

## СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТОВ РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

Автор: О. Г. ИСУПОВА, Н. Е. РУСАНОВА

*ИСУПОВА Ольга Генриховна - Ph. D. социологии университета Манчестера, научный сотрудник Института социологии РАН (E-mail: oisupova@hse.ru). РУСАНОВА Нина Евгеньевна - канд. экон. наук, докторант Института социально-экономических проблем народонаселения РАН (E-mail: ninras238@mail.ru).*

**Аннотация.** Для современной России характерны неблагоприятные демографические процессы. Уменьшается число детей, рожденных женщиной в течение жизни, увеличивается число женщин, откладывающих рождение первенцев, и тех, кто не родил ни одного ребенка. Основные причины этого - социально-экономические, однако имеет значение и ухудшение здоровья населения, приводящее к снижению фертильности и бесплодию.

**Ключевые слова:** репродуктивная медицина \* бесплодие \* пациенты \* ЭКО \* социальный портрет

**Общественная потребность в репродуктивной медицине.** По разным оценкам, в России в настоящее время бесплодны 10 - 20% населения репродуктивного возраста, т.е. до 5 млн. пар [1, с. 17], что примерно соответствует уровню развитых европейских стран: в 2007 г. во Франции за медицинской консультацией в связи с бесплодием обращались ок. 15% женщин, в Италии бесплодна каждая пятая пара, в Великобритании - каждая седьмая [2, с. 133]. Причиной бесплодия пар могут быть нарушения женской (до 80%) либо мужской (до 45%) репродуктивной функции, а примерно у трети пар смешанный фактор бесплодия (мужское и женское) [3, с. 5 - 8].

Бесплодие долгое время оставалось личной проблемой человека или семейной пары, поскольку общество мало чем могло им помочь. Усыновление позволяло стать социальными родителями, отсутствие эффективных способов лечения делало биологическое родительство бесплодных скорее исключением, чем правилом. При уровне рождаемости, достаточном для расширенного воспроизводства населения, факт, что

небольшая его часть физиологически неспособна оставить потомство, не имел значения. Бесплодие было причиной социальной стигматизации, "стыдной" проблемой, поэтому многие обращались за помощью к медицине в последнюю очередь, предварительно пройдя *"...самые ужасные операции даже и не врачей, а шарлатанов, лишь бы получить луч надежды на возможность забеременеть"* [4, с. 201].

Внедрение в клиническую практику методов вспомогательной репродукции, основанных на оплодотворении *in vitro* (вне организма), с 1978 г. сделало проблему бесплодия принципиально решенной. Вероятность наступления беременности в расчете на одну попытку с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) составляет 30 - 40%, против 8 - 25% при естественном зачатии [5, с. 9 - 14].

Современные ВРТ насчитывают более 10 методов. Наиболее эффективными и популярными являются: экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО, "зачатие в пробирке" с последующим переносом эмбрионов в полость матки); ИКСИ (при мужском бесплодии - "принудительное" соединение индивидуального сперматозоида с яйцеклеткой *in vitro*); суррогатное материнство (полученные с помощью ЭКО/ИКСИ эмбрионы генетической матери и отца вынашивает другая женщина); преимплантационная диагностика генетических заболеваний (проводится на эмбриональной стадии для исключения наследственных заболеваний у детей и во избежание аборта по медицинским показаниям в последующем); использование донорских половых клеток (при отсутствии собственных яйцеклеток/сперматозоидов); криоконсервация (замораживание эмбрионов и половых клеток для их использования в будущем).

Часто относят к ВРТ гормональную стимуляцию овуляции, которая при эндокринном бесплодии и возрастном снижении индивидуальных репродуктивных возможностей допускает зачатие "естественным" путем.

К концу XX в. сформировалась репродуктивная медицина - самостоятельное направление медико-биологических знаний, решающее проблемы реализации фертильности и рождения детей в основном с помощью ВРТ. Общественная потребность в ВРТ к этому времени стала очевидной - снижение рождаемости во многих странах привело к депопуляции, для преодоления которой требовались все резервы воспроизводства населения. Однако маркетинговая специфика отрасли (высокая себестоимость услуг, большой риск для медицинского страхования и проч.) и сохранившаяся социальная стигматизация проблемы обусловили дисбаланс между потребностью в ВРТ и их доступностью. Это видно при сравнении "социальных портретов" желающих получить ВРТ и тех, кто уже пользуется ими.

