочной кислотой 5,0 мг. Во 2 группе: 57 пациенток применяли суппозитории, содержащие хлоргексидина биглюконат 16 мг.

Всего было проделано 117 операций в объеме:

- задняя кольпорафия с леваторопластикой - 30 (из них: 1 группе - 14, 2 группе - 16)
- передняя кольпорафия - 13 (из них: 1 группе - 7, 2 группе - 6)
- тотальной экстраперитонеальной репозиции пубоцервикальной фасции сетчатым протезом (Джонсон и Джонсон, гайнемеш) 38 (из них: 1 группе - 22, 2 группе - 16)
- тотальной экстраперитонеальной репозиции пубоцервикальной фасции сетчатым протезом (Джонсон и Джонсон, гайнемеш) с задней кольпоперинеорафией и леваторопластикой 36 (из них: 1 группе - 17, 2 группе - 19).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Средний возраст пациенток в 1 группе составил 52,89, во 2 группе 54,04, где число ($P > 0,05$) рН – метрия.

В нормальных условиях влагалище женщины имеет кислую среду, которую обеспечивают лактобактерии, рН влагалища составляет от 3,8 до 4,4. У каждой пациентки производилась 3-х кратная рН-метрия с помощью индикаторной бумаги.



Рисунок 1

При этом у пациенток с щелочными показателями рН клинически никаких проявлений не наблюдалось.

В стенах нашей лаборатории производилось цитологическое исследование мазков с помощью светового микроскопа, мазки окрашивались по Лейшману. Целью исследования явилось изучение состава, количества лейкоцитов, эпителиальных клеток, «ключевых клеток», исследование на наличие специфических возбудителей.

При обследовании женщин, мы строго придерживались унифицированной методики по 1,2,3,4 степени «чистоты».

1 степень – в мазке эпителиальные клетки и нормальное количество лактобацилл, рН – кислая;

2 степень – небольшое количество лейкоцитов, лактобацилл меньше, присутствуют грамположительные диплококки. рН – остается кислой;

3 степень – повышенное количество клеток эпителия и лейкоцитов, снижение лактобацилл, множество кокковых бактерий, рН – слабокислая или щелочная;

4 степень – в большом количестве эпителий и лейкоциты, гноеродные микроорганизмы, отсутствие лактобацилл, рН – щелочная.

	1 степень		2 степень		3 степень		4 степень	
	1 группа	2 группа						
1	7	10	36	37	15	9	2	1
2	19	19	26	30	5	8	0	0
3	11	14	30	29	8	14	0	1

Рисунок 2

Нами было замечено, что в 1 группе с использованием суппозиторий, содержащих гиалуроновую кислоту, регенеративная функция слизистой оболочки влагалища была намного лучше, и средняя продолжительность заживления послеоперационных швов составил 10 суток, в отличие от 2 группы, где этот показатель равен 14 суткам.

В 1 группе не было выявлено случаев аллергической реакции и побочных эффектов.

Во 2 группе у трех пациенток на 2 сутки после использования препарата, были выявлены признаки аллергической реакции в виде: зуда и покраснения слизистой оболочки влагалища. В результате этого препарат был отменен и пациентки исключены из исследования.

У пациентки с мазком 4 степени «чистоты» на фоне приема суппозиторий с хлоргексидина биглюконатом наблюдалось прорезывание швов, в результате чего было произведено наложение вторичных швов.

Стоит отметить, что во всех случаях повышения температуры и признаков интоксикации не наблюдалось. Треть исследуемых женщин в 1 группе отмечают ис-

чезновение ощущений сухости и жжения во влагалище, которые их беспокоили до операции, после применения суппозиторий.

ВЫВОДЫ

Исходя из полученных данных можно сделать вывод, что использование вагинальных суппозиторий с гиалуроновой и молочной кислотами в качестве предоперационной санации влагалища целесообразно и эффективно.

За счет гиалуроновой кислоты суппозитории обладают выраженным регенеративным эффектом, противовоспалительным и увлажняющим. Молочная кислота, входящая в их состав, нормализует pH влагалища и способствует более быстрому восстановлению собственной флоры и стимуляции местного иммунитета.

Важным аспектом является быстрая реабилитация в послеоперационном периоде и возможность длительного использования препарата.

Также необходимо отметить, что данные суппозитории не вызывают аллергических реакций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Котова А.Л., Рамазанова Б.А., Мустафина К.К. и соавт. Нормофлора и дисбактериозы человека. – 2008, - Алматы. - С. 36-53, 80-98.
2. Гаспарян А.А. Особенности биоценоза влагалища на фоне терапии глюкокортикоидами. Автореферат. - 2015, - М. - С. 14-16.
3. Абрамченко В.В., Башмакова М.А., Корхов В.В. Научное обоснование применения медицинского озона в комплексной профилактике и лечения воспалительных осложнений после гинекологических операций. Руководство для врачей «Антибиотики в акушерстве и гинекологии». – 2000, - СПб. - С.101-111.
5. Сенчук А.Я., Коркан А.И. Практические навыки в гинекологии и акушерстве. – 2014, - Алматы. - С. 59, 84
6. Прилепская В.Н. и соавт. Федеральные клинические рекомендации «Диагностика и лечение заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин». - 2013, - М.
7. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз (клиника, диагностика, лечение). – 1995, - М. – С. 44
8. Каюпова Н.А. Актуальные проблемы репродукции. Материалы Международного конгресса акушеров-гинекологов. – 1999, – Алматы, - С.166.
9. Мирзабалаева А.К. Кандидоз гениталий и женщин репродуктивного возраст. Пособие. - 1996. – СПб. - 24 с.
10. Манкеев С.М. Современные принципы терапии урогенитальных инфекций. Кн.: Практическая гинекология (клинические лекции). Под ред. академика РАМН В.И.Кулакова и проф.В.Н.Прилепской - М.: Медпрессинформ. - 2001, - С.241-253.
11. Ekin Murat, Yaşar Levent. Сравнение вагинальных суппозиторий с гиалуроновой кислотой и вагинальных суппозиторий с эстрадиолом при лечении атрофического кольпита. GENECOLOGY AND OBSTETRICS ORGAN OF THE EIFMAN SOCIETY FOR GYNCOLOGY AND OBSTETRICS - 2010 .
12. Коркан А.И. Оптимизация диагностики и лечения ассоциированной урогенитальной инфекции у женщин. – 2003, - Алматы.
13. Ерюхин И.А. Лечебно-диагностические и теоретические проблемы экстремальных состояний при боевой травме. - СПб.: ВМЕДА, 1992. 3 с.
14. Жаркин Н.А., Ионкина А. Г. Значение рефлексотерапии в реабилитации женщин при хронических рецидивирующих сальпингоофоритах // Акушерство и гинекология. -1987.-N3.- С. 54-57.
15. Евсеев А.А. Сравнительная оценка различных методов профилактики инфекционных осложнений при плановых гинекологических операциях// Акушерство и гинекология. — 1989. — № 4.- С. 33-36.
16. Качалина О.В. Научное обоснование применения медицинского озона в комплексной профилактике и лечения воспалительных осложнений после гинекологических операций. Автореферат. – 2003, - Иваново. – 103 с.
17. Klebanoff S.J. Smiht D.S. Peroxidase-mediated antimicrobial activity for rat uterine fluid//Gynecol.Invest 1991, p 21-30.
18. Notelovitz M, Funk S, Nanavati N, Mazzeo M (2002) Estradiol absorption from vaginal tablets in postmenopausal women. Obstet Gynecol 99:556–562.
19. Morali G, Polatti F, Metelitsa EN, Mascarucci P, Magnani P, Marrè GB (2006) Open, non-controlled clinical studies to assess the efficacy and safety of a medical device in form of gel topically and intravaginally used in postmenopausal women with genital atrophy. Arzneimittelforschung 56(3):230–238.

