

**Робити дітей. Нові
репродуктивні технології та
структура сім'ї. Донори
сперми, сурогатні матері,
штучне запліднення**

КУПИТИ

Нові репродуктивні технології та структура сім'ї. Донори сперми, сурогатні матері, штучне запліднення.

Спокійно, з мікроскопічною точністю та невсипущим скепсисом автор досліджує, як сучасні західні суспільства зрощують нові репродуктивні технології з концептом бюргерської сім'ї, що постав одночасно з ембріологією: після 1770 року. Книжка «Робити дітей» тому така виняткова, що поєднує історію біологічного знання про зачаття з історією сучасної сім'ї та почуттів на межі XVII - XIX століть. Місця репродуктивних дій зображуються лише з перспективи подвійної історичності: клініки, банки сперми, веб-сайти, агентства сурогатних матерів. Андреас Бернард побував усюди, де за допомогою технологій постає сім'я. Він розмовляв з людьми, відвідував лабораторії, читав статистику Його відкриття - це не розпад усіх цінностей, а оживлення в сучасності бюргерської моделі батько-мати-дитина, яка з'явилася на зламі XVIII - XIX століть і сьогодні згасає у бездітному суспільстві.

Елізабет фон Тадден

Усе більше дітей у світі народжується за допомогою репродуктивних технологій. Здається, медичне знання не залишило жодної таємниці у процесі зачаття, а сама репродуктивна медицина з дослідницької галузі перетворилася на прибутковий бізнес. А. Бернارد здійснює соціокультурний аналіз сучасної репродуктивної медицини, відтворюючи історичну перспективу: знання про людське зачаття пройшло неймовірний шлях, перш ніж стала можливою сама ідея зародження нової людини тільки з двох клітин. Основні фігури репродуктивної медицини – донор сперми, сурогатна мати, донорка яйцеклітин – мають свою історію демонізації, так само як і діти, народжені за допомогою когось із них. Репродуктивна медицина, допомагаючи створювати таких бажаних дітей, може руйнувати долі, якщо суспільна мораль вимагає замовчувати обставини народження. Подолати цей негативний вплив можливо шляхом зміни структури сім'ї, її розширення та зміни умовних кордонів.

Місцем дії у книзі Андреаса Бернарда «Робити дітей» є острівці добробуту у світі, от тільки сурогатні матері, які заробляють гроші вагітністю, найчастіше живуть деінде. Але ця перспектива вводить в оману. Технології можна застосовувати скрізь. Залежно від того, які юридичні та правові обмеження створюють різні держави, технології опиняються в нетрях відповідальності, справедливого розподілу і прозорості. У холодильниках західних репродуктивних клінік до пори-до часу лежить безліч невикористаних сперматозоїдів та яйцеклітин. Скандал причаївся на периферії заможного бажання мати дитину: на ринках, у законах, у долях решти світу.

Елізабет фон Тадден, DIE ZEIT, № 14|2014



ISBN 978-617-614-248-5



9 786176 142485



РОБИТИ
дітей



АНДРЕАС БЕРНАРД

АНДРЕАС БЕРНАРД

РОБИТИ
дітей



АНДРЕАС БЕРНАРД

РОБИТИ ДІТЕЙ

Нові репродуктивні технології
та структура сім'ї

Донори сперми, сурогатні матері,
штучне запліднення

Переклад з німецької *Олександри Григоренко*



УДК 618
Б 51

Бернард, Андреас

Робити дітей. Нові репродуктивні технології та структура сім'ї. Донори сперми, сурогатні матері, штучне запліднення / Андреас Бернард ; пер. з нім. Олександри Григоренко. – Чернівці : Книги – XXI, 2019. – 448 с.

ISBN 978-617-614-248-5

Спокійно, з мікроскопічною точністю та невсипущим скепсисом автор досліджує, як сучасні західні суспільства зрощують нові репродуктивні технології з концептом бюргерської сім'ї, що постав одночасно з ембріологією: після 1770 року. Книжка «Робити дітей» тому така виняткова, що поєднує історію біологічного знання про зачаття з історією сучасної сім'ї та почуттів на межі XVII–XIX століть. Місця репродуктивних дій зображуються лише з перспективи подвійної історичності: клініки, банки сперми, веб-сайти, агентства сурогатних матерів. Андреас Бернард побував усюди, де за допомогою технологій постає сім'я. Він розмовляв з людьми, відвідував лабораторії, читав статистику. Його відкриття – це не розпад усіх цінностей, а оживлення в сучасності бюргерської моделі батько-мати-дитина, яка з'явилася на зламі XVIII–XIX століть і сьогодні згасає у бездітному суспільстві.

