

ЧАСТ ВТОРА

СПЕЦИФИЧНИ ПРОБЛЕМИ НА БИОЕТИКАТА

Глава 9

РЕПРОДУКТИВНА ЕТИКА

Развитието на науката навлезе много решително и в най-интимната човешка сфера, свързана със сексуалните взаимоотношения и създаването на нов живот. Заедно с това медицинската професия се изправи пред нови, сложни за решаване, а понякога и непредвидими морални проблеми, които могат да се разгледат в две направления:

1. Етични проблеми, свързани с възпрепятстване или ограничаване на забременяването:

- контрацепция
- стерилизация
- прекъсване на бременността (аборт)

2. Етични проблеми, свързани със стерилитета и асистираната репродукция:

- изкуствено осеменяване
- оплождане in-vitro
- вътреклетъчно спермално инжектиране (ICSI)
- сурогатна майка

Контрацепция

Контрацептивните средства и етичните аспекти на прилагането им привличат по-ограничено внимание в сравнение със стерилизацията и аборта.

Етичните аспекти на контрацепцията могат да се разгледат в няколко направления:

1. Религиозни влияния. Отношението към контрацепцията варира при различните религии. Абсолютно либерално отношение



не се наблюдава при никоя религия, но протестанството, хиндуизма и будизма допускат семейно планиране. В исляма контрацепцията е оправдана по здравословни и икономически причини. Католицизмът категорично забранява изкуствената контрацепция.

2. **Медицински проблеми**, свързани с подбора на най-подходящите за конкретното лице контрацептивни средства и избягването на нежелани странични ефекти.
3. **Етични проблеми при изписване на контрацептиви на некомпетентни пациенти (непълнолетни или психично болни)**. При непълнолетните пациентки, желаещи да им се предпише контрацептив, е налице конфликт между задължението за запазване на професионалната тайна и изискванията за информирано съгласие при непълнолетни. При психично болните пациентки проблем е подборът на подходящо средство и невъзможността за получаване на валидно информирано съгласие от самите тях. Във връзка с това се обсъжда приложението на депо контрацептивни препарати.

В официалното становище на СМА *се подкрепя правото на всяка жена на информация за семейното планиране независимо от националност, убеждения, раса, религия и социално-икономически статус. Ролята на семейното планиране и сигурния достъп до подходящи методи е признат в 5^{тата} цел за развитието през хилядолетието като главен фактор в промоцията на майчино и детско здраве [306].*

Стерилизация

Стерилизацията е хирургичен метод на контрацепция с голям процент необратимост, поради което тук са налице **по-особени етични проблеми**:

1. За разлика от контрацепцията, необратимостта на намесата при стерилизиране изисква с още по-голяма сила съблюдаването на изискванията за **адекватно и пълно информиране** на лицето, което желае да бъде стерилизирано, преди да се получи неговото свободно съгласие.



2. Стерилизацията е **напълно неприемлива при психически болни лица**, които са лишени от психическа годност свободно да изразяват волята си. Аргументите, че при психично болни с подчертана наследствена обремененост, стерилизацията е средство да се предотврати предаването на болестната заложба в поколението, въпреки своята привидна рационалност, пораждаат асоциация с престъпленията на нацизма. Недопустимо е такива аргументи да са основание за принудителна стерилизация.
3. Стерилизацията е **етично и правно оправдана само по медицински съображения**: за запазване на здравето; като необходим компонент на друга неотложна медицинска намеса; когато лицето счита, че е изпълнило планираната репродукция.

Все още е ограничен броят на страните в Европа, които са създали специален **законов регламент за стерилизация**. Това отразява трудностите и противоречията в социалните нагласи към стерилизацията като метод за контрол на раждаемостта. Резервите, породени от нацистките злоупотреби, спъват развитието на либералните тенденции, основани върху индивидуалното право на решение за стерилизация. Според законовата уредба за стерилизацията европейските страни могат да се разделят на няколко **групи**:

- **Страни, в които стерилизацията с цел контрацепция е разрешена и няма допълнителни изисквания за съгласие от друга страна (освен пациента) или за брой вече родени деца** – Великобритания, Германия, Италия, Испания, Холандия, Люксембург.
- **Страни, в които стерилизацията с цел контрацепция е разрешена, но има допълнителни изисквания за съгласие от друга страна, възраст и/или брой вече родени деца** – Австрия, Дания, Португалия, Финландия, Швеция, Чехия, Унгария. В *Австрия, Дания, Португалия* доброволна стерилизация се разрешава на лица, навършили 25 години след мнение на специално упълномощена комисия. Във *Финландия* доброволна стерилизация се разрешава на лица над 30 години или с повече от 3 родени деца; стерилизация по евгенични или социално-икономически причини трябва да бъде одобрена от специално упълномощена комисия. В *Швеция* законът разрешава стерили-



лизация на лица над 25 години свободно, а под тази възраст – само с разрешение на специална комисия. В *Чехия* законът позволява стерилизация над 35 години и родени повече от 3 деца. В *Унгария* законът е най-пъстър на изисквания – стерилизацията е разрешена при лица над 40 години или над 35 години с повече от 3 родени деца или над 30 години с повече от 4 родени деца; задължително е информирането на партньора.