REFERENCES

1. Kotova A.L., Ramazanova B.A., Mustafina K.K. i soavt. Normoflora i disbakteriozyi cheloveka. – 2008, - Almaty. - S. 36-53, 80-98.
2. Gasparyan A.A. Osobennosti biotsenoza vlagalisha na fone terapii glyukokortikoidami. Avtoreferat. - 2015, - M. - S. 14-16.
3. Abramchenko V.V., Bashmakova M.A., Korhov V.V. Nauchnoe obosnovanie primeneniya meditsinskogo ozona v kompleksnoy profilaktike i lecheniya vospalitelnykh oslozhneniy posle ginekologicheskikh operatsiy. Rukovodstvo dlya vrachey «Antibiotiki v akusherstve i ginekologii». – 2000, - SPb. - S.101-111.
5. Senchuk A.Ya., Korkan A.I. Prakticheskie navyiki v ginekologii i akusherstve. – 2014, - Almaty. - S. 59, 84
6. Prilepskaya V.N. i soavt. Federalnyie klinicheskie rekomendatsii«Diagnostika i lechenie zabolevaniy, soprovozhdayuschihnya patologicheskimi vyideleniyami iz polovyykh putey zhenschin». - 2013, - M.
7. Kira E.F. Bakterialnyiy vaginoz (klinika, diagnostika, lechenie). – 1995, - M. – S. 44
8. Kayupova N.A. Aktualnyie problemy reproduksii. Materialyi Mezhdunarodnogo kongressa akusherov-ginekologov. – 1999, - Almaty, - S.166.
9. Mirzabalaeva A.K. Kandidoz genitaliy i zhenschin reproduktivnogo vozrast. Posobie. - 1996. – SPb. - 24 s.
10. Mankeev S.M. Sovremennyye printsipy terapii urogenitalnykh infektsiy. Kn.: Prakticheskaya ginekologiya (klinicheskie lektsii). Pod red. akademika RAMN V.I.Kulakova i prof.V.N.Prilepskiy - M.: Medpressinform. - 2001, - S.241-253.
11. Ekin Murat, Yaşar Levent. Sravnenie vaginalnykh suppozitoriev s gialuronovoy kislotoy i vaginalnykh suppozitoriev s estradiolom pri lechenii atroficheskogo kolpita. GENECOLOGY AND OBSTETRICS ORGAN OF THE EIFMAN SOCIETY FOR GYNECOLOGY AND OBSTETRICS - 2010 .
12. Korkan A.I. Optimizatsiya diagnostiki i lecheniya assotsirovannoy urogenitalnoy infektsii u zhenschin. – 2003, - Almaty.
13. Eryuhin I.A. Lechebno-diagnosticheskie i teoreticheskie problemy ekstremalnykh sostoyaniy pri boevoy travme. - SPb.: VMedA, 1992. 3 s.
14. Zharkin H.A., Ionkina A. G. Znachenie refleksoterapii v reabilitatsii zhenschin pri hronicheskikh retsdiviruyuschih salpingooforitah // Akusherstvo i ginekologiya. -1987.-N3.- S. 54-57.
15. Evseev A.A. Sravnitel'naya otsenka razlichnykh metodov profilaktiki infektsionnykh oslozhneniy pri planovykh ginekologicheskikh operatsiyah// Akusherstvo i ginekologiya. — 1989. — # 4.- S. 33-36.
16. Kachalina O.V. Nauchnoe obosnovanie primeneniya meditsinskogo ozona v kompleksnoy profilaktike i lecheniya vospalitelnykh oslozhneniy posle ginekologicheskikh operatsiy. Avtoreferat. – 2003, - Ivanovo. – 103 s.
17. Klebanoff S.J. Smiht D.S. Peroxidase-mediated antimicrobial activity for rat uterine fluid//Gynecol.Invest 1991, p 21-30.
18. Notelovitz M, Funk S, Nanavati N, Mazzeo M (2002) Estradiol absorption from vaginal tablets in postmenopausal women. Obstet Gynecol 99:556–562.
19. Morali G, Polatti F, Metelitsa EN, Mascarucci P, Magnani P, Marrè GB (2006) Open, non-controlled clinical studies to assess the efficacy and safety of a medical device in form of gel topically and intravaginally used in postmenopausal women with genital atrophy. Arzneimittelforschung 56(3):230–238.

SUMMARY

THE USE OF VAGINAL SUPPOSITORIES WITH HYALURONIC ACID FOR THE PURPOSE OF PRE VAGINAL OPERATIONS.

A.I.Korkan¹

A.T.Abshekenova¹, K.A. Urazymbetova¹, A.E. Adilova², M.K. Apselenaova²

Kazakh medical university of continuing education¹
Center for Perinatology and Pediatric Cardiac Surgery²
Kazakhstan, Almaty

In this work, an analysis comparing the effectiveness of the use of vaginal suppositories based on hyaluronic acid with chlorhexidine digluconate containing suppositories in the vagina for reorganization under volumetric vaginal operations.

We have 117 cases, treatment of women with different diagnoses with vaginal bulk operations in the department of operative gynecology.

Keywords: vaginal suppositories with hyaluronic acid, chlorhexidine digluconate, operative gynecology, laparoscopy in gynecology.