Елізабет фон Тадден

Ця книга була написана та видана українською мовою завдяки фінансовій підтримці з коштів програми «Основи культурної інтеграції» Констанцького університету та підрозділу «Лабораторія досліджень цифрових культур» університету Льойфана, Люнебург.

Переклад книги був здійснений за підтримки Goethe-Institut в Україні.



Видавництво висловлює щирю вдячність за консультування професору, президенту Української асоціації репродуктивної медицини, академіку Української академії наук **Юзьку Олександрю Михайловичу** та кандидатці медичних наук, доцентці, директорці клініки «Медичний центр лікування безпліддя (м. Чернівці) **Юзько Тамарі Анатоліївні**.

Перекладено за виданням:

Andreas Bernard, Kinder machen. Neue Reproduktionstechnologien und die Ordnung der Familie. Samenspende, Leihmütter, Künstliche Befruchtung. S. Fischer Verlag, Frankfurt am Main 2014.

Усі права застережено. Жодну частину з цього видання не можна копіювати або відтворювати в будь-якій формі без письмової згоди правовласників.

Originally published as: "Kinder machen. Neue Reproduktionstechnologien und die Ordnung der Familie. Samenspende, Leihmütter, künstliche Befruchtung."

© S. Fischer Verlag GmbH, Frankfurt am Main 2014.

© Видавництво «Книги – XXI», 2019

© Олександра Григоренко, *переклад*, 2019

© Анна Стьопіна, *обкладинка*, 2019

ЗМІСТ

ВСТУП Примусове запліднення: в лабораторії репродуктивної медицини	9
---	---

РОЗДІЛ І Знання про зачаття: коротка історія вчень про розмноження21

1. Делфт, 1677	22
2. Оварії Єви, тестикули Адама: преформізм і теорія вкладених зародків	29
3. Кінець теорії вкладених зародків	
4. Базові елементи життя: рання ембріологія і відкриття яйця у ссавців	47
5. Клітинна теорія	54
6. Подвійна копуляція: запліднення як злиття клітинних ядер	59

РОЗДІЛ 2 Донор сперми65

1. Банки сперми	66
Донор № 44438 (66) – Ненадійні кордони: «The Kids Are All Right» (71) – Юридичні умови донорства сперми в Німеччині (74) – Сім'я як видимість (80) – Донор під підозрою: критерії відбору та презентації у банках сперми (87)	
2. «Моє життя раптом зникло»: Перспектива «дітей донорів»	104
«Викапаний татко» (104) – Група «Діти донорів» (107) – Бунт генів: «Donor Sibling Registry» та значення кровної спорідненості для репродуктивної медицини (120) – Страх інцесту (130)	

3. Зародження донорства сперми. 140

Зародження гомологічної інсемінації та страх депопуляції (140) – Штучне запліднення як імітація статевого акту (149) – Знання про жіночий цикл (160) – Виникнення гетерологічної інсемінації у США (164) – Кріоконсервування та інституціалізація банків сперми (182) – Штучне запліднення в Німеччині у 1933–1970 рр. (194) – Культура репродукції (209)

РОЗДІЛ 3 Відчужені перейми: сурогатне материнство і донорство яйцеклітин 215

1. Дитина М: гріхопадіння асистованого запліднення. 215

Як Мері Бет Вайтхед порушила угоду (216) – Протагоністи й протагоністки репродуктивної медицини (222) – Живіт в облозі: встановлення контролю за сурогатним материнством (228)

2. Сурогатне материнство в Німеччині до прийняття Закону про захист ембріона 237

3. Археологія материнства 243

Вплив вагітної на дитину: від «впливу материнської уяви» до пренатальної психології (243) – Винайдення материнської любові у 2-й половині XVIII ст. (253) – Трансплантація яєчників: розщеплення материнства близько 1900 р. (260)

4. Сурогатне материнство від 90-х рр. до сьогодні. 264

Зникнення біологічно спорідненої сурогатної матері (264) – Калверти проти Джонсон: батьки як автори дитини (269) – Донорка яйцеклітин, наймолодша фігура репродуктивної медицини (282)

5. Репродуктивний туризм до Східної Європи 298

РОЗДІЛ 4 Від «дитини з пробірки» до «бажаної дитини»: історія успіху запліднення *in vitro* 311

1. Дитина сторіччя: народження Луїзи Браун 25 липня 1978 р. 312

Два тіла матері (312) – Джон Рок, Міріам Менкін та виникнення екстракорпорального запліднення (319) – Низка наслідунків (325)

2. Штучне запліднення та чоловіча стерильність: IVF та ICSI **341**
Безплідні батьки, безплідні сини (341) – Семіотика сперми (350)

3. Прагматизація мистецтва репродукції **357**
Нащадки Франкенштейна (357) – Диктат плодючості (366)