Настоящее социологическое исследование, одно из первых в России, посвящено проблемам включения репродуктивных технологий в традиционные представления, характерные для института материнства (и родительства в целом), а также связанных с этим изменений. В связи со сложностью и сензитивностью темы проблематично получение согласия на личное интервью; исследование могло быть осуществлено только на основе анонимности. Наилучшим способом получения доступа к анонимной (однако релевантной) информации о "потребителях" репродуктивных технологий оказалось использование интерактивного форума сайта Probirka.ru. Это единственный сайт в Интернете, объединяющий пациентов ВРТ, который был создан именно для того, чтобы выражать специфические интересы и точку зрения пациентов репродуктивных клиник, и в течение очень долгого времени не зависел от каких-либо коммерческих и некоммерческих организаций. Поэтому он объединяет большое число людей, использующих ВРТ для себя, при этом активных, заинтересованных и потенциально готовых участвовать в социологическом исследовании. В результате (в части, которая основана на использовании сайта Probirka.ru) мы получили портрет активистов в этой области, представителей, по сути, неформального объединения пациентов, занимающегося -прежде всего - информационной взаимопомощью и стремящегося выразить позицию пациентов в континууме ВРТ (не врачей, фармацевтов, чиновников и т.д.).

Поскольку очевидно, что далеко не все пациенты настолько активны, мы сочли методологически необходимым дополнить исследование изучением более "типич-

ной", усредненной группы пациентов - ими стали пациенты одной из ведущих репродуктивных клиник. Однако, в связи всё с теми же ограничениями, исходящими из сензитивности темы и трудностями получения согласия на интервью/анкетирование, материалы об этой группе представлены в виде данных из медицинских карт. Таким образом, мы провели сравнительное исследование двух различных групп пациентов: "активистов" и "средних". Интересны моменты, в которых обнаруживаются совпадения (и различия), что в конечном итоге позволяет делать обобщения и выводы.

Важно, что большинство пациентов ВРТ (в противовес продуцируемым средствами массовой информации представлениям) - это действительно люди, имеющие диагноз бесплодие, они поддерживаются законодательством Российской Федерации [6]. Безусловно, есть и те, кто прибегает к использованию технологий по другим причинам, прежде всего женщины, состоящие в однополых браках (см. статью Н. Нартовой, [7]), использующие положение закона, согласно которому одинокая женщина имеет право на получение услуг ВРТ. Однако закон ничего не говорит по поводу одиноких мужчин; кроме того, существуют устойчивые представления в среде населения в целом и у руководителей клиник ВРТ в частности, согласно которым у ребенка обязательно должна быть, прежде всего, мать. Соответственно, у мужчин, состоящих в однополых браках, гораздо меньше шансов осуществить свое право на родительство с помощью ВРТ в России.

**Кем востребованы ВРТ.** Информация о том, кто испытывает потребность в ВРТ, основана на Интернет-опросе посетителей сайта Probirka.ru. Сайт объединяет пациентов ЭКО (бывших, настоящих и будущих), а также тех, кто в какой-либо момент рассматривал ЭКО как способ появления на свет своих детей в связи с наличием показаний, но применение метода так и не состоялось.

Таких людей достаточно много - у сайта 8880 зарегистрированных пользователей, ежедневно его посещает не менее 500 - 1000 человек. Почти никто не заходит на сайт из праздного любопытства, все надеются на информационную помощь - на сайте накоплено много полезных сведений. Кроме того, интерактивный форум с очень насыщенным общением дает возможность "новичкам" получить совет от "ветеранов" борьбы с бесплодием, просто поговорить с "себе подобными", поскольку многие вынуждены скрывать свое бесплодие даже от самых близких.

В анкетировании участвовали следующие категории постоянных посетителей сайта: "планирующие" ЭКО; проходящие ЭКО-лечение; беременные после ЭКО; те, у кого уже родился ЭКО-ребенок; те, кому поставили диагноз "бесплодие"; усыновители; биологические родители, использующие услуги суррогатных матерей; пациенты, использующие услуги репродуктивных доноров; те, у кого беременность получилась естественным путем, но были показания для ЭКО.

Анкета для голосования была размещена на сайте в течение 68 дней в феврале-апреле 2009 г. Голосование было добровольным и анонимным. Количество отвечающих на разные вопросы неодинаково, что связано с техническими возможностями сайта (невозможно разместить более одного вопроса анкеты в одном сообщении). Однако можно достоверно считать, что на вопросы отвечали одни и те же люди, пропуская пункты, которые считали не относящимися к себе.