- **Страни с неясно законодателство** – Белгия, Гърция, Ирландия, Малта, Монако, Полша [112].

В *България* няма нормативно уреждане на въпроса за стерилизацията, което означава, че извършването на нетерапевтична стерилизация, дори със съгласието на пациента, може да се тълкува като непозволено увреждане – тежка телесна повреда – причиняване на детеродна неспособност [20].

Аборт

Проблемът за аборта представлява един от най-големите морални дебати на нашата епоха. Допустимостта на аборта е била спорен въпрос на цялата човешка история и той се е решавал в зависимост от моралните, религиозни и социално-икономически условия на различните общества.

При народите от *Древния изток* абортът е прилаган основно по *икономически индикации* – при война, бедствия, глад. *Аристотел* го е препоръчвал в случаи на неосигурено съществуване на гражданите – *социални индикации*. *Саран Ефрейски* в своето съчинение „Женските болести” го е допускал само в интерес на запазване живота на майката – *медицински индикации*.

В *клетвата на Хипократ* е посочена недопустимостта на извършване на аборт от лекар или помощта му в тази насока: „*Няма да препоръчам на никоя жена песарий, за да предизвикам аборт*”.

По-късно в *Римската империя* каноническото право е преследвало изкуствените аборти като детеубийство; по подобен начин е третиран абортът и през *Средните векове*.

Дискусията „за” и „против” аборта е обвързана с дискусията около моралния статус на човешкия ембрион. Разграничават се



следните *теории за моралния статус на човешкия ембрион* (Личност ли е човешкия ембрион?):

1. Концепционална теория (conception – зачеване) – човешкият ембрион е личност от момента на зачеването. Съществуват две различни линии на аргументация на тази теория:

- **Биологична аргументация** – от биологична гледна точка в оплодената яйцеклетка се съдържа цялата информация на зрелия индивид; търсенето на друг момент в развитието ѝ, който да превърне ембриона в човек е изкуствено.
- **Религиозна аргументация** – Бог определя дали яйцеклетката да бъде оплодена или не. Ако това се случи, следователно Бог е пожелал да създаде ново и уникално човешко същество, което като всички останали има уникална връзка с Него. Животът на всяко човешко същество е ценен сам по себе си и намесата във взаимоотношенията между Бог и човек е морално недопустима.

2. Теория за постепенното развитие на ембриона. Според тази теория моралният статус на ембриона нараства успоредно с развитието му. Следователно, важен е въпроса в кой точно момент човешкият ембрион се превръща в завършена личност. Доминираща е теорията за „*раждането на мозъка*”, според която не може да се приема за човешко същество онова, което е преди появата на мозъчната тъкан и функции. Това става *22 гестационна седмица* от развитието на плода, когато неокортексът започва да произвежда електрически вълни, улавяни от ЕЕГ [132].

Теориите за моралния статус на човешкия ембрион са в основата на *три основни позиции в дебата около допустимостта на аборта*:

1. Pro-life позиция (в подкрепа на живота на ембриона). Привържениците на тази позиция разглеждат аборта като морално недопустим. Според тях човешкият ембрион е личност от момента на оплождането (концепционална теория) и следователно абортът е равносilen на убийство. Централна норма в тази позиция е уважението към човешкия живот. Съществуват различни течения в самата pro-life позиция:



- **Крайно течение** – никога при никакви обстоятелства абортът не е морално оправдан, дори и при заплахата за живота на бременната. След като човешкият живот е необходима предпоставка за всички останали ценности, той трябва да бъде уважаван безпрекословно. Тук се причисляват и различните религии със специфичната им аргументация.
- **Умерено течение** – абортът е допустим единствено при заплахата за живота на бременната. Аргументацията е аналогична с приемането на убийство в ситуация на защита на собствения живот.

