

Митрофанова П.В.,

студент

5 курс, факультет «Лечебное дело»

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ

Россия, г. Москва

**ВАРИАНТЫ ОБРЕТЕНИЯ МАТЕРИНСТВА ПРИ
АБСОЛЮТНОМ МАТОЧНОМ ФАКТОРЕ БЕСПЛОДИЯ;
УСЫНОВЛЕНИЕ, СУРРОГАТНОЕ МАТЕРИНСТВО И
ТРАНСПЛАНТАЦИЯ МАТКИ**

***Аннотация:** После постановки диагноза абсолютного маточного бесплодия (AUFИ), женщины могут испытывать значительный психологический ущерб в результате потери репродуктивной функции и осознания постоянного и необратимого бесплодия. Усыновление позволяет женщинам с ограниченными возможностями и их партнерам стать социальными и юридическими родителями, а также часто обеспечивает льготы для усыновленного ребенка. Суррогатное материнство дает возможность иметь генетически родственное потомство. Результаты, как правило, положительные как у суррогатных матерей, так и у детей, рожденных в результате. Трансплантация матки - единственный способ восстановить репродуктивную анатомию и функциональность. Хотя это связано со значительным риском, оно позволяет пережить беременность и стать биологическим, социальным и юридическим родителем.*

***Ключевые слова:** Усыновление, бесплодие, суррогатное материнство, трансплантация, матка.*

***Annotation:** After the diagnosis of absolute uterine infertility (AUFИ), women may experience significant psychological damage as a result of loss of reproductive*

function and awareness of permanent and irreversible infertility. Adoption allows women with disabilities and their partners to become social and legal parents, and often provides benefits for the adopted child. Surrogacy makes it possible to have genetically related offspring. The results are usually positive for both surrogate mothers and children born as a result. Uterus transplantation is the only way to restore reproductive anatomy and functionality. Although this involves significant risk, it allows you to survive pregnancy and become a biological, social and legal parent.

Keywords: *Adoption, infertility, surrogacy, transplantation, uterus.*

Вступление

Абсолютное маточное бесплодие (AUFİ) - это форма бесплодия, при которой зачатие и/или поддержание беременности невозможно из-за отсутствия матки или ее дисфункции. AUFİ может быть врожденным, как, например, у синдрома Майера–Рокитанского–Кустера –Хаузера (MRKH); приобретенный после гистерэктомии; или в результате развития патологии матки, такой как тяжелый синдром Ашермана.

Независимо от этиологии, диагноз AUFİ часто является внезапным и неожиданным, ставится после обследования на первичную аменорею, гипоменорею или после срочной или незапланированной гистерэктомии. Также у пациентов с тяжелым синдромом Ашермана может быть диагностирован после многих лет неблагоприятного репродуктивного анамнеза, часто после многочисленных неудачных гистероскопических процедур. После постановки диагноза женщины с AUFİ испытывают потерю репродуктивной функции и осознание постоянного и необратимого бесплодия, которое связано со значительным долгосрочным эмоциональным бременем. Таким образом, ведение AUFİ требует комплексного, междисциплинарного подхода с привлечением гинекологов, психологов и

медицинских сестер-специалистов. Дополнительно, особенно при таких состояниях, как синдром Майера–Рокитанского–Кустера –Хаузера, когда диагноз обычно ставится в подростковом возрасте, консультирование и группы поддержки пациентов могут быть особенно полезными.

После постановки диагноза бесплодия многие женщины испытывают тревогу, депрессию, низкую самооценку, потерю гендерной идентичности, снижение качества своей жизни и стойкое чувство незавершенности и горя. Худшие психологические последствия возникают у женщин, страдающих бесплодием, которые не могут забеременеть после вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), чем у тех, кто добился успеха. С низким доходом и/или сильно в пронаталистских культурах и обществах диагноз бесплодия также может иметь сопутствующие социально-экономические последствия, включая негативное влияние на социальный статус и ухудшение брачных отношений.