В общей сложности, на вопросы ответило около 200 человек (максимум - 210 - на вопрос "Состояние в браке", минимум - 175 - на вопрос "Сколько из них [Ваших детей] появилось на свет с помощью ВРТ и других способов лечения бесплодия" - в связи с тем, что у многих респондентов пока вообще нет детей). Почти все участники - женщины, что объективно отражает гендерный состав посетителей сайта Probirka.ru, где мужчин фактически нет. Это также демонстрирует отношение людей к бесплодию, их поведение, связанное с ним, сложившееся в современной России: как и во многих других сферах семейной деятельности, ответственность за решение проблемы бесплодия почти полностью возложена на женщин, даже при чисто мужском факторе. В России мужской фактор как бы "не существует": в общественном мнении мужское бесплодие однозначно и необоснованно ассоциируется с импотенцией, поэтому никому не хочется сообщать о нем даже ближайшим родственникам. К тому

же любые проблемы со здоровьем не соответствуют и современному нарастающему идеалу "мужчины-мачо", который или полностью здоров, или он не мужчина. Большинство мужчин пренебрегает своим здоровьем (что косвенно подтверждают высокие показатели мужской смертности), либо лечится "втайне" от всех, либо (и чаще всего) передает всю ответственность за собственное здоровье спутнице жизни.

Это иногда приводит к ситуации, когда жена добровольно объявляет друзьям и родственникам о своем бесплодии, хотя она совершенно здорова, а бесплоден муж. Так легче и ей самой. Связанный с женским бесплодием остракизм - ничто по сравнению с семейными конфликтами, возникающими в случае "признания" мужского фактора, в который многие просто отказываются верить.

Подавляющее большинство ответивших (87%) состоит в зарегистрированном браке и 9% в незарегистрированном. Это связано с тем, что именно семья в ее традиционном виде особенно актуализирует социально обусловленную "потребность в детях", поскольку у многих существует глубоко интериоризированное убеждение, что "семья без детей неполноценна".

С другой стороны, преобладание зарегистрированного брака может быть связано и с иными причинами.

1. Лечение бесплодия, как правило, занимает годы, и, если в паре серьезные отношения, брак за это время естественным образом регистрируется (по мнению большинства исследователей, значительная часть неформальных союзов представляет собой "предварительную" стадию зарегистрированного брака);

2. Когда ребенок долго не появляется, усиливается стремление сделать для этого все возможное, в том числе соблюдать народные обряды и поверья, одним из которых является то, что официально зарегистрированный и освященный церковью брак обязательно будет "плодовит";

3. Квоты на бесплатные попытки ЭКО в России, как правило, полагаются только парам, официально зарегистрированным в органах ЗАГС - и это может быть самым главным аргументом.

Возможно, изначально относительно большая часть бесплодных состоит в неформальном союзе, и именно факт борьбы с бесплодием мотивирует регистрацию брака. Довольно высокая доля неофициальных пар (18%) подтверждает растущую толерантность к такому статусу брака даже в случае, когда уже не просто хотят иметь общих детей, но и сталкиваются при этом с серьезными трудностями.

С другой стороны, общественные нормы не "предписывают" материнство при бесплодии в незарегистрированном браке и одиноким женщинам. В этом случае ответ на вопрос, стоит ли "заводить детей" ценой значительной траты денег и здоровья, решается индивидуально, исходя из личных норм и силы прокреативного желания. Российское общество косвенно способствует бездетности одиноких бесплодных женщин, отказывая им в квотах на бесплатное ЭКО (средний доход женщин ниже среднего дохода мужчин; доля одиноких женщин, способных оплатить ВРТ, невелика).