2. **Pro-choice позиция** (в подкрепа на автономния избор на бременната). Според привържениците на тази позиция съществува асиметрия между моралния статус на бременната и на човешкия ембрион; на бременната се гледа като на завършена личност и абортът е морално допустим, ако изборът ѝ е автономен. Централна норма в тази позиция е уважението на автономността. И тук съществуват различни течения в самата pro-choice позиция:

- **Крайно течение** – автономното решение на бременната трябва да бъде уважено независимо от мотивите ѝ за него.
- **Умерено течение** – автономното решение на бременната може да бъде уважено само ако мотивите ѝ са сериозни.

3. **Междинна позиция.** Преценката на моралната допустимост на аборта зависи от конкретните обстоятелства. Под внимание се вземат мотивите на бременната (за сериозни се считат тежка генетична аномалия на плода; бременност, настъпила в резултат на изнасилване или въпреки употребата на контрацептиви; реална перспектива за отхвърляне на детето от страна на майката след раждането) и срока на бременността. В основата на тази позиция лежи теорията за постепенното развитие на ембриона. Следователно, ако бременността е преди 22-ра гестационна седмица и мотивите на бременната са сериозни, абортът е морално допустим [132].

Върху формирането на т. нар. **абортно право** оказват влияние многобройни психологични, религиозни, демографски, социологически и други съображения [24]. Понастоящем 1/4 от населението на света живее в страни, където абортът е забранен или е разрешен само, когато трябва да се спаси животът на бременната.



По-голямата част от държавите в Европа разрешават аборта по желание на жената до 12 г.с. В Ирландия аборт може да се извърши само при заплаха за живота на бременната. В Португалия и Испания освен при заплаха за живота на жената аборт се допуска и за запазване на физическото и психическото ѝ здраве. Във Великобритания и Финландия аборт се допуска и по социални и икономически причини.

В **България** режимът на изкуствено прекъсване на бременността по желание премина от етап на либерализация съгласно Инструкцията от 1956 г. до пълно ограничаване на извършването на аборт от всички жени, които нямат повече от две живи деца, въведено с Инструкцията за изкуствено прекъсване на бременността от 1973 г. През 1974 г. е направено изменение в Инструкцията по отношение на неомъжените, вдовиците и жените над 40-годишна възраст. Пълна либерализация се постига с *Наредба № 2 за условията и реда за изкуствено прекъсване на бременността от 1990 г.* [27]. Аборт по желание по реда на тази Наредба може да извърши всяка бременна жена, която няма медицински противопоказания за аборт, при срок на бременността до 12 г.с., само в здравно заведение. Аборт, извършен в нарушение на разпоредбите на Наредбата, е криминален и за това се носи наказателна отговорност. При съмнение за извършен криминален аборт в срок от 24 часа се уведомяват съответната прокуратура и МВР. От бременната се събират данни в присъствието на двама медицински специалисти; вписват се всички данни от прегледа и се подписват от специалистите и пациентката. При срок на бременността над 12 г.с., но не повече от 20 г.с. аборт може да се извърши само по медицински показания въз основа на решение на специална лекарска комисия. Ако причината е вродена аномалия на плода, задължително в състава на комисията се включва специалист по генетика.

Световната Медицинска Асоциация прокламира зачитането на човешкия живот от самото му начало. Решаването на възникнали конфликти между жизнените интереси на майката и плода трябва да става според конкретната социална практика. *Ако лекарят смята, че неговите убеждения не му позволяват да даде съвет или да извърши самия аборт, той трябва да се оттегли, но*

след като гарантира продължаването на медицинските грижи от квалифициран колега [301].

Предварително определяне на пола на плода

В някои общества, като Китай, Индия и др., се предпочитат мъжките новородени. Те се приемат като продължение на семейното родословие и подсигуряване за стари години. Новородените от женски пол, от друга страна, са тежест за семейството [120]. В съответствие с тези аргументи в някои страни се практикува пренатално определяне на пола на плода с цел отказ от женските фетуси чрез аборт. Като основен аргумент в полза на тази практика се изтъква „по-малкото зло“, т.е. предотвратяване на инфантициди.

В западните общества предварителното определяне на пола най-често се дискутира в рамките на преимплантационна генетична диагностика и е за целите на т.нар. **семеино балансиране** – даване възможност на двойки с няколко деца от един и същи пол да имат дете и от другия пол. Един от най-изявените привърженици на предварително определяне на пола за целите на семейно-то балансиране е Guido Pennings [215]. Според него:

- Семейното балансиране се приема интуитивно от по-голямата част от популацията.
- Отглеждането на деца от двата пола обогатява по различен начин.
- Двойки, които вече имат няколко деца от един и същи пол не действат против природата, а напротив, желаейки приложение на техниките за предварително определяне на пола, „поправят“ грешката на природата.
- Желанието да се изпита отглеждането и възпитанието на деца от двата пола не е сексистко по същността си, ако се приложи в рамките на семейното балансиране, тъй като родителите не избират дете от определен пол, а дете от противоположния на вече наличния пол.