В то время как бездетность или сохранение "бездетности без детей" - это выбор, который все чаще делают представители обоих полов, большинство женщин по-прежнему рассчитывают обрести материнство, забеременев без медицинской помощи, самостоятельно вынашивая беременность и рожая собственных детей. Однако у женщин с АУФИ, которые стремятся стать родителями, до недавнего времени не было иного выбора, кроме как изменить свои репродуктивные планы, либо смириться с недобровольной бездетностью, либо приобрести родительские права путем усыновления или суррогатного материнства. После более чем 70 процедур трансплантаций матки по всему миру и по меньшей мере 18 живорождений, 12 женщин с АУФИ, возможно, вскоре смогут получить доступ к альтернативному пути к родительству, который позволил бы им зачать, вынашивать и рожать своих собственных детей. Однако, несмотря на дополнительные преимущества, которые предусматривает эта операция, трансплантация матки сопряжена со значительным риском и в настоящее время требует зачатия с помощью

экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), высоко медикаментозной поддержки беременности и роды с помощью кесарева сечения.

В этом обзоре рассматриваются варианты, доступные женщинам с АУФИ для обретения материнства, обсуждаются преимущества и недостатки каждого варианта для женщин, которые испытывают вынужденную бездетность, основанный на индивидуальных репродуктивных устремлениях.

Усыновление

Усыновление - это постоянная передача родительских прав и ответственности от биологических родителей ребенка к приемным родителям, создание новой семейной ячейки, которая будет воспитывать ребенка. Для женщин с АУФИ, которые стремятся стать родителями, льготы по усыновлению включают социальное и юридическое отцовство и возможность улучшить жизнь детей, чьи генетические родители не в состоянии заботиться о них. В Великобритании число детей, находящихся под опекой местных властей, с 2013 года ежегодно увеличивается. В отличие от этого роста, число детей, усыновленных из-под опеки, продолжает сокращаться, составив всего 3570 усыновлений за тот же период.

Хотя усыновление обычно является взаимовыгодным соглашением как для родителей, так и для их приемных детей, оно часто сопряжено с рядом проблем или трудностей, связанных с привязанностью, которые требуют рассмотрения будущими родителями. Из всех детей, за которыми присматривают местные власти, 63% ранее подвергались жестокому обращению или безнадзорности. У усыновленных детей с большей вероятностью будут диагностированы эмоциональные, поведенческие трудности и трудности в отношениях и в будущем они не смогут получить доступ к психиатрическим службам, и у них будут худшие академические достижения по сравнению с детьми, находящимся под опекой своих

биологических родителей. Неблагоприятные исходы распространяются и на взрослую жизнь. Однако успешное размещение в приемных семьях привело к улучшению психологического развития и благополучия детей, особенно если они были усыновлены в более раннем возрасте.

Потенциальные усыновители могут счесть усыновление пугающей перспективой. Это может быть очень длительный процесс, обычно включающий формальную оценку, включающую рекомендации, проверку биографических данных и визиты на дом, перед началом периода обучения и более подробной оценкой, в то время как агентство по усыновлению ищет подходящую пару между ребенком и потенциальными усыновителями. В Великобритании этот процесс подбора может занять до 2 лет и никоим образом не гарантирован. Дополнительная опасность заключается в том, что впоследствии ребенок может даже не быть разлучен со своими биологическими родителями. В первоначальных отчетах результаты для приемных родителей были хуже, чем для биологических, с предположениями о повышенной тревожности, гневе, горе и неспособности установить связь. Однако более поздние исследования показали положительные результаты для родителей после усыновления: три четверти приемных родителей сообщили о положительном влиянии на их семью.

Реалии усыновления, несомненно, связаны с многочисленными проблемами. Примером этого может служить недавний неопубликованный опрос почти 2700 усыновителей, проведенный в сотрудничестве с Adoption UK. Более четверти родителей, принявших участие в этом опросе, сообщили о серьезных последствиях для семьи в целом или о том, что их семейные отношения в целом находятся под угрозой или уже разрушены. Около половины респондентов сочли ее сложной, но стабильной, а четверть - удовлетворяющей и стабильной. Несмотря на то, что почти две трети сообщили об агрессивном поведении по отношению к ним со стороны своего ребенка большинство были рады тому, что их усыновили. Другое

исследование показало, что 9-13% усыновлений заканчивались неудачей и 21-25% опрошенных сочли это трудным, еще раз подчеркнув проблемы, с которыми сталкиваются приемные семьи. Нереалистичные ожидания, особенно в отношении последующих академических достижений, также были определены в качестве факторов, влияющих на адаптацию. С психологической точки зрения приемные родители сообщили о столь же положительных показателях депрессии, самооценки и благополучия по сравнению с биологическими родителями.