4. Контекст запліднення

ЗАВЕРШЕННЯ Нові репродуктивні технології та порядок сім'ї **375**

Література **409**

Показчик імен **439**

ВСТУП

Примусове запліднення: в лабораторії репродуктивної медицини

Піпетка наближається до яйцеклітини, вона ось-ось проколе оболонку і введе сперму, але найдужче в цьому акті під мікроскопом вражає неочікувана гнучкість людського ооцита. Коли гострий кінець піпетки торкається поверхні, яйцеклітина вгинається десь на половину свого діаметру, так і лишаючись неушкодженою. Недосвідчені лаборанти часто надто рано забирають піпетку, думаючи, що успішно ввели сперму, а наступного дня з подивом реєструють відсутність запліднення. Минають місяці, поки ембріологи, тренуючись на недозрілих яйцеклітинах, розвивають необхідне для цієї роботи точне відчуття, що *zona pellucida* – зовнішня оболонка яйцеклітини, а разом з нею внутрішня, вже проколені, і сперма дійсно потрапила всередину. Під мікроскопом з усією очевидністю постає несподівана вимушеність цієї процедури. Природне запліднення у жіночому тілі, те саме злиття яйцеклітини з одним із тисяч сперматозоїдів, які досягли маточної труби, відбувається як невидимий, випадковий і досі остаточно не з'ясований процес. Тут, у лабораторії, він повністю оприявнений, редукований до поєднання шляхом ін'єкції двох спеціально відібраних клітин. Мовою репродуктивної медицини ця методика запліднення називається «інтрацитоплазматичною ін'єкцією сперми», або ICSI¹ за аббревіатурою від англійської назви. У 1992 р. її вперше було представлено в Брюссельському університеті; сьогодні ця методика вже стала стандартною в репродуктивних центрах усього світу і майже витіснила запліднення *in vitro*², тобто просте перемішування яйцеклітин і сперматозоїдів

1 В українській мові вживаються скорочення ІКСІ та ІЦІС. – Прим. пер.

2 Також IVF – скорочення від In-vitro-fertilisation, або ЗІВ – «запліднення ін вітро». – Прим. пер.

у чашці Петрі, як більш ефективний спосіб лікування також і чоловічого безпліддя. Зародження людського життя: століттями воно вважалося божественною містерією, некерованим природним процесом. У сучасних ІКСІ-лабораторіях імітація цього процесу поза жіночим тілом давно належить до рутинних процедур.

Неділя, весняний полудень в одному з центрів репродуктивної медицини у самому центрі Мюнхена. Гелена Анґермаєр, яка з 1985 р. працює в ембріології і після наукового відрадженьня до Брюсселя однією з перших стала проводити процедури ІКСІ, сидить перед мікроскопом у лабораторії на шостому поверсі: висока жінка за п'ятдесят, колишня балерина, біляве, зібране у вузол волосся і яскраво-зелена туш на віях. За останні чверть століття вона зачала під мікроскопом майже 10 000 дітей. У репродуктивному центрі працюють сім днів на тиждень: «овуляція не має вихідних», говорить Анґермаєр, яка любить афористичні висловлювання. Але в неділю у клініці принаймні спокійніше. Процедури протягом тижня організовані так, щоб у якомога меншої кількості пар термін проведення штучного запліднення припадав на вихідні. Сьогодні має відбутися ще одне ІКСІ-запліднення, окрім цього Гелена Анґермаєр має повідомити багатьом пацієнткам радісну звістку: їхні яйцеклітини, в які було введено сперматозоїди їхніх чоловіків, запліднилися, пробувши ніч в інкубаторі. Тепер потрібно домовитися з жінками про зручний час для трансферу ембріона – це від двох до п'яти днів після фертилізації. «У нас радісна новина. Сперматозоїди дуже постаралися, – телефонує лікарка своїй пацієнтці. – Ви зможете прийти у клініку в середу о 14-й?» На цей час у жінки вже були плани. У четвер і в п'ятницю теж незручно: вона власне хотіла поїхати з чоловіком на довгий вікенд. Дивна синхронізація двох розкладів: штучне запліднення має відбуватися згідно з чітким протоколом (оскільки середовище жіночого тіла можна відтворити у чашці Петрі лише до п'ятого дня, поки ембріон за природного зачаття перебуває у матковій трубі), однак ці закони біологічного розвитку суперечать календарю зайнятої пацієнтки. В кінці розмови жінка все-таки повідомляє, що відмовиться від поїздки.