Изтъквани аргументи против предварителното определяне на пола на плода са:

1. Недопустимо е да се прилага медицински метод за немедицински цели.

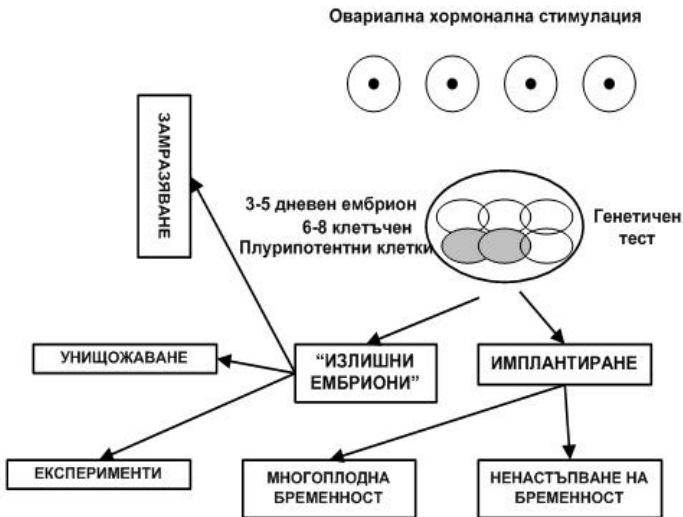
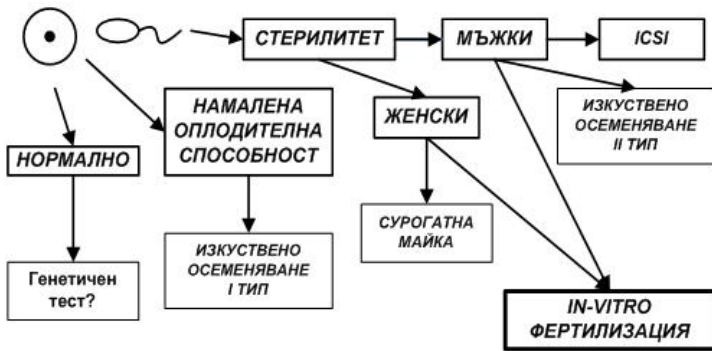


2. Желанието за дете от определен пол е прищявка.
3. При масово прилагане на такава практика би се стигнало до изкривяване на естественото съотношение между половете.
4. Невъзможност да се подсури равен достъп до такава скъпа технология.
5. Неяснота в термина „семеино балансиране“. Колко пъти бихме позволили на родителите да се възползват от техниките за предварително определяне на пола, за да се постигне „пълнен баланс“?
6. Отнемане на ресурси от двойки, чакащи ин-витро фертилизация.
7. Какво да правим с ембрионите от нежелания пол?
8. Аргумент на „наклонената плоскост“. Ако днес приемем за морално допустимо приложението на преимплантационната диагностика за определяне на пола, докъде ще стигнем с постепенното разкриване на все повече генетични маркери за състояния, които не са животозастрашаващи, но са социално нежелани като затлъстяване, хомосексуализъм и др. Наличието на пренатални тестове за тези състояния ще увеличи неизменно натоварването при бременност и ще стигматизира тези, които имат въпросните състояния [284].

На прага сме на ера, в която родителите ще имат технологични възможности да моделират все повече децата си. Колко далеч възнамеряваме да стигнем в преодоляване на границите, наложени от природата и удовлетворяването на предпочитанията ни?

Асистирана репродукция

Желанието на човек да се възпроизвежда е водещ биологичен и социален феномен. Безплодието може да се дължи на първичен или вторичен стерилитет и да бъде свързано както с жената, така и с мъжа, а в около 25% от случаите причините не могат да бъдат установени.



Фиг. 4 Етични проблеми, съгответстващи репродукцията



При неспособност за зачеване на дете по естествен път се прибягва до новите репродуктивни технологии (фиг. 4):

- изкуствено осеменяване,
- in-vitro фертилизация,
- вътреклетъчно спермално инжектиране (ICSI),
- сурогатна майка.