Трансграничное усыновление влечет за собой законное усыновление дети, родившиеся в других странах. На их долю приходится примерно 30 000 усыновлений по всему миру в год. Трансграничное усыновление дает возможность уязвимым детям, в основном из слаборазвитых стран с низким уровнем дохода, воспитываться в более богатой стране, с лучшим здравоохранением, образованием и возможностями. Однако, несмотря на то что существует несомненная возможность получения большой выгоды, сохраняются значительные проблемы, связанные с охраной и эксплуатацией, включая потенциальную возможность незаконного перемещения уязвимых детей, которые были незаконно разлученные со своими семьями.

Суррогатное материнство

Суррогатное материнство - это процесс, при котором женщина (суррогатная мать) вынашивает и рождает с заранее составленным планом передачи ребенка другому человеку или паре: 'предполагаемым' родителям. Соглашения о суррогатном материнстве могут быть платными ("коммерческими") или неоплачиваемыми ("альтруистическими"). Они также обычно делятся на "полное", или "прямое", или "традиционное", суррогатное материнство и "принимающее", или "гестационное", суррогатное материнство. При полном суррогатном материнстве суррогатная мать обеспечивает свои

собственные яйцеклетки, поэтому генетически связана с ребенком. При суррогатном материнстве у принимающей стороны этого не происходит; яйцеклетки могут выйти либо от предполагаемых родителей, либо от донора яйцеклеток. Возникновение АУФИ является убедительным на первый взгляд обоснованием для использования суррогатного материнства. У таких женщин гестационное суррогатное материнство значительно более распространено, чем полное суррогатное материнство, поскольку при условии удовлетворительного овариального резерва это позволяет им быть биологически связанными со своими детьми. В настоящее время тысячи детей родились с использованием механизмов суррогатного материнства. Однако в некоторых культурах или семьях все еще могут сохраняться этические или религиозные убеждения в том, что суррогатное материнство неприемлемо. Кроме того, правовое положение суррогатного материнства во многих юрисдикциях проблематично.

Регулирование суррогатного материнства варьируется на международном уровне и между штатами США. Платное коммерческое суррогатное материнство разрешено и имеет юридическую силу в некоторых странах, включая Россию, Украину и Грузию. В других странах разрешено только неоплачиваемое альтруистическое суррогатное материнство, при этом платные соглашения и их посредничество запрещены. Страны, где это применимо, включают Великобританию, Австралию, Канаду, Бразилию, Индию и Южную. Во многих регионах мира, включая большую часть Западной Европы, Китай, Японию, Пакистан, Турцию, Саудовскую Аравию и некоторые районы Северной Америки ограничительное законодательство прямо или фактически запрещает все формы суррогатного материнства. Таким образом, это исключено как возможность для более чем одной трети населения земного шара. Недавний опрос, организованный Международной федерацией обществ фертильности (IFFS), в котором приняли участие респонденты из 65 стран сообщили, что суррогатное материнство разрешено законом или

руководящие принципы действуют только в 38% представленных стран и запрещены в 56%.

Хотя Великобритания была одной из первых стран, внедривших нормативную базу для ВРТ, последующие законодательные реформы подверглись критике. Центральным элементом закона о суррогатном материнстве 1985 года был запрет коммерческого суррогатного материнства. Однако не было введено никаких гарантий для защиты предполагаемых родителей или суррогатных матерей, и благополучие последующих детей не рассматривалось. Такие гарантии не были введены в действие до принятия Закона об оплодотворении человека и эмбриологии 1990 года, который обеспечивал правовую основу для передачи родительских прав от суррогатных матерей предполагаемым родителям и включал принцип социального обеспечения.

Суррогатное материнство разрешено в Великобритании, но соглашения о суррогатном материнстве не имеют юридической силы. Это означает, что суррогатная мать будет законной матерью ребенка при рождении, независимо от происхождения половых клеток, из которых образовался эмбрион. Если суррогатная мать состоит в браке, то ее муж, который биологически не связан с ребенком, автоматически считается законным отцом. Затем суррогатная мать может передать законные родительские права предполагаемым родителям через 6 недель после рождения ребенка.