По результатам опроса стало понятно, что пациенты ВРТ - люди преимущественно с высшим окончанным образованием, высокоресурсная группа населения, характеризующаяся значительными инвестициями в индивидуальный человеческий капитал. Это может свидетельствовать как о том, что бесплодие и необходимость в ВРТ связаны с откладыванием деторождения из-за интенсивного инвестирования в свое образование, так и о "саморекрутировании" в исследование наиболее активной и высокообразованной части бесплодного населения - поскольку именно такие люди "концентрированно" собираются на тематических Интернет-сайтах. 66% ответивших являются наемными работниками, еще 12% имеют индивидуальный или семейный бизнес; домохозяйка 17% и еще 5% считают себя безработными; в общей сложности 78% респондентов совмещают лечение бесплодия, требующее значительных временных затрат, с работой. Такая ситуация может быть связана как с тем, что лечение почти всегда дорого, и женщина не может полностью переложить это финансовое бремя на мужа, так и с тем, что речь идет о высокообразованной группе женщин, которая не

готова сидеть дома ни при каких обстоятельствах. Довольно большое число неработающих (22%) - устроенные в жизни женщины, а простое сопоставление данных по образованию и занятости показывает, что часть из них закончила, как минимум, одно высшее учебное заведение. Соответственно, "ведение домашнего хозяйства" - их сознательный индивидуальный выбор, целью которого является решение проблемы бесплодия. Это возможно, только если женщина хорошо обеспечена мужем, хотя иногда такая стратегия содержит в себе элемент "манипуляции" и стремления "стимулировать" мужчину к большей вовлеченности в достижение общесемейных целей, по крайней мере, перекадывая на него полную финансовую ответственность за семью, в том числе за оплату лечения бесплодия.

Участие в программах ЭКО - это самостоятельная "деятельность", требующая больших затрат времени и сил, которая по объему индивидуальных усилий может соответствовать работе "на полставки"; так что у женщин, способных совмещать профессиональную деятельность и ЭКО, ритм жизни очень интенсивный.

Большинство респондентов (65%) живет в Санкт-Петербурге и Москве, остальные - в областных (21%) или районных (13%) центрах, т.е. речь идет о практически полностью урбанизированной группе населения. Это не означает, что в сельской местности и в маленьких городах бесплодие не встречается - просто у живущих там нет Интернета, достаточного образовательного уровня и доступа к лечению бесплодия как такового. Поэтому бесплодное население в России можно стратифицировать по следующим критериям: доступ к экономическим и информационным ресурсам; способы решения проблемы; распространенность и причины бесплодия (медицинские исследования эпидемиологии бесплодия отмечают влияние различных антропогенных факторов среды и эндогенных заболеваний).

Группы населения, не "подсоединенные к мировой сети", а также сравнительно обделенные экономически, как правило, не думают об ЭКО, и либо "примиряются" с бесплодием, либо решают вопрос путем усыновления (чаще - опеки, которая сопровождается выплатами со стороны государства). На данный момент пациенты ЭКО - это относительно более обеспеченные и информированные люди, и число их может расширяться в случае целевых государственных финансовых и информационных инвестиций в эту область.

Вопрос о доходах является только косвенно информативным. Большинство респондентов (64%) оценило свой доход как средний. Хорошо обеспеченными людьми считают себя только 4%, еще 14% не отказывают себе ни в чем и ежемесячно делают такие сбережения, какие хотят. Лишь 18% оценивают свой доход как низкий, т.е. убеждены, что им хватает денег только на самое необходимое (хотя понятие "необходимое" у всех разное).

Следовательно, значительные инвестиции в свое образование и затем в интенсивную работу так или иначе оправданы, даже несмотря на кризис: 82% ответивших могут откладывать деньги, часть из которых предназначена на лечение бесплодия, и лишь 18% такой возможности лишены.

О том, с какими партнерами такие женщины вступают в брак, можно косвенно судить по распределению ответов на вопрос о доле личных доходов в семейном бюджете. Здесь выявляется некий обратный паттерн - несмотря на сказанное относительно образовательной "ресурсности" данной группы и ее востребованности/активности на рынке труда, относительно выше доля женщин, зарабатывающих меньше своего мужчины: почти у 2/3 женщин доходы не превышают 40% от его доходов, у каждой четвертой (27%) доходы примерно одинаковы, и лишь каждая десятая (12%) зарабатывает больше мужа.

Это вызвано не только достаточно большой долей неработающих респондентов, но и тем, что средние возможности оплаты, предоставляемые рынком труда мужчинам, выше предлагаемых женщинам (даже с высоким уровнем образования и квалификации по востребованным профессиям). Здесь же может проявляться обратная сторона внутрисемейного "распределения репродуктивного труда" по преодолению

бесплодия, который предписывает женщинам руководство решением всех медицинских вопросов, тогда как от мужчин ожидается относительно большая ответственность за финансовую сторону.