Бързата еволюция и прогрес на тези технологии разкри редица етични проблеми, най-фундаменталният, от които е дали изобщо трябва да бъдат прилагани, т. е. **съществува ли изконно право на всяко човешко същество да се възпроизвежда**. Очевидно обществените нагласи отговарят положително на този въпрос, тъй като не само, че непрекъснато се работи по усъвършенстването на новите репродуктивни технологии, но и се поставя въпроса за покриването им от здравно-осигурителните фондове.

Нормално настъпилата бременност също не е лишена от етични дилеми. Множество етични проблеми поражда **генетичното тестване**. Кои индикации са достатъчно сериозни, за да балансираат риска от спонтанен аборт? Ако генетичният тест е положителен, какво можем да предложим на двойката? Аборт? Това лечение ли е? Кога е оправдан селективния аборт? Традиционното морално оправдание за селективния аборт е предотвратяването на тежко страдание, дължащо се на генетично разстройство; страдание не само за засегнатото дете, но и за родителите и другите членове на семейството [97]. Кога е оправдано заедно с теста за генетични аномалии да се определя и пола на ембриона?

Изкуствено осеменяване

При намалена, но не липсваща оплодителна способност, първо средство на избор е **изкуствено осеменяване от първи тип** (със сперма на съпруга). Този метод е известен преди повече от 100 години, но започва да се използва широко едва през последните десетилетия [116]. Изкуственото осеменяване се състои във въвеждане във влагалището на жената по изкуствен път на генети-

чен материал; самото оплождане обаче става в тялото на жената in-vivo.

Първият тип осеменяване не е свързан с особени последици в правно, психологично или етично отношение. Възраженията срещу процедурата са от религиозно естество. Поставя ги католическата църква, която от една страна не приема мастурбацията като метод за добиване на генетичния материал и от друга, защитава възгледа, че създаването на нов живот е свято тайнство, достъпно само при телесно общуване на брачната двойка [194].

При пълна липса на оплодителна способност от страна на мъжа може да се пристъпи към *изкуствено осеменяване от втори тип* (с донорска сперма). В този случай възникват доста етични проблеми:

1. В брачната двойка се намесва трети човек (донорът).
2. Възниква асиметрия в семейството – детето е генетичен наследник само на майката.
3. Възможно е детето да притежава някои качества на донора, които бащата от семейството да не приема.
4. Конфликт между правото на донора на анонимност и правото на всеки човек да знае кои са биологичните му родители. В някои Европейски страни бяха приети закони, отменящи гарантираната анонимност на донорите на сперма и даващи право на детето да получи информация за генетичния си родител след навършване на 18-годишна възраст (Великобритания, Германия, Дания, Холандия, Финландия). В други страни все още се гарантира анонимност на донора (Белгия, Гърция, Испания, Русия, Украйна, Чехия), като в някои случаи семейната двойка получава само най-обща информация за неговия фенотип.
5. Проблема за броя на осеменяванията от един донор, тъй като се създава някаква минимална вероятност от кръвосмесителни контакти между потомството.
6. Съвременната техника за замразяване откри широка възможност за съхраняване жизнеспособността на спермената течност и създаване на спермени банки, замразяване на ем-



бриони и овариална тъкан. Морално допустимо ли е използване на сперматозоиди на лица след смъртта им?

7. Кои са морално допустимите критерии за подбор на донорите?

Страните-членки на Европейския съюз имат сходно законодателство по отношение на репродуктивните технологии. Приложение на **изкуствено оплождане след смъртта на донора не се допуска**. Изключение правят Белгия и Великобритания. Във Великобритания обаче се изисква изразено приживе съгласие на донора за оплождане с неговия материал след смъртта му. През 1997 г. година нашумява **случая на Diane Blood**, 32-годишна вдовица, която подава искане до британската съдебна система да ѝ бъде разрешено оплождане със спермата на починалия ѝ съпруг. Stephen Blood се разболява от менингит и изпада в кома през 1995 г., два месеца след сключване на брак с Diane. По нейна молба две проби сперма са взети от съпруга ѝ, но той не успява да даде съгласие за оплождането. Съдът разрешава на Diane да изнесе замразената сперма като стока и да извърши оплождането в друга страна-членка на ЕС, което тя успешно прави в Белгия. На 11 декември 1998 г. тя ражда първия си син Лиам, а на 17 юли 2002 г. ражда втория си син Джоел отново заченат със замразената сперма от починалия ѝ съпруг [153].