Хотя случаи, когда суррогатные матери решают не отказываться от ребенка, редки, такая правовая позиция сопряжена с определенным риском для предполагаемых родителей. Возможность того, что отказ суррогатной матери от участия в передаче родительских прав после рождения ребенка может вызвать беспокойство и сделать суррогатное материнство менее привлекательным в качестве репродуктивного варианта. Для суррогатной матери также существует риск того, что предполагаемые родители могут отказаться от соглашения, предоставив ей заботиться о ребенке, особенно в

том случае, если ребенок рождается с инвалидностью или заболеваниями. В спорах между предполагаемыми родителями и суррогатной матерью суды принимают решения, исходя из наилучших интересов ребенка; в таких случаях права ребенка считаются первостепенными в соответствии с законодательством. Однако на данный момент на момент написания статьи в Великобритании усиливается давление с целью пересмотра законодательства, с тем чтобы генетические родители получали законные права при рождении.

В то время как показатели внутреннего суррогатного материнства в Великобритании в последние годы оставались относительно стабильными, все большее меньшинство будущих родителей прибегает к трансграничному суррогатному материнству. Это увеличение было связано с менее строгими или более четкими правилами за рубежом, в дополнение к трудностям поиска суррогатной матери внутри страны, особенно когда оплата ограничена или запрещена. Однако использование международных суррогатных матерей не обходит законодательство Великобритании о суррогатном материнстве. Проблемы, связанные с юридическим признанием ребенка, могут не только осложнить попытки предполагаемых родителей выехать домой, но и по возвращении в Великобританию они по-прежнему обязаны подать заявление на получение родительских прав, чтобы стать законными родителями ребенка. Критики также высказали предположение, что с этической точки зрения трансграничное коммерческое суррогатное материнство в странах с низким уровнем дохода является особенно проблематичным. Опасения связаны с автономией и благополучием суррогатных матерей, в дополнение к потенциальной возможности эксплуатации таких механизмов. Главные выраженные здесь опасения заключаются в том, что суррогатные матери из стран с низким уровнем дохода могут быть "принуждены бедностью", что делает недействительным их согласие, и им, вероятно, будут недоплачивать и подвергаться жестокому обращению со стороны предполагаемых родителей или коммерческих посредников. Однако некоторые трансграничные

суррогатные матери сообщили о положительном опыте. Можно даже утверждать, что суррогатное материнство — это менее эксплуататорский и менее вредный способ зарабатывания денег, чем другие доступные возможности.

Суррогатным матерям в Великобритании могут быть компенсированы только разумные расходы. В отчете Surrogacy UK за 2018 год говорилось, что средняя компенсация за домашнее суррогатное материнство на тот момент составляла 10 694,13 фунтов стерлингов; самый высокий показатель, о котором сообщалось в этом опросе, составлял 23 500 фунтов стерлингов. Более высокие суммы были предусмотрены для некоторых международных соглашений о суррогатном материнстве между США и Великобританией, одно из которых предполагало выплату 96 000 фунтов стерлингов. До сих пор суды обычно придерживались снисходительной точки зрения в отношении относительно высоких оплат расходов, при этом законное родительское право часто предоставляется при условии, что считается, что это отвечает наилучшим интересам ребенка. Недавнее перекрестное исследование показало, что средняя стоимость суррогатного материнства в Великобритании составляет примерно 25 000 фунтов стерлингов. Однако расходы, связанные с суррогатным материнством, сильно различаются на международном уровне; в США было установлено, что средние связанные с этим расходы составляют 120 000 фунтов стерлингов.

При рассмотрении отдаленных результатов у детей, рожденных от суррогатных матерей, недавний систематический обзор выявил аналогичные перинатальные исходы ЭКО с донорством яйцеклеток. Более того, нет никаких существенных различий в психологическом развитии по сравнению с детьми, рожденными от суррогатных матерей. 10-летнее проспективное исследование, проведенное в Великобритании, показало, что семьи обычно поддерживают хорошие отношения с суррогатными семьями. Большинство

детей знали о том, как они были зачаты, и в результате этого не страдали негативно.

Результаты у суррогатных матерей также в значительной степени обнадеживают, и большинство из них сообщают о положительном опыте. Анализ 16 исследований, оценивающих долгосрочные психологические результаты, не выявил длительной серьезной психопатологии. Однако некоторым суррогатным матерям было трудно передать заботу о своем родившемся ребенке предполагаемым родителям. В частности, одно исследование показало, что более трети (35%) суррогатных матерей сталкивались с подобными трудностями, хотя через 12 месяцев этот показатель снизился до 6%. Аналогичным образом, при рассмотрении долгосрочных психологических последствий предполагаемого матерей и их взаимоотношений со своими детьми, не было выявлено существенных различий по сравнению с матерями, которые зачинают естественным путем.