Тем не менее, группа женщин, "финансово равных" мужчинам, велика. Это означает либо то, что многие участницы настроены скорее на равный (или даже на "матерински опекающий"/"объективизирующий и потребляющий"), чем на традиционный, брак, либо то, что не всем представительницам "высокоресурсной" группы "хватает" еще более "высокоресурсных" мужчин, либо то и другое вместе. Такое разнообразие говорит о гибкости и толерантности многих представительниц группы, "современности" взглядов и свободе от стереотипов.

Большинство ответивших принадлежит к возрастным категориям - 30 - 34 года (42%), 25 - 29 лет (33%) и частично к 35 - 39-летним (15%). Можно считать это следствием свойственной группе в целом практики откладывания первого рождения. Однако неочевидно, что следствием откладывания становится бесплодие - скорее, факт бесплодия одного или обоих партнеров пара обнаруживает несколько позже, чем это происходило раньше, именно из-за того, что момент принятия решения о том, что "пора" иметь детей, "затягивается" до 25 - 26 лет.

Преобладание группы 30 - 34 года связано с тем, что у некоторых понятие "пора" возникает еще позже, а у большинства процесс появления потомства задерживается именно в связи с неожиданно обнаруженным при отказе от контрацепции бесплодием. Некоторые 25 - 29-летние также оказались среди "пробирочниц" (как они сами себя называют) вследствие затянувшегося лечения бесплодия, хотя обратились по этому поводу к врачу в 20 - 25 лет (откладывание беременности на более поздние возраста свойственно не всем). У других процесс затягивается до 35 - 39 лет (15%) - хотя и среди этой категории есть такие, кто поздно впервые задумался о ребенке, и те, кто уже родил детей, но продолжает общаться на сайте и помогать новичкам.

Женщин моложе 25 лет и старше 40 лет на сайте меньшинство, видимо, в связи с преобладающими социальными установками относительно границ наилучшего возраста материнства. До 25 лет многие считают себя "неподготовленными" к родительству, тем более требующему инвестиций в лечение бесплодия, а после 40 лет, по распространенному убеждению, все-таки рожать "уже поздно" - но это можно считать прогрессом по сравнению с ранее бытовавшим мнением, что "поздно" наступает после 30, 68% ответивших пока не имеют детей, что говорит о том, что на сайте в основном общаются "тематические" пользователи. Остальные - матери ЭКО-детей, оставшиеся на сайте для общения и помощи новичкам. Однако какая-то часть приходит на сайт, уже имея одного или нескольких детей. Это происходит, когда женщина вступает во второй брак с бесплодным мужчиной, либо когда у нее самой обнаруживается вторичное бесплодие (в том же или повторном союзе).

Большая часть детей "пробирочниц" появилась на свет с помощью ВРТ (только у 10 или 11 из ответивших, в основном это те, кто имеет только одного ребенка, есть не "тематические" дети). Треть (31%) представительниц группы имеет именно ЭКО-детей. Остальные - не "уйдут с сайта" без детей. При достаточном упорстве, большом числе попыток, наличии способности разыскивать финансовые возможности (в том числе "раздобыть" квоту на бесплатное ЭКО у государства или благотворительного фонда), а также при готовности "принять" донорскую яйцеклетку, донорскую сперму и/или программу суррогатного материнства, практически каждая так или иначе "получит" желанного ребенка (детей).

По качественным оценкам многолетнего "включенного наблюдения", лишь 1% все-таки уходит из "темы" бездетными - в основном из-за слишком сложных диагнозов, упущенного времени, "ненормативного" возраста, финансовых проблем, неприемлемости донорских или суррогатных программ. Еще около 1% посетительниц сайта решает проблему бездетности путем усыновления. Остальные становятся "ЭКО-мамами", но среди них невозможно определить долю тех, кто применял для этого донорские и/или суррогатные программы.

Только у двух респонденток есть усыновленные дети (у одной из них - двое). Усыновление может произойти на разных этапах и по разным причинам.

\* "Вместо" ЭКО - при этом прекращаются все дальнейшие медицинские манипуляции с целью появления "генетически своих" детей. Это решение обычно принимается после одной-двух неудачных попыток. В пользу такого выбора приводятся аргументы, связанные с "нравственными" аспектами (благополучие брошенных детей), небезопасностью ЭКО для здоровья, потерей времени на безуспешные попытки, финансовые соображения.