ТҮЙІНДЕМЕ**КӨЛЕМДІ ҚЫНАПТЫҚ ОПЕРАЦИЯЛАР КЕЗІНДЕ ҚЫНАПТЫҢ ОПЕРАЦИЯ АЛДЫНДАҒЫ САНАЦИЯСЫ МАҚСАТЫМЕН ҚҰРАМЫНДА ГИАЛУРОН ЖӘНЕ СҮТ ҚЫШҚЫЛЫ БАР ҚЫНАПТЫҚ СУППОЗИТОРИЙЛЕРДІ ҚОЛДАНУ.****А.И.Коркан¹****А.Т. Абшекенова¹, К.А. Уразымбетова¹, А.Е.Адилова², М.К.Апселенова²**

Қазақ медициналық үздіксіз білім беру университеті¹
Перинатология және балалар кардиохирургиясы орталығы²
Қазақстан, Алматы

Бұл жұмыста қынаптық жету жолымен көлемді гинекологиялық операциялар алдындағы қынаптың санациясы мақсатымен гиалурон және сүт қышқылы негізіндегі қынаптық суппозиторийлердің тиімділігін құрамында хлоргексидин биглюконаты бар суппозиторийлермен салыстырып талдау берілген.

Біз оперативтік гинекология бөлімшесінде жоспарлы түрде көлемді қынаптық операциялар жасалған әртүрлі диагноздары бар 37 - 81 жас аралығындағы әйелдерді оперативтік емдеудің 117 оқиғасын зерттедік.

Түйін сөздер: құрамында гиалурон және сүт қышқылы бар қынаптық суппозиторийлер, хлоргексидин биглюконаты, оперативтік гинекология.

УДК 575

ПГД/ПГС МЕТОДОМ FISH - ИССЛЕДОВАНИЕ 24 ХРОСОМОМ. СОВРЕМЕННЫЙ И РАЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД

В.В. Ладыгина, В.В. Чистяков

Многопрофильный медицинский центр «Private Clinic Almaty»
Казахстан, Алматы

АННОТАЦИЯ

В статье показаны возможности и преимущества метода флуоресцентной *in situ* гибридизации (FISH-Fluorescence *in situ* hybridization) при исследовании 24 хромосом. Обсуждается вопрос оптимизации протокола ПГД/ПГС методом 24FISH, с учетом современных тенденций в репродуктивной генетике. Представлены результаты и преимущества биопсии на четвертые сутки развития эмбриона

ВВЕДЕНИЕ

Современные клиники ВРТ ставят перед собой цель дать пациентам максимальные шансы на рождение здорового ребенка. Данная задача реализуется только в том случае, если в рамках программ ВРТ учитываются и исключаются, наряду с другими, и генетические риски. Это становится возможным при проведении преимплантационного генетического скрининга (ПГС) в рамках программы ЭКО. Ещё в 1967 году Р. Эдвардс (R. G. Edwards) и Р. Гарднер (R. L. Gardner) опубликовали статью о проведении биопсии эмбрионов кролика для определения пола до имплантации, в которой предсказывали появление аналогичных технологий у человека. Однако ПГД/ПГС у человека стала возможной лишь в начале 90-х годов, когда был достигнут достаточный технологический уровень экстракорпорального оплодотворения и генетических методов диагностики. Долгое время для определения хромосомных аномалий эмбриона использовали метод флуоресцентной гибридизации *in situ* (FISH). Начиная с 2012 года, метод FISH постепенно стал вытесняться методом сравнительной геномной гибридизации (CGH) и методом секвенирование следующего поколения (NGS). Однако следует отметить, что каждый метод имеет свои преимущества и ограничения. По этой причине актуальным остается вопрос о рациональном использовании возможностей генетических лабораторий в клиниках ВРТ.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оптимизировать протокол ПГД/ПГС методом флуоресцентной *in situ* гибридизации (FISH-Fluorescence *in situ* hybridization) с учетом возможностей лаборатории и современных тенденций в репродуктивной генетике.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Были проанализированы эмбрионы от 115 супружеских пар (1265), которым было показано проведения ПГД/ПГС. Культивирование эмбрионов проводили на средах компании Irvine Scientific. Для оценки качества эмбрионов и биопсии использовали инвертированный микроскоп компании Carl Zeiss AxioObserver D1 в комплекте с ПО и микроманипуляторами. Фиксацию клеток проводили под стереомикроскопом Carl Zeiss SteREO

Discovery V20. Для флуоресцентной *in situ* гибридизации применялись линейки флуоресцентных проб компании Abbott Molecular Inc (США) и компании Kreatech Biotechnology (Голландия). Результаты оценивали с использованием микроскопа Carl Zeiss Axio Imager со штативом Z2 с программным обеспечением MetaSystems

РЕЗУЛЬТАТЫ

За 2015-2016 год на базе нашей клиники было исследовано 1265 эмбрионов. Биопсию материала проводили на 4 и 5 сутки развития эмбрионов, в процентном соотношении 68 и 32% программ соответственно. Биопсия на стадии компактированного эмбриона или ранней морулы, по нашим результатам, является оптимальным решением в циклах ЭКО-ПГД/ПГС. По результатам анализа, после биопсии на 4 сутки развития, бластуляция составила 98% от общего числа исследуемых эмбрионов. Данная методика позволяет преодолеть ограничения, с которыми сталкиваются специалисты эмбриологи и генетики, а именно мы имеем возможность исследовать 3-7 клеток, что является преимуществом перед биопсией на 3 сутки. Также методика позволяет сделать перенос или криоконсервацию исследованных эмбрионов на 5 день развития, не ограничивая специалистов во времени и объеме исследования, что затруднительно сделать, выполняя биопсию трофоэктодермы (таб. 1).

Исследование в протоколах ПГД/ПГС проводилось по 5, 7 или 9 хромосомам по классическим протоколам метода FISH. По результатам проведенных программ беременность наступила у 51 из 115 пациенток, что составило 44,3% от всех исследований. В 11 случаях из 115, показанием для проведения преимплантационной диагностики были структурные изменения в кариотипе одного из супругов. Беременностью завершились 4 (36%) программы, в настоящий момент 2 из которых закончились родами. Полученные нами результаты полностью коррелируют с данными регистра РАРЧ за 2014 год - 41,9% беременностей после ПГД.

Однако анализируя современные тенденции в репродуктивной генетике и учитывая ограничения стандартного протокола ПГД/ПГС методом FISH, а именно не полный анализ численных хромосомных нарушений, перед нами стояла задача максимально оптимизировать

Таблица 1- Биопсия эмбриона.