У нас **Наредба 12 за изкуственото оплождане на жените** [26] урежда реда и условията за извършване на изкуствено оплождане с цел настъпване на желана бременност. В Наредбата са уредени и двата типа изкуствено осеменяване. Поставят се **определени изисквания по отношение на донорите**: дарители могат да бъдат само български граждани; възраст между 18 и 40 години; физически и психически здрави; наследствено необременени.

С цел да бъде сведена до минимум вероятността от бъдещи кръвосмешения между неизвестни братя и сестри, родени в резултат на изкуствено оплождане от един и същи дарител, е предвидено:

- Даване на генетичен материал от един дарител само в едно здравно заведение; дареният материал може да се използва най-много за три ефективни оплождания. За целта за-

дължително дарителите се картотекират в кабинетите за борба със стерилитета.

- Лекарите, извършващи изкуственото осеменяване са длъжни да вземат всички мерки за запазване тайната на оплождането и носят отговорност за нейното нарушаване. Дарителят не бива да знае съдбата на дарената спермена течност и резултатите от съответните процедури.

ICSI (вътреклетъчно спермално инжектиране)

Когато обаче двойката държи на *биологично бащинство*, изкуственото осеменяване от втори тип не е удовлетворяващо решение. За такива случаи алтернатива е **ICSI** (вътреклетъчно спермално инжектиране). Технологията се практикува едва от 1993 г. [107]. Липсата на достатъчно опит води и до етични въпроси като: Знаем ли достатъчно за естествената репродукция? Ако природата е “решила” един индивид да няма поколение, дали това не е механизъм за защита срещу определени характеристики, един вид естествен подбор? Какъв е рискът от малформации в поколението предвид на факта, че при нормалното сливане с яйцеклетката опашката на сперматозоида остава отвън, докато при ICSI тя няма как да се отдели изкуствено? Ако бащата е с тежък стерилитет има голяма вероятност гените, отговорни за това състояние, да бъдат пренесени в потомството. Етично допустимо ли е това?

In-vitro фертилизация

При женски стерилитет традиционно първо средство на избор е in-vitro фертилизацията. Методът се прилага и при мъжки стерилитет, когато сперматозоидите не са увредени в такава степен, че да не могат да се придвижат и слоят с яйцеклетката при изкуствени условия. За първи път през 1960 г. италианският учен Даниел Петручи е успял да отгледа в продължение на цял месец жив човешки ембрион извън тялото на майката. Първото бебе, дошло на бял свят след оплождане на овоцит в епруветка, е Луиза Браун, родена през 1978 г. в САЩ. Автори на експеримента са Роберт Едвартс и Патрик Стрептоуз.



Технически процедурата се свежда до следното: Лекарят отделя яйцеклетките от яйчника (предварително жената преминава цикъл на хормонална яйчникова стимулация) чрез лапароскопия. Яйцеклетката бива „посадена” върху лабораторна среда заедно със спермена течност за оплождане. След няколко деления на оплодената яйцеклетка, лекарят я въвежда в матката на жената или на друга жена в подходящ хормонален цикъл. При подходящо създадени условия имплантацията и развитието на плода завършват с раждане на детето по естествен път.

Новият метод поражда сериозна дискусия, в която се кръстосват научно-технически, биомедицински, етични, правни, религиозни, социално-политически съображения. In-vitro фертилизацията получи одобрение в целия свят, освен официалната позиция на Римо-Католическата църква, според която оплождането извън майчината утроба е абсолютно забранено. Ислямската религия пък допуска изкуствено осеменяване и in-vitro фертилизация само със сперма от съпруга, но не и от друг донор [120]. Светската власт защитава неприкосновеното право на личността за собствен избор. Всички техники за преодоляване на стерилитета в семейството, имат своето оправдание, защото тяхната цел е реализирането на човешката природа.

Преди да разгледаме етичните проблеми в различните етапи на in-vitro фертилизацията, редно е да отбележим, че процедурата е добила огромна популярност, независимо от ниската си успеваемост – нисък „take baby home rate” – едва около 30% [96]. Този факт поставя въпроса за справедливостта в съревнованието за оскъдни здравни ресурси с процедури с много по-висока успеваемост. От не по-малко значение са и психологичните промени, възникващи у жената след неуспешна in-vitro фертилизация. Наблюдават се депресивни кризи у 80-95% от жените, пристъпили към този метод и претърпели неуспех. Понякога настъпва емоционално-психична изолация, поради насилствения порив у жената „да има дете на всяка цена”.