Трансплантация матки

УТх предполагает трансплантацию матки, включая шейку матки, а также окружающих связочных тканей и питающих и дренирующих кровеносных сосудов. УТх - это единственное терапевтическое вмешательство, которое восстанавливает репродуктивную анатомию и функциональность у женщин с АУФИ. Это не только позволяет пережить беременность, но и позволяет стать биологическим, социальным и юридическим родителем, тем самым избегая некоторых потенциальных проблем, связанных с суррогатным материнством, рассмотренных выше.

В 2014 году первое живорождение после УТх было достигнуто в Швеции. Это было достигнуто после серии из девяти УТх процедур, которые продемонстрировали осуществимость процедуры с использованием живых доноров. С тех пор в результате этого ключевого исследования было

зарегистрировано восемь живорождений, успех которого проложил путь к внедрению процедур УТх во всем мире.

Первое живорождение после УТх с использованием умершего донора было впоследствии достигнуто в Бразилии в 2017 г. Хотя подробности нескольких случаев остаются неопубликованными. В случаях УТх сообщалось по меньшей мере о 18 живорождениях, и как минимум вдвое больше этой цифры сообщалось в средствах массовой информации, демонстрируя этот УТх, несомненно, выполнимым. Однако более чем в четверти случаев потребовалась экстренная гистерэктомия, и еще у 10% возникли осложнения, потребовавшие дальнейшего хирургического вмешательства, что подчеркивает значительный связанный с этим риск.

УТх может быть проведена с использованием как живых, так и умерших доноров. Каждый тип донора обладает различными преимуществами и недостатками и имеет различные этические последствия. Использование живых доноров имеет организационные преимущества, в том числе достаточное времени для оценки состояния реципиента и донора предоперационно, а также организовать высококвалифицированную многопрофильную бригаду, необходимую для проведения операции. Хотя в настоящее время невозможно оценить клинические и репродуктивные исходы в случаях УТх в зависимости от типа донора, имеющиеся данные показывают, что клинические исходы при трансплантации других солидных органов лучше при использовании живых доноров.

Однако главное преимущество использования умерших доноров заключается в том, что риск для донора полностью исключается. В случаях использования живых доноров на сегодняшний день более чем у 1 из 10 доноров возникли осложнения, требующие дальнейшего хирургического вмешательства, что подчеркивает риск, связанный с использованием живых доноров.

Иммуносупрессия после УТх необходима, и требуется интенсивное наблюдение для оценки выздоровления, а также мониторинг отторжения и осложнений, связанных с иммуносупрессией. Гистологическое исследование биоптатов шейки матки в настоящее время является единственным надежным методом выявления отторжения. Через 6 - 12 месяцев, после стабилизации на не тератогенном режиме иммуносупрессии, перенос эмбрионов может быть начато. Рекомендуется использовать одну эуплоидную бластоцисту для оптимизации вероятности успеха ЭКО при одновременном снижении риска многоплодной беременности. После зачатия следует обеспечить уход за беременными с высоким риском при участии специалистов с целью родоразрешения путем кесарева сечения на 37 неделе беременности, если клинически не указано раньше. Хотя следует учитывать риски поздних преждевременных родов, такие как транзиторное тахипноэ новорожденного (ТТН) и потенциально ухудшение когнитивных показателей, существует вероятность безболезненных родов сопряженный с потенциально большим – хотя и трудно поддающимся количественному измерению – риском, связанным с опасениями относительно структурной целостности трансплантата и того, как будут функционировать сосудистые анастомозы после начала схваток. После родов, в зависимости от репродуктивных планов и клинического состояния, может быть произведен дальнейший перенос эмбрионов или должна быть проведена полная гистерэктомия. После удаления трансплантата прием лекарств, связанных с трансплантацией, и иммуносупрессию можно прекратить, тем самым снижая заболеваемость при длительной иммуносупрессии, такую как инфекция и неоплазия.