	3 сутки	4 сутки	5 сутки
Кол-во материала для анализа	1-2 клетки	2-8 клеток	2-8 клеток
Уровень бластуляции	80-91%	98-100%	100%
Перенос в свежем цикле	возможен	возможен	ограничен
объемом исследования			
Уровень мозаицизма	высокий	снижен (механизм самокоррекции)	снижен (механизм самокоррекции)

Таблица 2 - Состав панели MultiStar 24 FISH

Fluorophore	Platinum-Bright405 Dark Blue	Platinum-Bright415 Blue	Platinum-Bright495 Green	Platinum-Bright547 Light Red	Platinum-Bright590 Dark Red	Platinum-Bright647 Far Red
MultiStar Panel 1(SE)	7	1	6	8	3	4
MultiStar Panel 2(SE)	11	9	20	12	10	17
MultiStar Panel 3(SE)	18	Y	X	16	2	15
MultiStar Panel 4(USP)	19	5	21	22	13	14

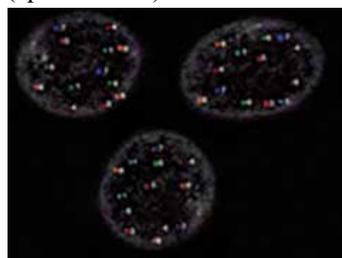
данный метод. В связи с этим, на базе нашей лаборатории был внедрен метод 24FISH, который позволяет за 24 часа исследовать 24 хромосомы. Для отработки метода на исследование были взяты 54 эмбриона, непригодных для переноса по результатам ПГС. Стекла с зафиксированными ядрами были отмыты, согласно стандартным методикам от предыдущих проб и подготовлены для дальнейшего исследования. Система MultiStar 24 FISH состоит из четырех панелей по 6 зондов каждая, что позволяет за четыре этапа исследовать все хромосомы. Первые три гибридизации длятся по 30 минут каждая, так как в них используются центромерные последовательности. Четвертая панель состоит из зондов на уникальные последовательности и требует инкубации 12-16 часов (таб. 2). После ряда повторов, были получены чет-

более высокий процент ядер, успешно прошедших все четыре раунда. По всем эмбрионам были подтверждены, установленные ранее анеуплоидии. А также в 26 из них (48%) обнаружены дополнительные численные нарушения в хромосомах не исследуемых в стандартных протоколах, что позволяет делать вывод о клинической значимости полного скрининга анеуплоидий (таб.3).

Таким образом, за одни сутки, мы имеем возможность провести полный анализ численных нарушений хромосом и при необходимости выявить эмбрионы с несбалансированными транслокациями. Последний факт является основным преимуществом метода FISH перед микроматричным анализом, который на сегодняшний день используется в ряде генетических лабораторий. До 10% пациентов сконцентрированных в клиниках ВРТ,

Таблица 3- Результат преимплантационного генетического скрининга методом FISH по 24 хромосомам.

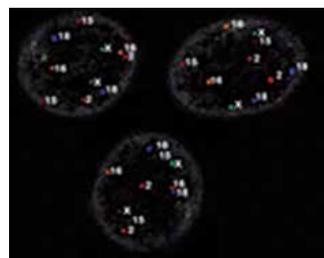
1 раунд
(трисомия -8)



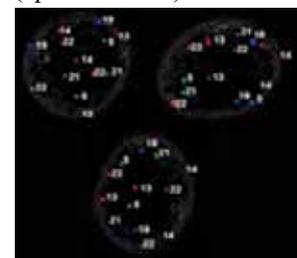
2 раунд (норма)



3 раунд (норма)



4 раунд
(трисомия -22)



кие сигналы, достаточно светостойчивые для комфортного прочтения и фиксации результатов.

Из 54 эмбрионов у 49 (90%) флуорохромные метки были получены на всех четырех раундах. Следует учитывать, что в опытах использовался материал после 1-2 стандартных гибридизаций в рамках программы ЭКО-ПГД/ПГС. В связи с чем, можно рассчитывать на еще

являются носителями хромосомных структурных изменений, и задачей нашей генетической лаборатории является возможность обеспечить данной группе пациентов полный объем необходимых исследований, с чем успешно справляется данный метод.

Несомненным ограничением метода 24 FISH остается невозможность выявлять моногенные заболевания,

однако, если учитывать частоту обращений пациентов носителей данных болезней, то для клиники ВРТ целесообразней сориентировать пациента на генетический центр, специализированный на данном виде диагностики. За три года нами был зафиксирован один случай носительства мутаций генов муковисцидоза. Данная супружеская пара прошла успешную программу ЭКО/ПГД в Израиле.

ВЫВОДЫ

Таким образом, за 2015-2016 год нами был разработан и успешно внедрен в практику наиболее оптимальный алгоритм ведения протоколов ПГД/ПГС, учитывающий потребности пациентов и возможности лаборатории. Показано, что биопсия на 4-ые сутки развития эмбриона, в сочетании с системой 24 FISH, позволяет провести полный скрининг анеуплоидий к моменту переноса или кри-

оконсервации эмбрионов. С учетом применения метода флуоресцентной *in situ* гибридизации, нет необходимости консолидировать нескольких пациентов, что обеспечивает психологический комфорт супружеским парам. Немаловажным фактом является и экономическая сторона данного метода. Так, на сегодняшний день, любая генетическая лаборатория, оснащенная оборудованием для FISH диагностики, и обладающая квалифицированными специалистами, имеет возможность провести полный анализ хромосомных нарушений, дополнительно используя лишь расширенный спектр УФ-фильтров и необходимые панели флуорохромов. В связи с чем, можно сделать вывод о том, что максимальное использование возможностей метода FISH, делает его конкурентоспособным в сравнении с современными методами молекулярной генетики, такими как CGH и NGS.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Edwards R. G., Gardner R. L Sexing of live rabbit blastocysts // Nature. — 1967. — Т. 214. — С. 576-577.
2. Handyside A. H. et al. Biopsy of human preimplantation embryos and sexing by DNA amplification // Lancet. — 1989. — Т. 1, № 8634. — С. 347-349.
3. Handyside A. H. et al. Pregnancies from biopsied human preimplantation embryos sexed by Y-specific DNA amplification // Nature. — 1990. — Т. 344, № 6268. — С. 768-770.
4. Verlinsky Y. et al. Analysis of the first polar body: preconception genetic diagnosis // Human Reproduction. — 1990. — Т. 5, № 7. — С. 826-829.
5. Handyside A. H. et al. Birth of a normal girl after in vitro fertilization and preimplantation diagnostic testing for cystic fibrosis // New England Journal of Medicine. — 1992. — Т. 327, № 13. — С. 905-909.
6. Verlinsky Y. et al. Preimplantation diagnosis for Fanconi anemia combined with HLA matching // Jama. — 2001. — Т. 285, № 24. — С. 3130-3133
7. Захарова Е.Е., Залетова В.В. «Проведение биопсии эмбрионов человека на стадии компактной морулы повышает диагностическую надежность преимплантационного генетического скрининга (ПГС) и обеспечивает высокую частоту наступления беременности (по данным 215 циклов ЭКО-ИКСИ с ПГС)» Проблемы репродукции, 2013 г
8. D. Ioannoua, E.J. Meershoekb, A.R. Thornhill, M. Ellisd, D.K. «Multicolour interphase cytogenetics: 24 chromosome probes, 6 colours, 4 layers» Molecular and Cellular Probes, 2011
9. Tsuchiya D, Taga M. «Fluorescence in situ hybridisation for molecular cytogenetic analysis in filamentous fungi.» Methods Mol Biol, 2010
10. Munne S, Bahce M, Sandalinas M, Escudero T, Marquez C, Velilla E, et al. «Differences in chromosome susceptibility to aneuploidy and survival to first trimester.» Reprod Biomed Online, 2004
11. Verlinsky Y, Cieslak J, Evsicov S «Techniques for micromanipulation and biopsy of human gametes and preembryos. Preimplantation Genetics.» ,1991
12. Kearns WG, Pen R, Benner A, Kittai A, Widra E, Leach R. «SNP microarray genetic analyses to determine 23-chromosome ploidy, structural chromosome aberrations and genome-wide scans to identify disease risks from a single embryonic cell» Fertil Steril, 2008.
13. Harper J. C., SenGupta S. B. Preimplantation genetic diagnosis: state of the art 2011 // Human genetics. — 2012. — Т. 131, № 2. — С. 175-186.