Медичний супровід у цій клініці – різноманітні кроки, необхідні, перш ніж сперматозоїди та яйцеклітини подружньої пари будуть поєднані у лабораторії, – схожий в усіх пацієнтів. Якщо після так званої «розмови про бажання мати дитину» з лікарем пара вирішила робити

штучне запліднення, першим кроком є планування процесу. Яке саме, залежить від того, у кого з партнерів будуть виявлені причини безпліддя. Якщо аналіз якості сперми покаже, що чоловік узагалі здатний зачати дитину, проводиться стандартне запліднення *in vitro*. Якщо ж показники якості еякуляту занадто низькі й сперматозоїди потрібно вилучати з яєчок (де приблизно у половини безплідних чоловіків можна знайти здорові сперматозоїди), необхідно вдаватися до дорогої процедури ІКСІ, бо тоді для запліднення теоретично вистачить одного активного сперматозоїда. Але на початку кожного курсу лікування відбувається гормональна стимуляція жінки, що має запустити й регулювати процес дозрівання яйцеклітини. На останньому тижні менструального циклу пацієнтки приймають медикамент, що пригнічує природне виробництво статевих гормонів. А на початку нового циклу їм щодня роблять ін'єкції фолікулостимулювальних гормонів у черевну стінку. Зазвичай за один цикл дозріває лише одна яйцеклітина, після гормональної стимуляції яйцеклітин може бути до сорока, в середньому ж їх близько десятка: цей процес постійно контролюється лікарями за допомогою ультразвукового обстеження. Щойно фолікули досягнуть бажаного розміру й гормональної зрілості – здебільшого між 11 і 13 днями циклу, – пацієнтка вводить собі гормон, який стимулює овуляцію і дозволяє прорахувати її з точністю до години (лікарі називають це «програмувати овуляцію»). Трансвагінальне вилучення яйцеклітин – це проста десятихвилинна операція під загальним наркозом із застосуванням ультразвукового монітора. Лікар вводить у яєчники голку на довгій трубці, яйцеклітини відсмоктуються в пробірку, потім їх перераховують і переносять в інкубатор для зберігання у поживній речовині, що за складом має відповідати рідині маткових труб. За одну-дві години пацієнтку інформують про перебіг медичного втручання.

Всі операції у репродуктивній клініці відбуваються в першій половині дня. Після обіду чашки Петрі з вилученими яйцеклітинами переносять у лабораторію. Відповідно, сперматозоїди, отримані, як це називають ембріологи, з «оригінального еякуляту» чоловіка, у результаті біопсії яєчок або, якщо результати аналізів дійсно невтішні, від донора сперми, на цей момент уже досліджені й оброблені поживним розчином. ІКСІ-запліднення, що має відбутися цієї неділі, – це «хороший випадок», говорить Гелена Анґермаєр із м'яким мюнхенським акцентом: жінка народилася 1982 р., чоловік 1984 р., «це гарний вік, у нас це

радше рідкість». За останні десять років середній вік її пацієнток зріс із 34 до майже 38, половині пацієнток за сорок. Спермограма цього чоловіка не показала відхилень; невідомо, чому пара впродовж багатьох років не могла народити дітей і традиційна процедура *in vitro* також не дала результату. Різноманітні причини безпліддя все ще надто мало досліджені, зокрема питання, які бар'єри виникають під час проникнення сперматозоїда в *zona pellucida*, які протеїнові чи ензимні ефекти в останній момент перешкоджають злиттю клітинних ядер. У більшості пар, що проходили лікування у цій клініці, причина безпліддя крилася в організмі чоловіка. Тому процедура ІКСІ, коли сперматозоїд гарантовано доставляється до цілі, застосовується набагато частіше, ніж просте запліднення *in vitro*, попри те, що німецькі лікарняні каси з часів реформи медичного законодавства у 2004 р. беруть на себе оплату лікування лише тоді, коли показники сперми незадовільні або коли попередня процедура *in vitro* не дала результату. Порівняно з поєднанням *одного* сперматозоїда з *однією* яйцеклітиною під мікроскопом, старіша методика дійсно видається неточною й абсолютно неконтрольованою у вирішальний момент. І показник успішності, тобто настання запліднення через 16–20 годин, становить для *in vitro* приблизно 50 %, на відміну від приблизно 80 % для ІКСІ.

ІКСІ-запліднення триває – залежно від того, наскільки висока кількість отриманих яйцеклітин і як довго триває пошук активних сперматозоїдів під мікроскопом, – від 30 хв до кількох годин. Іноді, якщо отримати активні сперматозоїди не вдається навіть у результаті біопсії яєчок, Ангєрмаєр півдня проводить за мікроскопом у пошуках рухливої темної плямки, єдиного рухливого сперматозоїда. Готуючись до процедури, вона спочатку очищує забрані кілька годин тому яйцеклітини; у цієї жінки їх 27 – високий, але не надзвичайний показник. Зараз яйцеклітини вкриті так званим кумулюсом – білуватою оболонкою, такою великою, що яйцеклітини в чашці Петрі видно неозброєним оком: це малесенькі білі часточки в рожевуватій поживній речовині. Гелєна Ангєрмаєр видаляє кумулюс, збирає піпеткою яйцеклітини і промиває в розчині ензимів. Тоді під мікроскопом стає видно, скільки яйцеклітин достатньо зрілі для запліднення, на це вказує полярне тільце – куляста структура на внутрішньому краї, до якої відійшла половина подвійного запасу хромосом. Лікарка може використовувати 23 з 27 яйцеклітин.