УТх объединяет сложные биоэтические дебаты из областей трансплантации органов и вспомогательной репродукции. Рассмотренные темы включали благополучие детей, рожденных с помощью УТх, ценности репродуктивной автономии и материнства во время беременности, сравнение суррогатного материнства и УТх и более широкие вопросы. УТх также

вызвала критику, поскольку существуют альтернативные пути к материнству. Некоторые утверждают, что если бы альтернативы, такие как усыновление и суррогатное материнство, были представлены и рассматривались более широко положительно, тогда меньше женщин обратилось бы за помощью к УТх. Также утверждается, что предоставление УТх может усилить нежелательное отношение к родительству и увековечить дискриминационные социальные предубеждения; в частности, пронатализм (предубеждение в пользу репродукции), гестационализм (предубеждение в пользу гестационного родительства) и генетизм (предубеждение в пользу генетического родительства). Эти критические замечания также были конкретно направлены против государственного финансирования УТх в странах с социализированным медицинским обслуживанием и в системах, основанных на страховании или смешанных системах. В этом контексте утверждалось, что УТх улучшает другие варианты, такие как суррогатное материнство, только за счет удовлетворения личного желания испытать беременность и роды, и что этого недостаточно для оправдания высоких финансовых затрат, связанных с УТх, которые в европейских странах оцениваются почти в 100 000 евро.

Однако эти аргументы могут быть оспорены. Во-первых, невозможно обобщить информацию о том, насколько на самом деле приемлемы усыновление и суррогатное материнство для женщин с ОВЗ. Их уместность зависит от индивидуальных обстоятельств, принимая во внимание личные ценности, религиозное и/или культурное происхождение и правовой контекст. В большинстве стран суррогатное материнство, даже если оно не запрещено, остается социально и юридически сложно приемлемым. В таких обстоятельствах, несмотря на значительный связанный с этим риск, УТх может быть разумным предпочтением. Во-вторых, опасения по поводу дискриминационных социальных предубеждений больше похожи на критику репродуктивной медицины в целом, чем на конкретную причину отказа от

УТх. Тем не менее, УТх в настоящее время труднее оправдать, чем ЭКО, из-за сравнительно высоких затрат и уровня риска. Наконец, трудно установить, почему простое существование альтернатив диктует необходимость прекращения предоставления УТх.

Восприятие УТх среди женщин с АУФИ уже представляется весьма позитивным, несмотря на относительную новизну процедуры. Исследование, проведенное в Великобритании, показало, что 97,5% женщин с АУФИ предпочли бы УТх суррогатному материнству и усыновлению, несмотря на осведомленность о дополнительных рисках, связанных с УТх. Другое исследование, специально посвященное оценке восприятия женщин с синдромом Майера–Рокитанского–Кустера–Хаузера, показало, что почти две трети участниц были мотивированы пройти УТх, даже после того, как узнали о связанных с этим рисках. Это аналогично результатам анкетирования 60 женщин с АУФИ во Франции, которое установлено, что 58,3% приняли бы участие в клиническом испытании УТх.

Учитывая дополнительные риски, связанные с УТх, текущие критерии отбора для продолжающегося исследования в Великобритании с использованием умерших доноров должны гарантировать, что реципиенты находятся в возрасте 24-38 лет, имеют ИМТ <30 кг/м² и нормально функционирующие яичники. Критерии исключения включают уже наличие детей, плохую физическую форму и состояние здоровья или значительную сопутствующую медицинскую или психиатрическую патологию, серьезные или множественные операции на брюшной полости в прошлом или тяжелый эндометриоз. Кроме того, потенциальные реципиенты, ранее болевшие раком, должны были находиться в стадии ремиссии не менее 5 лет из-за риска рецидива в течение этого периода высокого риска, когда начинается иммуносупрессия. Этические и юридические соображения означают, что, вероятно, многие из этих критериев отбора будут смягчены после перехода к клинической практике; тем не менее, критерии отбора, используемые для

оптимизация успеха и безопасности будет по-прежнему ограничивать доступность УТх среди потенциальных получателей.

Регулирование

В большинстве случаев диагноз АУФИ является неожиданным и может быть очень травмирующим, особенно когда женщина еще не завершила свои репродуктивные планы. Женщины с врожденными причинами, такими как синдром Майера–Рокитанского–Кустера –Хаузера или другие аномалии матки, часто проходят лечение в специализированных центрах третичного уровня, где члены команды имеют опыт в деликатном раскрытии диагноза, организации соответствующего консультирования и психологической поддержки и предлагают лечение для оптимизации сексуальной функции у женщин с неоптимальной длиной влагалища. Учитывая быстрый прогресс и спрос на УТх среди женщин с АУФИ и учитывая ожидаемый переход к клиническому лечению, следует рассмотреть потенциальное влияние метода восстановления влагалища на будущую пригодность для УТх. В то время как расширительная терапия или процедура Веккиетти позволили бы создать физиологически функционирующую слизистую влагалища, создание неовагины с использованием кожи, брюшины или кишечника, вероятно, создало бы дисбиотическую среду, которая могла бы повлиять на будущие клинические и репродуктивные результаты после УТх.