SUMMARY**PGD / PGS BY THE FISH METHOD - A STUDY OF 24 CHROMOSOMES.
MODERN AND RATIONAL APPROACH****V.V. Ladygina, V.V. Chistyakov**Multidisciplinary medical center «Private Clinic Almaty»
Kazakhstan, Almaty

The opportunities and advantages of Fluorescence in situ hybridization FISH have been shown in this article in this researching of 24 chromosome. The question of protocol optimization with the method PGD/PGS have been discussed, taking into a count modern tendencies in reproductive genetics. The results and advantages of biopsy on the fourth day have been given.

ТҮЙІНДЕМЕ**24 хромосоманы ПГД/ПГС әдісімен FISH - зерттеу.
Заманауи және рациональды көзқарас****В.В. Ладыгина, В.В. Чистяков**«Private Clinic Almaty» көп бейінді медициналық орталығы
Қазақстан, Алматы

Мақалада 24 хромосоманы зерттеу кезінде флуоресцентті in situ гибридизациясы (FISH-Fluorescence in situ hybridization) әдісінің мүмкіндіктері және артықшылықтары көрсетілген. Репродуктивтік генетикадағы заманауи беталыстарын ескере отырып, 24 хромосоманы ПГД/ПГС әдісімен FISH - зерттеу хаттамасын оңтайландыру мәселесі талқыланады. Ұрық дамуының төртінші тәулігіндегі биопсия нәтижелері мен артықшылықтары берілген.

**КРУГЛЫЙ СТОЛ
«СУРРОГАТНОЕ МАТЕРИНСТВО И ДОНОРСТВО ПОЛОВЫХ КЛЕТОК.
НЕРЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ»**

3 ноября 2016 года г. Алматы



ПОСТ-РЕЛИЗ

VIII МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС «СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БЕСПЛОДНОГО БРАКА. ВРТ: НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ».

г. Алматы

4-5 ноября 2016 г. в Алматы прошел Международный конгресс «Современные подходы к лечению бесплодного брака. ВРТ: настоящее и будущее», организованный Казахстанской ассоциацией репродуктивной медицины (КАРМ) при поддержке конгресс-оператора «МедЭкспо».

В Казахстане частота бесплодия составляет приблизительно 12-15% (точной статистики нет – регистр бесплодия отсутствует). Ежегодно 20,5 5 тысяч супружеских пар обращаются по поводу проблемы бесплодия (заключается 160 тысяч браков в год (на 2015 г.), 20% женщин живут в гражданском браке). 40% этих пар нуждаются

в ВРТ и не менее 10% из них продолжают выезжать за рубеж для лечения от бесплодия. На 100 заключенных браков приходится по статистике 34 развода, 10% из них происходит по причине отсутствия детей. Отрадно, что в Казахстан приезжают иностранцы, чтобы получить качественное лечение и при помощи вспомогательных репродуктивных технологий, примененных специалистами нашей республики, стать родителями.

В конгрессе приняли участие профессор Фишер - пионер ЭКО, автор первого «ребенка из пробирки» в Германии (1982 г.), профессора А.И Никитин и Е.А.Калинина – авторы первых детей «из пробирки» в СССР (1986.),



президент Российской ассоциации репродукции человека проф. В.С.Корсак, президент Украинской ассоциации репродуктивной медицины профессор О.М.Юзько, вице-президент Ассоциации акушеров-гинекологов Российской Федерации, проф. В.Е.Радзинский, ректор Новосибирского медицинского университета, проф. И.О.Маринкин, руководители клиник ЭКО, профессора из Израиля Д.Фельдберг, А.Эленбоген и многие другие лидеры мировой репродуктологии.

Гостей и участников Конгресса приветствовал президент КАРМ, член-корреспондент НАН РК, главный



редактор журнала «Репродуктивная медицина», профессор Локшин В.Н., который отметил:

«Наш конгресс проходит в год 20-летия первого казахстанского ребенка, родившегося в результате программы ЭКО, проведенной в нашей стране.

В этом году конгресс собрал ведущих специалистов в области репродуктивной медицины из 16 стран мира и всех регионов Казахстана. Ежегодная конференция КАРМ стала уникальной площадкой для встреч и обмена опытом акушеров-гинекологов, репродуктологов, эмбриологов, генетиков, андрологов Казахстана с зарубежными коллегами.

За 20 лет в результате успешного применения вспомогательных-репродуктивных технологий родилось 12200 детей, а в год рождается более 2000 детей из пробирки. Сегодня у нас в стране 22 клиники, которые занимаются экстракорпоральным оплодотворением. Наш традиционный Конгресс ставит цель: создать концептуальную доктрину диагностики, лечения и профилактики бесплодия с учетом современного развития медицинской науки, определить основные организационные методические направления внедрения ВРТ, обсудить разработку нормативной базы для успешного проведения ВРТ.

Вячеслав Нотанович также обозначил основные проблемы развития ВРТ в Казахстане, такие как неразработка требований к клинике и специалистам ВРТ, проблема подготовки кадров, стандартизации специалистов, проблема страхования врачей (врачебные ошибки и пр.), а также упомянул о необходимости обязательной стандартной аттестации специалистов ВРТ, принятия этического Кодекса, унификации и возможности гармонизации в рамках ЕЭС.