\* "Перед" рождением "своего", обычно тоже после нескольких неудачных попыток - при этом нет намерения отказываться от ЭКО, усыновление воспринимается как попытка "задобрить" высшие силы, что связано с поверьем, согласно которому "как только усыновишь, сразу забеременеешь". С другой стороны, важную роль играет желание "уже сейчас" нянчить "готового" ребенка.

\* "После" рождения "своих" детей - в качестве "благодарности" за их появление, чтобы помочь кому-то из "брошенных" малышей. Это самый редкий вариант.

Большинство респондентов пока бездетно, но на вопрос отвечали и те, у кого есть дети. Это значит, что представительницы группы очень часто не удовлетворяются рождением одного ребенка и планируют еще одного-двух. Каждая третья (34%) отметила желание иметь двоих разнополых детей, а среди тех, кто хочет только одного ребенка (или еще одного ребенка), заметно предпочтение девочек мальчикам. Это может быть связано с достаточно высокой оценкой "своего" пола.

Превалирует желание иметь просто ребенка/детей любого пола у 41%, что объясняется трудностями зачатия, вследствие которых женщины постепенно формируют безразличие к изначально важным "признакам" желанных детей (пол, цвет глаз, волос и т.д.) - и начинают воспринимать ребенка целостно, не фокусируясь на "деталях", концентрируясь лишь на возможности его/ее появления на свет как такового.

При ВРТ трудно "программировать" количество детей, поскольку повышена вероятность многоплодия, и настроенные на "только одного ребенка" в этой ситуации сталкиваются с определенными трудностями, поскольку точно "задать" получающееся число детей невозможно: при каждой попытке ЭКО может получиться один ребенок, ни одного или двойня, с чем все-таки обычно приходится примириться. Против появления еще более многоплодных беременностей (начиная с тройни), как правило, принимаются определенные меры, поскольку их вынашивание связано с высоким риском для здоровья и матери, и детей; тем не менее, тройни иногда вынашиваются и рождаются.

Подавляющее большинство ответивших либо считает общее состояние своего здоровья вполне хорошим (55%), либо позволяющим вести обычный образ жизни, несмотря на хронические заболевания (42%), т.е. эти заболевания успешно контролируются и практически ничему не мешают. Это неудивительно, поскольку "борьба за ребенка" является нелегким делом, требующим не только приемлемого здоровья, но и "бойцовских качеств", физических сил и эмоциональной устойчивости. 3% оценивают свое здоровье как достаточно плохое, но все равно "борются" за свои репродуктивные права.

Гораздо более примечательно то, что и свое репродуктивное здоровье большинство оценивает достаточно высоко, считая, что они либо совершенно здоровы в этом отношении, либо у них имеются "небольшие отклонения" (в общей сложности это 62%).

Группа тех, кто считает свое репродуктивное здоровье скорее плохим, тоже весьма представительна (38% в общей сложности). Такое "завышение" качества репродуктивного здоровья пациентами репродуктивных клиник может свидетельствовать не только о распространенности мужского бесплодия (в парах, где жена абсолютно репродуктивно здорова), но и о том, что для женщин очень важно восприятие себя как в целом "здоровых", иногда даже вопреки очевидности. Видимо, проявляется влияние нормы, согласно которой нездоровье - все-таки "ненормально" и является причиной социальной стигматизации. Поэтому в нем не только нельзя признаваться окружаю-

щим, но и очень полезно не признаваться самой себе - во избежание формирования лишних "комплексов", которые могут помешать в достижении цели.

Несмотря на постепенно формирующиеся в обществе практики откладывания рождения первенца, значительная группа респондентов впервые обратилась за помощью по поводу лечения бесплодия в возрасте 20 - 25 лет (40%). Это может быть связано не только с желанием родить ребенка именно в указанном возрасте, но и с тем, что многие знали о своих репродуктивных проблемах с детства, некоторые лечились с детства (часть тех 6%, которые обратились к врачам в возрасте до 20 лет).

Вторая по численности возрастная категория (35%) - это "откладывающие" деторождение до 26 - 30 лет; заметна доля тех, кто откладывал еще дольше - до 30 - 34 лет (14%). Тех, кто начал задумываться о детях после 35 лет, еще меньше (3%); в связи с сохраняющейся "ненормативностью" рождения первенца в таком возрасте, эта группа состоит из тех, у кого поздно сложились либо достаточно прочный союз с мужчиной, либо благоприятная финансовая ситуация.