Гелена Анґермаєр підписує чашку Петрі для ІКСІ за складною системою: на одній половині кружечками за кількістю яйцеклітин (у цьому випадку – 23), на другій – чотирма більшими кружечками для розчину сперми. Частина великих полів покривається не звичайною поживною речовиною, а спеціальним розчином, схожим за консистенцією на клей для шпалер, завдяки якому жвавих сперматозоїдів простіше буде вхопити піпеткою. Насамкінець чашка запечатується особливою олією, щоб розчин із клітинами не висихав і зберігав температуру людського тіла, на яку виставлена робоча поверхня ІКСІ-мікроскопа. З обох боків мікроскопа розташовані схожі на джойстики важелі. Той із них, яким здійснюється, власне, керування піпеткою, через гідравлічний механізм відтворює рухи рук у багатократному зменшенні. Коли Анґермаєр повертає цей важіль на сантиметр, піпетка на робочій поверхні пересувається приблизно на десять мікронів, тобто на соту частину міліметра – необхідне зменшення, якщо зважити, що довжина сперматозоїда лише п'ять мікронів, а діаметр «ін'єкційної піпетки» – вісім. Лівою рукою Гелена Анґермаєр направляє вдесьтеро ширшу, з порожниною на кінці, «піпетку-тримач», яка завдяки різниці тиску фіксує яйцеклітину під час запліднення, правою – ін'єкційну піпетку, яка засмоктує сперматозоїди та вводить у яйцеклітину. Ці піпетки вже давно виготовляються промислово, однак на початку 90-х ембріологиня мусила виготовляти їх сама. Навички ручної праці належать до елементарних передумов успіху сучасної репродуктивної медицини.

За процесом запліднення можна спостерігати через монітор поряд із мікроскопом. Анґермаєр веде піпетку спершу до поля з розчином сперми, у цьому разі всіяного метушливими чорними плямками. Вона з незбагненною швидкістю обирає сперматозоїд, екземпляр із особливо правильною голівкою, без викривлень (ми ще повернемося до питання, чи з вигляду статевих клітин можна судити про їхню плідність). Кінцем піпетки вона спершу відділяє хвіст, щоб знерухомити сперматозоїд – за природного запліднення ядра яйцеклітини теж досягла б лише голівка, – потім бере його піпеткою і переносить на інше поле чашки Петрі. Піпеткою-тримачем вона надає правильної позиції яйцеклітині – легко, як жонглерка, повертає у живильному розчині шорсткий на вигляд, темніший усередині й світлий від краю диск. І ось усе готово для першої ін'єкції.

Отже, тут, у лабораторії з видом на дахи мюнхенського середмістя, саме в цю мить з'являється людина. Якщо все піде за планом, до наступного ранку вже відбудеться запліднення, за кілька днів буде здійснено трансфер уже багато разів поділеної клітини у матку, і якщо ембріон приживеться, буде діагностовано вагітність. ІКСІ-методика з її крайньою редукцією – це радикальна реалізація мрії, над здійсненням якої вже давно працює медицина. Ще 1878 р. відбулися перші успішні експерименти із запліднення не в материнському тілі, проведені над тваринами. Сьогодні у приблизно 140 німецьких репродуктивних центрах зачинають понад 10 000 дітей на рік завдяки методиці «асистованого запліднення». Але про те, якою неймовірною ця технологія здавалася ще в той час, коли починали набувати поширення перші допоміжні засоби для штучного запліднення, дають уявлення найрізноманітніші підручники з медицини й фахові журнали. 1908 р., після перших успіхів гомологічної інсемінації – здійсненого мануально запліднення жінки спермою її чоловіка, – берлінський лікар Отто Адлер принципово погоджувався з можливістю таких вагітностей: «Власне, ми ще дуже далеко від того, щоб поєднувати жіноче яйце і чоловічий сперматозоїд у пробірці й забезпечувати можливість такого розвитку, і ще, напевне, цілу вічність будемо дуже далеко». І додає чудове речення: «Нашою колбою, яку ми нічим не замінимо, є і лишиться жіноча матка, і лише в її темній глибині загадково, невидимо для наших очей відбувається запліднення і його розвиток»³. Енох Гайнріх Кіш, знову-таки, починає розділ про «коїтус» у своїй фундаментальній роботі «Статеве життя жінки» із такої тези: «Цей акт – єдине, що віддано на волю індивіда, тоді як усі наступні процеси становлення не підпорядковуються волі й свідомості»⁴. За цими висловлюваннями можна визначити, наскільки фундаментально з останньої чверті ХХ ст. репродуктивні технології втрутилися в уявлення про зачаття й образ людини в медицині. Бо в часи *in vitro* та ІКСІ всі «процеси становлення» підпорядковані людській волі, більше того – волі лаборантки, яка під мікроскопом обирає і поєднує чоловічі й жіночі гамети. Гелена Анґермаєр, звісно ж, свідомо своєї привілейованої позиції, її лаконічний коментар – «За природного запліднення все вирішує яйцеклітина; під час ІКСІ вирішую я». Але що вона відчуває, обираючи під мікроскопом сперматозоїди і напевно