Депутат Мажилиса Парламента РК Клименко И. И. приветствовал гостей и поблагодарил участников за проявленный интерес к Конгрессу: «Этот год – зна-

менателен для Казахстана – мы празднуем 25-летие независимости РК и, пользуясь случаем, я поздравляю вас, дорогие казахстанцы! За годы независимости пройден большой путь для государства, произошли глобальные перемены в разных отраслях нашей жизни. Улучшения коснулись и сферы здравоохранения, в том числе, развития вспомогательных репродуктивных технологий. В результате успешной реализации программы на свет появилось 12 200 детей. Государством для этого были созданы все условия. В первую очередь, обеспечена законодательная база, а развитие ВРТ получило правовую поддержку после выхода Закона РК «О репродуктивных правах граждан и условиях их осуществления», внесены все необходимые поправки и дополнения в Кодекс РК «О здоровье народа и системы здравоохранения», в Кодекс РК «О семье и браке». Хочу отдельно поблагодарить Казахстанскую ассоциацию репродуктивной медицины за конструктивную и активную работу!



Вторым немаловажным фактором успешного развития репродуктивных технологий в Казахстане является финансирование их государством. Только в этом году такая возможность на бесплатной основе была предоставлена более чем 850 супружеским парам. Для этого из республиканского бюджета было выделено около 600 миллионов тенге. Пациентам предоставлено право выбора клиники вне зависимости от ее формы собственности». В заключение почетный гость выразил искреннюю признательность и благодарность специалистам в области репродуктивной медицины за неоценимый труд.

Почетными грамотами и медалями «В честь 20-летия первого казахстанского ребенка «из пробирки» за большой личный вклад в развитие вспомогательных репродуктивных технологий и активное участие в развитии дружеских и профессиональных связей были награждены ведущие специалисты, которые стояли у истоков создания первых лабораторий ВРТ, с помощью которых на свет появились первые дети «из пробирки» в СССР.



В совместном пленарном заседании «ВРТ в разных странах мира» приняли участие президент КАРМ, профессор Локшин В.Н. (Казахстан), а также почетные гости: президент Российской ассоциации репродукции человека (РАРЧ) проф. Корсак В.С. (Россия), MRCOG MSc MBChB Director IVF Hammersmith Hospital Mr Stuart Lavery (Великобритания), директор Центра вспомогательной репродукции «Эмбрио» (Беларусь), директор Балтийского института репродуктивной медицины, профессор Никитин А.И. (Россия), к.м.н., директор ТОО «ИРМ» Джусубалиева Т.М. (Казахстан), руководитель отделения акушерства и гинекологии им. Хелен Шнайдер медицинского центра им. Рабина, профессор Дов Фельдберг (Израиль).

На конгрессе были рассмотрены актуальные вопросы ВРТ в секциях: «Современные проблемы мужского бесплодия», «Беременность и роды после ВРТ», «Оперативная гинекология и ВРТ», «Беременность и роды» и др. Также, в рамках конгресса, был проведен круглый стол «Суррогатное материнство и донорство половых клеток. Нерешенные проблемы», а также прошел мастер-класс

КАРМ на тему: «Контроль качества и стандартизация в лаборатории андрологии. Автоматизированный анализ изображений в лаборатории андрологии. Оптимизация процесса витрификации яйцеклеток в лаборатории ВРТ. Перспективы».

Гостям и участникам презентовали новый номер журнала «Репродуктивная медицина», которому в этом году исполнилось 7 лет.

В рамках конгресса состоялась выставка, посвященная репродуктивной медицине, с участием производителей лекарственных средств и медицинской техники, представителей центров ЭКО г. Алматы, на которой специалисты и все желающие могли получить квалифицированную консультацию врачей-фармацевтов, производителей лекарственных препаратов, врачей-репродуктологов, гинекологов по вопросам планирования семьи.

Мы благодарим спонсоров, участников и информационных партнеров конгресса за активную работу и плодотворное сотрудничество! До встречи в 2017 году!

Республика Казахстан г. Алматы
Алматы Тауэр

4 ноября 2016 г.

РЕЗОЛЮЦИЯ

VIII Международного Конгресса

«Современные подходы к лечению бесплодного брака. ВРТ: настоящее и будущее»

VIII международный конгресс «Современные подходы к лечению бесплодного брака. ВРТ: настоящее и будущее» был посвящен современным проблемам репродуктивной медицины. В работе конференции приняли участие специалисты из Казахстана, России, Украины и Кыргызстана, Франции, Бельгии, Германии, Италии, Израиля, Индии, Таджикистана. Было заслушано 63 доклада по актуальным вопросам репродуктивной медицины и ее перспективам.

На конференции выступили депутат Мажилиса Парламента Республики Казахстан И.И. Клименко, вице-министр МЗСР РК А.В. Цой, президент НАН РК академик М.Ж. Журинов, начальник Управления здравоохранения Акимата г. Алматы В.И. Ахметов и другие.

В рамках конференции были проведены мастер-классы по наиболее актуальным проблемам эмбриологии в ВРТ с участием специалистов из Японии, России, Индии, Голландии, Таиланда и Казахстана.

По доброй традиции на конференции КАРМ состоялось пленарное заседание, посвященное состоянию репродуктивной медицины в разных странах мира: России, Беларуси, Великобритании, Израиле и Казахстане. В дискуссии о развитии ВРТ приняли участие наши коллеги из стран дальнего зарубежья: Германии, Израиля, Бельгии, Таиланда, Дании, Индии, Италии, Испании.

Проблеме беременности после ЭКО было посвящено пленарное заседание, на котором выступили ведущие специалисты из России, Украины и Казахстана. Отмечено существенное влияние качества мониторинга беременности на ее исход. Беременность после ВРТ следует отнести к группе высокого риска, при этом все назначения долж-

ны осуществляться с позиций доказательной медицины.

Обсуждены вопросы, связанные с реализацией Программы МЗ РК по проведению программ ВРТ за счет средств республиканского бюджета. КАРМ дала оценку результатов 2015 года, что позволит уже в текущем году их улучшить.

Заслушав и обсудив современное состояние репродуктивного здоровья, вопросы, связанные с диагностикой, лечением и профилактикой бесплодного брака, участники отмечают, что вспомогательные репродуктивные технологии (далее - ВРТ) в Казахстане существуют 21 год. В силу известной экономической ситуации, сложившейся в стране в начале 90-х годов, при отсутствии внимания и помощи со стороны государства, становление, формирование и развитие ВРТ в стране происходило, в основном, за счет энтузиазма и при активном участии негосударственных центров. В настоящее время в стране работают 22 клиники, осуществляющих ВРТ, в том числе, пять государственных. По данным регистра в 2015 году было выполнено более 6000 циклов ВРТ. Однако большое количество выполняемых циклов не означает удовлетворения потребности населения в этом виде медицинской помощи. Такой показатель, как число циклов на 1 миллион населения еще в 2013 году в Казахстане равнялся 326, в России – 380, в Дании - 2337, в Бельгии - 2187, в Финляндии - 1721. Лечение с помощью ВРТ в нашей стране доступно еще далеко не всем нуждающимся. При этом возможности многих работающих центров ВРТ используются не в полном объеме. Имеющиеся мощности центров ВРТ Казахстана уже сегодня позволяют значительно улучшить этот показатель.