Неизбежната овариална хиперстимулация поставя въпроса за канцерогенния риск при пациентките в сравнение с общата популация. След преминаването на необходимата степен на делене

готовите за имплантиране ембриони се подлагат на генетични тестове (*преимплантационна диагностика*). Изтъкват се множество аргументи против преимплантационната диагностика като: ниската надеждност на теста и бремето на един фалшиво отрицателен резултат; допълнителната загуба на ембриони; неизвестните рискове за бъдещия индивид; създаването на нереалистична представа сред пациентите за „гарантирано здрав ембрион”, когато всъщност тестовете са към няколко най-тежки и с известна генна локализация заболявания; риска от увреждане на бъдещото развитие на ембриона в резултат на отделянето на клетките за генетично тестване и др. [97].

Дискутират се и *макроетични съображения*: Широкото приложение на преимплантационната диагностика не би ли довело до социална дискриминация на хората с генетични разстройства? Няма ли опасност за оказване на директен или индиректен натиск върху бъдещите родители за получаване на съгласието им за преимплантационна диагностика? [239]. И макар че преимплантационната диагностика поражда редица етични проблеми, тя очевидно предлага и конкретно решение за двойки със значителен генетичен риск за поколението. Не бива да се забравя и че двойките пристъпващи към *in-vitro* фертилизация в резултат на продължителното изследване на инфертилитета са често в по-напреднала възраст. Това от една страна е свързано с повишен риск от генетични аномалии. От друга страна, шансовете изобщо за успех на имплантирането са по-големи при здрави ембриони [203].

За увеличаване на вероятността за успешно имплантиране обикновено *се въвеждат няколко ембриона* (някои клиници практикуват въвеждане на 4 и повече ембриона). Това води със себе си по-голяма честота на многоплодни бременности, високи коефициенти на майчина и детска смъртност, по-често преждевременно раждане на недоносени деца [107]. Двойката може и да не желае всички ембриони и да постави въпроса за селективен аборт на някои от плодовете (редукция на ембрионите). Това пък от една страна е обвързано с риск от предизвикване на спонтанен аборт и обезсмисляне на цялата процедура до момента. Проблем, който също не бива да се пренебрегва, е и моралността



на изискването от медицинските професионалисти да употребят знанията и уменията си (и ограничените ресурси на системата) за унищожаване на здрави плодове.

При успешна имплантация и настъпване на бременност се изправяме и пред един от най-обсъжданите проблеми във връзка с *in-vitro* фертилизацията – *съдбата на „излишните ембриони“*, които сме създали „за всеки случай“, ако се наложат следващи опити. Възможните линии на поведение са:

1. *Замразяване.* Първото дете, създадено от замразен ембрион е родено през 1983 г. и се нарича Зое. Замразяването не е дефинитивно решение, тъй като рано или късно отново ще се изправим пред въпроса какво да правим със замразените ембриони. Колко дълго да съхраняваме замразените ембриони? Ако те не се използват от двойката генетични родители, могат ли да се предоставят на друга двойка? Какво влияние оказва замразяването върху бъдещия индивид? Различни ли са шансовете за успех на *in-vitro* фертилизацията при използване на пресни ембриони и на размразени ембриони? По-високи ли са рисковете за децата, развили се от размразени ембриони? Какво е усещането да имаш замразен брат или сестра?
2. *Унищожаване.* Част от ембрионите могат да загинат още при процеса на замразяване, а други могат съзнателно да бъдат унищожени. Ако гледаме на ембриона като на личност, това етично допустимо ли е?
3. *Използване за изследователска работа.* Това е един от най-сериозните дебати в съвременната етика. Становищата варират от крайно положително до крайно отрицателно, но въпреки това за момента е постигнат консенсус, че човешки ембриони могат да се използват за изследователска работа, ако:
 - не са създадени умишлено за тези цели, а са „излишни“ от IVF процедура;
 - не са в по-напреднала фаза на развитие от 14-тия ден, когато настъпва диференциация на ембрионалните клетки;



- ако целта е усъвършенстване на самата процедура по *in-vitro* фертилизацията, обогатяване на познанията по човешкия геном и генетичните заболявания; а по отношение на използването на ембриони за клониране, това е морално допустимо само за целите на терапевтичния, но не и на репродуктивния клонинг.

Сурогатна майка

In-vitro фертилизацията не може да разреши проблема с репродукцията в случаите, когато жената не може да износи бременността. Тогава се обсъжда като алтернатива използването на сурогатна майка (майка-заместител). Подходът е много проблематичен от морална гледна точка, поради което много малко законодателства го разрешават.