3 Adler (1908), с. 197.

4 Kisch (1904/1917), с. 327.

знаючи про те, що вибір однієї з метушливих цяточок спричинить появу зовсім іншої людини – з іншими рисами обличчя, іншим темпераментом, іншою долею? Чи почувається вона день у день деміургом із піпеткою? Анґермаєр відкидає такі питання, наголошує на рутині своєї роботи – і відвідувачу досить самому півгодини поспостерігати процедуру ІКСІ в монітор, аби з подивом зрозуміти, як швидко її віртуальність породжує відчуття рутини, навіть нудьги. Перша ін'єкція сперми – це ще подія, друга, можливо, теж, але вже на п'ятій чи шостій яйцеклітині потрібно змушувати себе пам'ятати про наслідки цієї маніпуляції, щоб і далі з неослабною увагою спостерігати за тим, що відбувається на моніторі. Абстрактність зображення нездолання, поєднання джойстика, дисплея та рухів ІКСІ-лаборантки нагадують раптом про іншу віртуалізовану практику нашого часу, про кероване комп'ютерами застосування дронів у сучасних війнах – із єдиною відмінністю, що завдяки рухам важеля в лабораторії не знищують, а зачинають людей.

Гелена Анґермаєр працює так незворушно, що особливість сировини у чашці Петрі – майбутнє людське життя – майже забувається. Перспектива її роботи стає очевидною лише в ті моменти, коли лікарка під час маніпуляцій починає говорити зі сперматозоїдами і яйцеклітинами. «Ти йди геть, – повторює вона постійно, коли в полі зі сперматозоїдами біля піпетки опиняється непридатний екземпляр, або ж, коли вже зафіксувала яйцеклітину: – Я вибрала тобі найшвидшого». Вона веде діалог із гаметами, наче ті – живі істоти; звертається до клітин із майже материнською суворістю чи ніжністю, і тільки в цей момент стає зрозумілим особливе ставлення ембріологині до матеріалу. Гелена Анґермаєр грає також із тими асоціаціями, міфами й навіть медичними концептами, які намагалися довести, що переживання матері мають безпосередній вплив на фізіологію дитини, що розвивається в її утробі. Аж до початку ХІХ ст. надзвичайну вагу мала теорія «сили материнської уяви», а саме гіпотеза, що ембріонові в материнському тілі йдуть на користь чи шкодять душевні переживання вагітної.

Гелена Анґермаєр активує ці, з медичної точки зору давно застарілі, вчення у добу асистованого запліднення. Насамперед завдяки своїй прихильності до музики – коли вона працює в лабораторії сама, то цілий день слухає радіо на хвилі класики. Анґермаєр, запекла ваґнеріанка, вже давно має абонемент до Мюнхенської опери, куди з клініки можна дійти всього за кілька хвилин. У неділю, якщо вдається викроїти час,

завжди ходить на опери Ваґнера. «В антрактах, – каже вона, – я часто повертаюся в лабораторію й закінчую процедуру ІКІ, це чудово підходить за часом». А потім розповідає, що ці «недільні діти», за її відчуттям, ще з колиски мають особливі здібності до музики: «Можливо, згодом вони матимуть особливу емоційну прив'язаність до Ваґнера». І прогнози лікарки вже неодноразово підтверджувалися. Анґермаєр особливо любить згадувати про випадок, коли в листопаді 2006 р., в неділю (вона відразу називає точну дату), в Національному театрі давали «Валькірію». Першим антрактом ембріологиня скористалася, як зазвичай, після того народилися близнюки. Лікарка була знайома з їхнім дідом, і коли вони через кілька років зустрілися, той захоплено розповідав про музичні таланти своїх онуків: «Він теж ваґнеріанець і, звісно ж, його захоплює ідея, що діти були зачаті під впливом першого акту «Валькірії». Фото близнюків, до речі, стоїть на полиці біля мікроскопів та інкубаторів.