Синдром Майера–Рокитанского–Кустера –Хаузера традиционно считается спорадическим заболеванием из-за ранее сообщавшихся различий между идентичными близнецами и того факта, что ни одна женщина с МРКХ не родилась в результате суррогатной беременности с использованием яйцеклеток от женщин с МРКХ. Однако совсем недавно сообщалось о семейных случаях, в которых участвовали как мужчины, так и женщины. Недавний прогресс в технологиях секвенирования выявил частично

генетический состав МРКХ. Таким образом, генетическое консультирование необходимо женщинам, желающим пройти процедуру суррогатного материнства или УТх.

Женщины с приобретенными причинами АУФИ, которые еще не создали свою семью, например, в случаях экстренной гистерэктомии или развития синдрома Ашермана, нуждаются в таком же консультировании по репродуктивным вопросам, как и женщины с врожденными причинами. Важно изучить репродуктивные устремления и полностью информировать таких женщин при первой возможности, с тем чтобы можно было составлять реалистичные репродуктивные планы в контексте имеющихся у них возможностей. Все женщины должны получить всестороннее консультирование по вопросам репродуктивного здоровья относительно имеющихся у них вариантов с учетом преимуществ и недостатков, включая связанные с этим юридические и финансовые последствия. Женщинам, которые не желают иметь биологически родственного потомства, следует рассмотреть возможность усыновления. Для тех, для кого важны биологические отношения, суррогатное материнство и УТх должны быть в первую очередь проводится с учетом ограничений, связанных с суррогатным материнством, а также обширных критериев отбора и рисков, связанных с УТх. У таких женщин следует обсудить влияние возраста на овариальный резерв, рассматривая возможность криоконсервации яйцеклеток или эмбрионов до физиологического снижения качества и количества яйцеклеток, чтобы оптимизировать будущие шансы на успех.

Вывод

В настоящее время почти все женщины с ОВЗ сталкиваются с выбором между недобровольной бездетностью и приобретением родительских прав путем усыновления или суррогатного материнства. Потребность в усыновлении продолжает расти, и с каждым годом растет число детей, нуждающихся в постоянном доме. Однако, хотя это, несомненно, выгодно для большинства усыновленных детей и родителей, отсутствие биологических отношений, наряду с потенциальными эмоциональными, поведенческими проблемами и проблемами взаимоотношений, означает, что будущие родители должны тщательно обдумать этот вариант. Суррогатное материнство дает шанс завести биологически родственное потомство, его результаты, как правило, положительные и возможны многократные попытки, тем самым открывая возможность для братьев и сестер в будущем. Однако во многих юрисдикциях его правовое положение является проблематичным, что может вызвать неопределенность или затруднить заказ суррогатных матерей без выезда за границу. Кроме того, некоторые культуры или семьи могут отвергать суррогатное материнство из-за этических или религиозных убеждений в том, что суррогатное материнство неприемлемо. В настоящее время зарегистрировано более 70 случаев УТх, и, по меньшей мере, после 18 живорождений, УТх теперь считается выполнимым лечением, восстанавливающим фертильность у женщин с АУФИ. Однако это связано со значительным хирургическим риском и риском, связанным с иммуносупрессией, и, исходя из случаев, проведенных к настоящему времени, риск незапланированной гистерэктомии составляет >25%. Выбор, с которым сталкиваются женщины с АУФИ, сложен и деликатен. Убеждения и предпочтения женщин в отношении родительских обязанностей часто связаны с глубоко укоренившимися стремлениями и ценностями и связаны с ними.

Таким образом, женщинам с ОВЗ необходимо обширное консультирование по репродуктивным вопросам в контексте совместной многопрофильной помощи для повышения осведомленности о своих возможностях стать матерью и связанных с ними преимуществах и недостатках каждого варианта.