1. Критикуван е *биомеханистичния* подход към жената като към машина за възпроизводство, от която се очаква съвестно да износи бременността, но на която се отрича правото да развие нормална привързаност към плода в утробата си.
2. Не по-малко оспорвана е *комерсиализацията* на процедурата, която поставя под въпрос дори и най-хуманната мотивация на едно човешко същество да помогне на друго. До къде се простира границата на възможностите за взаимопомощ? Според един от моралните императиви на Кант едно човешко същество не може да се третира като средство за постигане на целите на друго човешко същество.
3. В случаите, когато в ролята на сурогатна майка влиза роднина на генетичната майка или баща, се избягва комерсиализацията, но се създават сложни социални и родствени взаимоотношения с новороденото.
4. Коя е истинската майка?
5. До къде се простира уважението на автономността на майката-заместител? Имат ли генетичните родители право да настояват майката-заместител да води здравословен начин на живот по време на бременността? Имат ли родителите право да искат пренатална диагностика за аномалии? Ако да, имат ли право да настояват за аборт?



6. Има ли някакви права съпруга на майката-заместител – право на съгласие за процедурата, която все пак променя сериозно традиционните семейни взаимоотношения?
7. Детето може да има увреждания и двойката да не иска да го приеме. Обществото има ли задължение да поеме грижите за детето?
8. Има ли морална разлика между майка-заместител, „наета“ от двойка, която не може да има дете по медицински съображения и двойка, можеща да има деца, но нежелаета да се подлага на „неудобството на бременността“? [190]
9. Морално допустимо ли е „наемането“ на сурогатна майка от хомосексуална двойка?

Първата страна в света, въвела държавно контролирано сурогатство, е *Израел*. Според израелското законодателство сурогатна майка може да бъде само неомъжена жена, вдовица или разведена жена и тя може да бъде „наета“ само от хетеросексуална двойка. Сред страните с разрешено сурогатство са също *Гърция*, *Украйна* и *Великобритания*, както и в някои щати на *САЩ* (Арканзас, Калифорния, Илинойс, Масачузетс, Ню Джърси, Вашингтон). Много дебати предизвиква официално разрешеното комерсиално сурогатство в *Индия*, превърнало страната в предпочитана „сурогатна дестинация“.

България се нарежда между страните, в които за момента не е разрешено сурогатството. През октомври 2011 г. в Парламента беше внесен за разглеждане закон за сурогатството, който беше приет само на първо четене. Съгласно този закон директно заплащане на сурогатната майка е забранено и единствено могат да ѝ се възстановят разходите по време на бременността. Сурогатна майка може да бъде всяка българска гражданка на възраст между 21 и 43 години с поне едно собствено дете. Тя не може да бъде едновременно донорка на яйцеклетките за *in vitro* фертилизацията и може да бъде сурогатна майка не повече от два пъти. Жената трябва да бъде в добро физическо и психическо състояние. За момента съгласно Семейният кодекс за майка се счита жената, която го е родила, включително при асистирана репродукция. Законът забранява оспорване на ба-

щичество при дадено писмено съгласие на съпруга за извършване на асистирана репродукция на съпругата му [31].

СМА приема подробно становище за асистираните репродуктивни технологии през 2006 г. [305], по-важните моменти от което са:

✓ *Ако настъпят многоплодни бременности, **селективно прекъсване** трябва да се разглежда от медицински позиции за увеличаване на шансовете за износване на бременността, когато това е съвместимо с националното законодателство и етичния кодекс.*

✓ *Преимплантационната генетична диагностика, както и други по-прости средства, не трябва да се използват за такива тривиални причини като избор на предпочитан пол. Световната медицинска асоциация счита, че лекарите трябва да бъдат въвлечени в избора на пол само когато това се използва за избягване на сериозно генетично заболяване, свързано с пола (напр. мускулна дистрофия).*

✓ *Преимплантационната генетична диагностика може също да се съчетае с HLA типизиране за подбор на ембриони, чиито стволови клетки от кръвта на пъпната връв биха могли да се използват за лечение на тежко заболяване на техен брат или сестра.*

✓ *Когато една жена е неспособна, по медицински причини, да износи дете до термина, може да бъде използвано сурогатство за преодоляване на бездетството, ако това не е забранено от националното законодателство или етичните правила на Националните медицински асоциации.*

✓ *Световната медицинска асоциация се противопоставя на използването на соматично-клетъчния ядрен трансфер с цел клониране на човешки същества. Соматично-клетъчния ядрен трансфер може да бъде използван за развитие на ембрионални стволови клетки за изследователска работа и за терапия на редица тежки заболявания.*

Колкото по-дълбоко медицината навлиза в човешката репродукция, с толкова повече и по-трудни етични дилеми ще се сблъсква.