Ці невинні – власне, лише трохи ексцентричні – вподобання ембріологині вказують, однак, на фундаментальну проблему репродуктивної медицини, про яку також ітиметься в цій книзі: мова про те, чи штучно проведене запліднення, буквально насильницьке проникнення ін'єкційної піпетки в яйцеклітину, впливає на здоров'я дітей, зачатих у такий спосіб. Ці дебати розпалювалися з новою силою після винайдення кожної нової методики асистованого запліднення. І досі не розвіялися сумніви, чи примусове запліднення *in vitro* або ІКІ, попри їхнє успішне впровадження, не становлять ризиків для нового життя. Молода наука епігенетика, що досліджує хромосомні збої під час запліднення, покладає відповідальність за накопичення окремих генетичних дефектів у новонароджених саме на методи репродуктивної медицини. Навіть Гелена Анґермаєр, яка є однією зі світил європейської ембріології, через тридцять років щоденної лабораторної роботи з людськими гаметами зовсім не позбавлена цього сумніву. «Я не вважаю, що спосіб зачаття не матиме жодних наслідків для живої істоти», – говорить вона з дивовижною для її професії ноткою скепсису. Першому поколінню, зачатому за допомогою процедури ІКІ, зараз десть за двадцять. Є численні дослідження про здоров'я та розвиток дітей і підлітків, зачатих завдяки асистованому заплідненню, і в жодному з них не виявлено статистичних відхилень розвитку таких дітей від їхніх ровесників, зачатих природним способом. Але ці дослідження, говорить Анґермаєр,

переконують лише частково: «Буде цікаво, коли цим дітям виповниться по 40 чи 50, і можна буде дослідити, чи ці люди виявляться більш схильними, наприклад, до захворювань на рак». Оприявлення від початку людства прихованих у глибині тіла процесів викликає розгубленість. Основна теза була сформульована ще Гьоте в дослідженнях з морфології: *Alles was lebendig wirken soll, muss eingehüllt sein* – «все живе має бути покритим оболонкою»⁵. Через двісті років практики штучного запліднення піддають цей постулат захищеної есенції життя елементарній перевірці.

У 2014 р. асистоване запліднення вже не є рідкісним явищем. Через півстоліття після заснування першого банку сперми в Америці й через 35 років після народження першої дитини з пробірки чи виношеної комерційною сурогатною матір'ю ці техніки вже втратили будь-яку екзотичність і входять, залежно від законодавства різних країн, до повсякденної практики репродуктивної медицини. У світі є вже понад п'ять мільйонів людей, народжених після процедури *in vitro*, зараз у Німеччині кожне сорокове народження стає можливим завдяки штучному заплідненню. До зменшення відшкодування коштів 2004 р. це було навіть кожне тридцятье народження. Кількість дітей, зачатих із використанням донорської сперми, за даними німецьких банків сперми, становить уже понад 100 000; але цю цифру, на відміну від народжень, які з 1982 р. фіксуються в «Німецькому реєстрі IVF», не можна перевірити за жодною базою даних. Сурогатне материнство і донорство яйцеклітин заборонені «Законом про захист ембріона». Однак кількість німецьких пар, які користуються пропозиціями репродуктивного туризму й проводять штучне запліднення з використанням донорських яйцеклітин у країнах, де це дозволено законом, за останні роки суттєво зросла.

За даними ВООЗ, сьогодні кожна сьома пара не може реалізувати своє бажання мати дітей. «Стерильним» за медичними показниками партнерство визнається у тому випадку, якщо вагітність не настає після року статевого життя без використання контрацептивів. Аж до 1960-х рр. процедура усиновлення все ж давала багатьом безплідним парам можливість відчутися батьками. Але, внаслідок одночасної дії трьох чинників, кількість дітей, яких можна було всиновлювати у США та Європі, радикально скоротилася: це переможний марш антибебі-пігулок,

5 Goethe (1807/1977), с. 17.

суспільне визнання позашлюбних дітей та одиноких матерів і, зрештою, легалізація абортів у великій кількості країн. Зараз таких дітей надзвичайно мало, всиновлювачі мають чекати на них роками.