Использованные источники:

1. Heller-Boersma JG, Schmidt UH, Edmonds DK. Psychological distress in women with uterovaginal agenesis (Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser Syndrome, MRKH). *Psychosomatics* 2009;50:277–81.

2. Holt RE, Slade P. Living with an incomplete vagina and womb: an interpretative phenomenological analysis of the experience of vaginal agenesis. *Psychol Health Med* 2003;8:19–33.

3. Saso S, Clarke A, Bracewell-Milnes T, Saso A, Al-Memar M, Thum MY, et al. Psychological issues associated with absolute uterine factor infertility and attitudes of patients toward uterine transplantation. *Prog Transplant* 2016;28–39.

4. Reichman DE, Laufer MR. Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome: fertility counseling and treatment. *Fertil Steril* 2010;94:1941–3.

5. Lechner L, Bolman C, van Dalen A. Definite involuntary childlessness: associations between coping, social support and psychological distress. *Hum Reprod* 2007;22:288–94.

6. Verhaak CM, Smeenk JM, Evers AW, Kremer JA, Kraaimaat FW, Braat DD. Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Hum Reprod Update* 2007;13:27–36.

7. Bryson CA, Sykes DH, Traub AI. In vitro fertilization: a long-term follow-up after treatment failure. *Hum Fertility* 2000;3:214–20.

8. Laggari V, Diareme S, Christogiorgos S, Deligeoroglou E, Christopoulos P, Tsiantis J, et al. Anxiety and depression in adolescents with polycystic ovary

syndrome and Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2009;30:83–8.

9. Gameiro S, Finnigan A. Long-term adjustment to unmet parenthood goals following ART: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update* 2017;23:322–37.

10. van Balen F, Bos HMW. The social and cultural consequences of being childless in poor-resource areas. *Facts Views Vis Obgyn* 2009;1:106–21.

11. Park K. Choosing childlessness: Weber's typology of action and motives of the voluntarily childless. *Sociol Inq* 2005;75:372–402.

12. Jones BP, Saso S, Bracewell-Milnes T, Thum MY, Nicopoullos T, Diaz-Garcia C, et al. Human uterine transplantation: a review of outcomes from the first 45 cases. *BJOG* 2019;126:1310–9.

13. Brodzinsky DM. Children's understanding of adoption: developmental and clinical implications. *Prof Psychol Res Pract* 2011;42:200–7.

14. Department for Education. Children looked after in England (including adoption), year ending 31 March 2019. London: Department for Education; 2019.

15. Juffer F, van Ijzendoorn MH. Behavior problems and mental health referrals of international adoptees: a meta-analysis. *JAMA* 2005;293:2501–15.

16. Miller BC, Fan X, Christensen M, Grotevant HD, van Dulmen M. Comparisons of adopted and nonadopted adolescents in a large, nationally representative sample. *Child Dev* 2000;71:1458–73.

17. van Ijzendoorn MH, Juffer F, Poelhuis CW. Adoption and cognitive development: a meta-analytic comparison of adopted and nonadopted children's IQ and school performance. *Psychol Bull* 2005;131:301–16.

18. Teyhan A, Wijedasa D, Macleod J. Adult psychosocial outcomes of men and women who were looked-after or adopted as children: prospective observational study. *BMJ Open* 2018;8:e019095.

19. Crea TM, Barth RP, Guo S, Brooks D. Behavioral outcomes for substanceexposed adopted children: fourteen years postadoption. *Am J Orthopsychiatry* 2008;78:11–9.
20. Gunnar MR, van Dulmen MHM. Behavior problems in postinstitutionalized internationally adopted children. *Dev Psychopathol* 2007;19:129–48.
21. Hjern A, Palacios J, Vinnerljung B. Can adoption at an early age protect children at risk from depression in adulthood? A Swedish national cohort study. *BMJ Paediatr Open* 2018;2:e000353.
22. Dance C, Farmer E. Changing lives and changing minds: the experiences of adoptive parents from application to approval. *Adopt Fostering* 2014;38:101–14.
23. Wegar K. Adoption and mental health: A theoretical critique of the psychopathological model. *Am J Orthopsychiatry* 1995;65:540–8.
24. Helwig A, Ruthven D. Psychological ramifications of adoption and implications for counselling. *J Mental Health Counseling* 1990;12:24–37.
25. Rosenthal JA, Groze V. Special-needs adoption: a study of intact families. *Social Serv Rev* 1990;64:475–505.