Важным достижением казахстанского здравоохранения следует считать внедрение с 2010 г. Государственной программы лечения пациентов, страдающих бесплодием методами ВРТ за счет средств республиканского бюджета. Министерство здравоохранения РК выделяет средства для проведения программ ЭКО нуждающимся в этом супружеским парам.

С 2010 г. в рамках ГОМБТ было профинансировано около 3000 программ ВРТ. В 2015 году государством будут оплачены 850 программ. Лечение пациенты получают как в государственных, так и в частных центрах, по своему выбору. При этом программы проводятся в 2 государственных и 3 частных клиниках, имеющих лучшие результаты по эффективности и большой опыт работы. Только благодаря бюджетным программам в Казахстане в 2010-2015 годах родилось около 1100 детей. Выбор клиники и врача в соответствии с принципами ЕНСЗ остается за пациентами. Благодаря этому созданы практически равные условия участия в тендерах как для частных, так и для государственных клиник. Есть хорошие перспективы для увеличения числа программ, проводимых за счет бюджетных средств.

В тоже время необходимо рассмотреть вопросы повышения эффективности проводимых программ за счет более серьезного отбора пациентов – более качественной оценки овариального резерва, состояния эндометрия и сперматогенеза. Необходима гармонизация принципов

подготовки к программам ВРТ, ведение пациентов после проведения программы с врачами ПМСП. Для повышения уровня знаний врачей-гинекологов ПМСП необходимо рекомендовать клиникам ВРТ для населения проведение школ бесплодия, лекций, выпуска информационных материалов. Такая работа в настоящее время интенсивно проводится.

Следует разработать нормативные документы по использованию размороженных эмбрионов для проведения бюджетных программ, что существенно повысит эффективность лечения при снижении реальных затрат.



Необходимо совершенствование законодательства, определяющего правила проведения программ суррогатного материнства.

Необходимо внести изменения в программы повышения квалификации акушеров-гинекологов для повышения их информированности о ВРТ.

Необходимо усовершенствовать программы обучения для специалистов центров ВРТ – акушеров-гинекологов, эмбриологов, генетиков, андрологов.

Необходимо создание перспективного регистра пациентов, страдающих бесплодием, а также Регистра ВРТ на обязательной основе участия. К проведению программ в рамках ГОБМП допускать только клиники, представляющие достоверную информацию в регистр ВРТ.

Оргкомитет конференции

Правила оформления статей

1. Журнал «Репродуктивная медицина» публикует статьи, освещающие фундаментальные и частные вопросы репродуктивной медицины.

2. Статья должна быть напечатана и представлена в редакцию и (обязательно) набрана на компьютере в любом текстовом редакторе в операционной системе Windows (перенос слов не делать), у статьи должен быть УДК.

3. Материалы должны быть напечатаны на одной стороне листа формата А4, размер шрифта – 12. Рекомендуемый объем статьи – не более 8 страниц.

Статьи в формате PDF не высылать.

4. Титульное оформление статьи:

- название статьи на русском, казахском и английском языке;
- инициалы и фамилии авторов статьи на русском, казахском и английском языке;
- наименование учреждения, в котором выполнялась работа на русском, казахском и английском языке;
- статью предваряет аннотация (резюме) объемом не более 100 слов. Здесь должны быть изложены цели исследования, приведены основные результаты на русском, казахском и английском языке.
- к каждой статье должен быть приложен список ключевых слов на русском, казахском и английском языке.

5. Текст статьи, содержащий результаты собственных наблюдений, исследований и экспериментов, обычно делится на разделы: введение, материалы, методы, результаты, обсуждения, выводы.

6. В целях эффективного взаимодействия с редакцией журнала, необходимо сообщить информацию об авторе (фамилия, имя и отчество, адрес, телефон, e-mail). Статья должна быть тщательно выверена автором.

7. Математические и химические формулы должны быть написаны очень четко. С указанием на полях букв алфавита (русский, латинский, греческий), а также прописных и строчных букв, показателей степени, индексов, букв или цифр, когда это неясно из текста.

8. Таблицы должны быть компактными, иметь название, текст статей должен содержать ссылку на таблицу. Цифры в ней не должны расходиться с цифрами в тексте. Обязательна статистическая обработка со ссылкой на рассчитываемые коэффициенты.

9. К статье может быть приложено минимальное количество рисунков, необходимых для понимания текста. Рисунки должны быть представлены на электронном носителе (CD, USB-накопитель) в любом графическом редакторе (PSD, Tiff, AI, JPEG) и в распечатанном виде. Рисунки должны быть четкими, легко воспроизводимыми и не содержать текстовых надписей и обозначений, которые можно поместить в текст или подрисовочные подписи. В тексте статьи должна быть ссылка на каждый рисунок. Микрофотографии, фотографии и рентгенограммы должны быть размером 6х9 см и хорошего качества (не менее 250 dpi).

10. К статье необходимо приложить список всей цитируемой литературы. Библиографические ссылки в тексте статьи должны даваться в квадратных скобках цифрами в соответствии с приставленным списком литературы. Список литературы должен быть составлен следующим образом: фамилия и инициалы автора, название журнала, год, том, вып., стр. (название статей не дается). Пример: Серов В.В. Клин. Геронол. 1995; 1:3-5; Ringold A., Davanger M. Brit.J. Ophthal. 1981; 65:138-141. Кроме того список должен быть приведен в латинской транслитерации.

11. Для книг и сборников необходимо указать точные заглавия по титульному листу, место и год издания. В список литературы не включаются неопубликованные работы (за исключением препринтов) и ссылки на учебники.

12. Материалы, содержащие специальную информацию о лекарственных препаратах, публикуются на правах рекламы, согласованно с фирмой-производителем.

13. Направление в редакцию работ, которые уже были посланы в другие редакции или изданы в них, не допускается.

14. Редакция оставляет за собой право вносить стилистические изменения, включая названия статей, термины и определения.



24-я КАЗАХСТАНСКАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ

ВЫСТАВКА "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ"



17-19 мая 2017

Казахстан, Алматы, КЦДС "Атакент"

www.kihe.kz

ОРГАНИЗАТОРЫ



ITE Group Plc
Тел.: +38 044 496 86 45 (ext. 278)
Моб.: +38 068 361 00 20
E-mail: l.denisjuk@pe.com.ua



Itessa (Алматы, Казахстан)
Тел.: +7 727 2583434,
Факс: +7 727 2583444,
E-mail: healthcare@itessa.kz



ITE GERMANY

GIMA (Гамбург, Германия)
Тел.: +49 40 23524 335
Факс: +49 40 23524 410
E-mail: limbach@gima.de



EUF (Стамбул, Турция)
Тел.: +90 212 291 83 10 / 202
Факс: +90 212 240 43 81
E-mail: kerim.arslan@ite-turkey.com





ASTANA ZDOROVIE

14-я Казахстанская Международная

ВЫСТАВКА по ЗДРАВООХРАНЕНИЮ



23-25 августа 2017

Казахстан, Астана, Выставочный Центр "Корме"

www.astanazdorovie.kz

Организаторы:



Итеса (Астана):
Тел: +7 (7172) 580255/ 580455
E-mail: zdorovie@itesta.kz; Контактное лицо: Евгения Гусак





РОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС ЛАБОРАТОРНОЙ МЕДИЦИНЫ

11 -13 ОКТЯБРЯ | МОСКВА | ВДНХ | ПАВИЛЬОН 75

III Российский конгресс лабораторной медицины –
междисциплинарная площадка для общения
медицинского сообщества

www.congress.fedlab.ru

8000 СЛУШАТЕЛЕЙ

БОЛЕЕ 200 ДОКЛАДЧИКОВ
российских и иностранных

БОЛЕЕ 150 КОМПАНИЙ-УЧАСТНИКОВ –
ведущих российских и зарубежных производителей и поставщиков
лабораторного оборудования и расходных материалов

50 НАУЧНЫХ СЕКЦИЙ

КОНФЕРЕНЦИИ:

- «День сепсиса»;
- «Клиническая и санитарная микробиология»;
- «Бактериофаги для дезинфекции»;
- «Клиническая цитология»;
- «Лабораторная диагностика в эндокринологии»;
- «Гемостаз: вчера, сегодня, завтра»;
- «Лабораторная служба в условиях реформирования».

ШКОЛА ПО ПРЕАНАЛИТИКЕ ДЛЯ СМП

II МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

«Аутоиммунные и иммунодефицитные заболевания»

III МЕЖДУНАРОДНАЯ ВЫСТАВКА «ЛАБОРАТОРНЫЙ ГОРОД»:

«Выставка достижений лабораторного хозяйства (ВДЛХ)»

ПОСТЕРНАЯ ЗОНА

ДЕНЬ КИТАЯ:

Секция «РОССИЯ – КИТАЙ:

обмен опытом организации лабораторного обследования»
и культурная программа «Китай – родина чая, цирка и пороха».

ПРЕМИЯ В ОБЛАСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ МЕДИЦИНЫ ИМ. В.В. МЕНЬШИКОВА

ГАЛЕРЕЯ ART LAB – специальные арт-зоны (музей, художественные выставки).

ФОТОВЫСТАВКА по номинациям: «Лабораторный город и его жители»,
«Китай глазами российских лабораторных работников», сэлфи.

МУЗЫКА И ИСКУССТВО – «Джаз в городе»

КОНКУРС ДЛЯ ЖУРНАЛИСТОВ «СПЕКТР»

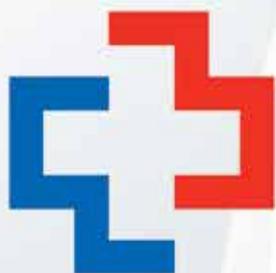


ОРГКОМИТЕТ КОНГРЕССА

Тел.: +7 (499) 348-21-06, +7 (968) 086-95-53.

congress@fedlab.ru

www.congress.fedlab.ru



РОССИЙСКАЯ НЕДЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ RUSSIAN HEALTH CARE WEEK

4–8 декабря 2017



За здоровую жизнь

VIII Международный форум по профилактике
неинфекционных заболеваний и формированию
здорового образа жизни



Здравоохранение

27-я международная выставка
«Здравоохранение, медицинская техника
и лекарственные препараты»



Здоровый образ жизни

11-я международная выставка «Средства
реабилитации и профилактики, эстетическая
медицина, оздоровительные технологии
и товары для здорового образа жизни»



www.rnz-expo.ru

www.zdravo-expo.ru

www.health-expo.ru

12+
Реклама



Организаторы:

- Государственная Дума ФС РФ
- Министерство здравоохранения РФ
- АО «Экспоцентр»

При поддержке:

- Совета Федерации ФС РФ
- Министерства промышленности и торговли РФ
- Правительства Москвы
- Российской академии наук
- Торгово-промышленной палаты РФ
- Всемирной организации здравоохранения

 **ЭКСПОЦЕНТР**



IX МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС **KAPM-2017**

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БЕСПЛОДИЯ.
BPT: НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ

10-11 НОЯБРЯ АСТАНА

ОТЕЛЬ RADISSON



ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ КОНГРЕССА:

- Бесплодие. Современные принципы диагностики и лечения
- Организационные аспекты развития вспомогательных репродуктивных технологий. Государственная поддержка
- Беременность и роды. Состояние детей после BPT. Безопасное материнство
- Андрология. Диагностика и лечение мужского бесплодия, роль BPT
- Преимплантационная генетическая диагностика
- Криоконсервация и хранение репродуктивного материала. Донорство гамет и эмбрионов. Суррогатное материнство
- Репродуктивная эндокринология. Подготовка к программам BPT
- Эндовидеохирургия в репродуктологии

+7 (727) 250 00 11 | +7 (776) 250 05 57
karm@medexpo.kz | www.karm.kz
www.repromed.kz | www.medmedia.kz

Организатор:



Конгресс-оператор:



Партнер:



Информационный партнер:



Верное направление.



MedExpert

МедЭксперт предлагает своим клиентам широкий спектр услуг в области лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности, регистрации и сертификации лекарственных средств, медицинской техники и изделий медицинского назначения, переводов специализированных фармацевтических и медицинских текстов, их нотариального заверения и апостилирования, регистрации торговых знаков и знаков обслуживания, получения разрешения на ввоз и таможенной очистки медицинской и фармацевтической продукции.

Команда наших специалистов уже 12 лет обеспечивает вас стабильной поддержкой для уверенного и успешного роста в бурно развивающемся медицинском рынке Казахстана и Центральной Азии.

Казахстан | Россия | Киргизия | Узбекистан | Таджикистан
Туркменистан | Армения | Азербайджан | Грузия
Украина | Беларусь

ТОО «МедЭксперт»

Республика Казахстан, 050012
г. Алматы, ул. Байтурсынова, 79
Тел: +7 (727) 250 00 11
Моб: +7 (776) 250 00 11
info@medexpert.kz
www.medexpert.kz

www.medexpert.kz



CERT NO.: 12 100 52746 TMS
ISO 9001:2015

©2016 ТОО «МедЭксперт Казахстан», ТОО «МедЭксперт»,
ТОО «МедТранслейт», ТОО «МедМедиа Казахстан» и ТОО «МедЛоджистикс». Все права защищены.

ЭСМИЯ®

Улипристала ацетат, 5 мг



ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ



ГЕДЕОН РИХТЕР

корешок