На час цих радикальних змін припадає й остаточне утвердження асистованого запліднення (хоча роботу служб усиновлення і пропозиції репродуктивних технологій не так просто узгодити між собою, бо одні мають допомагати дітям без батьків, натомість інші – бездітним батькам)⁶. Поряд із заплідненням не в жіночому тілі набувають популярності методи, що передбачають використання сперматозоїдів чи яйцеклітин третіх осіб. «Гетерологічна» інсемінація, тобто інсемінація з використанням матеріалу донора (також DI), що використовувалася у США ще з 30-х рр., завдяки розвитку технологій консервування стимулювала інституційний розвиток банків сперми. Оголошення у «San Francisco Chronicle» від 18 квітня 1975 р., в якому «бездітний чоловік із безплідною жінкою» пишуть про бажання мати «дитину з пробірки», вважається першою оприлюдненою спробою пошуку сурогатної матері. Подавач оголошення – каліфорнійський вчитель, чий IQ, за його власними словами, «близький до геніальності»⁷ і який не зносить самої думки про те, що його надзвичайне обдарування не буде передане рідній дитині. На його оголошення, як він згодом розповів газеті в анонімному інтерв'ю, відгукнулася 181 жінка. Пара вибрала одну з претенденток, не знайомлячись із нею особисто, заплатила їй гонорар 7000 доларів, і в результаті штучної інсемінації ця жінка восени 1976 р. народила дочку. До кінця 80-х нормою були сурогатні матері, які виношують генетично рідну їм дитину для іншої пари. Спрощення хірургічного забору яйцеклітин і сенсаційні судові справи, коли дитина після народження ставала об'єктом спорів, зумовили корекцію пропозиції. Вже принаймні чверть століття жінки, які за гонорар виношують дітей, є лише в поодиноких випадках їхніми рідними матерями. Набагато частіше яйцеклітина належить соціальній матері чи є донорською. Для такої роботи та її відмежування від сурогатного материнства, яке сьогодні вже вважається «класичним», у німецькій мові не вироблено чіткої термінології. У США ці жінки називаються «gestational surrogates», німецькою «Tragemutter»⁸.

6 Це точне формулювання запропонували Гепп і Дідріх (2007), с. 23.

7 Цит. у Keane/Breo (1981), с. 35.

8 Досл. «мати, яка виношує». 2001 р. у Женеві на позначення цього виду сурогатного материнства ВООЗ було

Отже, з 1970-х рр. у світі репродуктивної медицини з'явилися нові персонажі, які розширюють процес розмноження людини й навіть сферу інтимних стосунків пари. Нові констеляції важко вписати в модель нуклеарної сім'ї. Суддя Федерального конституційного суду Німеччини Віллі Ґайґер у 1960 р. дуже категорично писав з приводу вже поширеної в США практики донорства сперми: «Шлюб – це життєвий союз двох людей різної статі, що дорівнює також і біологічному союзу – союзу, який за своєю сутністю не може бути розширеним»⁹. За півстоліття після цього вердикту виявилось, що сутність сім'ї все-таки більш гнучка, ніж вважалося. Однак технології асистованого запліднення й досі викликають питання, як зберегти родинну спорідненість, зважаючи на донорство сперми, яйцеклітин і сурогатне материнство. Бо ці техніки породжують фрагментовані сімейні моделі; рік за роком на світ з'являються тисячі дітей, які мають до п'яти матерів і батьків. Аби збалансувати проблематичні відносини близькості-дистанції, які розвиваються разом із розщепленням процесу утворення сім'ї, необхідні надзвичайні правові та соціальні обмеження. Яким чином стосунки між учасниками процесу можна інтенсифікувати або знеболити? Як можна врегулювати статус донора як постачальника матеріалу й засобу людської репродукції?

Прийняті в репродуктивній медицині терміни відсилають радше до дискурсу альтруїстичного дару і приховують економічні умови, пов'язані з цією діяльністю. Говорять про «донора сперми», «донорку яйцеклітин», сурогатну матір¹⁰. Насправді ж продаж статевих клітин активує коло грошообігу з багатьма відгалуженнями: лікарі й посередники платять донорам, а пари, зі свого боку, платять лікарям і посередникам набагато більші гроші. Запліднення спермою третьої особи – найдешевша з процедур асистованого запліднення – без додаткової гормональної стимуляції коштує в Німеччині лише кілька сотень євро, натомість вартість процедури IVF або ICSI становить не менше 3000 євро для тих, хто має медичну страховку. При цьому пари, в яких жінка не старша 40, а чоловік – 55 років, отримують назад половину коштів при перших трьох спробах. Суттєво дорожчими є до цього часу не дозволені

введено термін «гестаційний кур'єр». – *Прим. пер.*

9 Geiger (1960), с. 54.

10 Ідеться про англ. *donor* та німецькі слова «*Samenspender*» – донор сперми й «*Eizellspenderin*» – донорка яйцеклітин, які містять частину зі значенням «жертвувати», «*Leihmutter*» – сурогатна мати, містить частину «позичати». – *Прим. пер.*

Кінець безкоштовного уривку. Щоби читати далі, придбайте, будь ласка, повну версію книги.



КУПИТИ