Теоретически, большинство предпочло бы не только решить проблему бездетности, но и вылечиться от бесплодия (67%). Однако значительная доля ответивших (10%), видимо, осознает, что это почти невозможно - а к невозможному нет смысла стремиться. В таких обстоятельствах "оптимистичный" настрой большинства, касающийся улучшения собственного здоровья, можно расценивать как некий гедонизм, представляющий собой характерную особенность изучаемой группы. В условиях многолетнего преодоления бесплодия большинству, конечно, приходится откладывать часть своих гедонистических устремлений "на потом"; но почти никто не готов "бороться за детей" по-настоящему фанатично, годами отказывая себе абсолютно во всех удовольствиях.

Большое значение имеют финансовые возможности. Для каждой пятой (22%) оплата даже процедур, связанных с рождением ребенка, не говоря о полном собственном излечении, проблематична из-за недостатка денег. То же характерно и для большей части "оптимистично" настроенных "пробирочниц", которые хотели бы полностью вылечиться от репродуктивных проблем, а не просто обрести возможность материнства (49%). Есть и обеспеченные пациентки, уверенные, что у них хватит средств на заботу не только о будущем ребенке, но и о себе. Особенно много тех, кто делит расходы на текущее лечение с супругом (37%). Это соответствует выявленной ранее относительной успешности и востребованности представительниц группы на рынке труда и характерной для многих из них установке на "равный" брак.

Следующая по численности группа - более традиционные пары, расходы на лечение бесплодия в которых на себя полностью берет супруг (24%). На третьем месте по численности - женщины, самостоятельно зарабатывающие на свое лечение (11%). Такое распределение вполне соответствует распределению по долям общего семейного дохода, зарабатываемого соответственно мужем и женой.

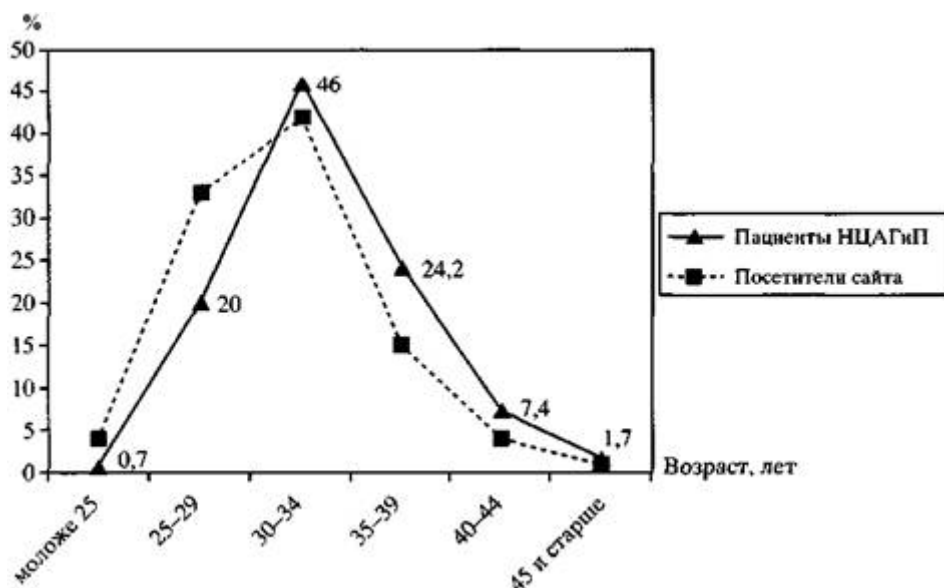
Немало и тех, кому удалось получить бюджетную квоту на бесплатное ЭКО и хотя бы частично покрыть расходы (13%). 8% используют кредиты, и лишь 5% смогли привлечь средства спонсоров. Но совсем никому не помогает предприятие, на котором работают жена или муж. Это, объясняется, в том числе и тем, что репродуктивные проблемы, как правило, стремятся скрыть от ближайшего окружения, к которому относятся и работодатели.

Показателем активности и целеустремленности группы является факт, что большинство (68%) настроено искать все новые и новые источники средств и методов достижения цели. Среди этих средств в последнее время активно используются и различные варианты "бесплатного" или "частично бесплатного" лечения (30%), а также его удешевления (7%).

Только 10% задумываются о том, чтобы найти себе какую-то "лазейку" альтернативного выхода из ситуации, без рождения ребенка; это включает усыновление, а также решение остаться бездетными и переключиться на другие цели жизни.

**Кто получает ВРТ.** Информация о том, кто получает доступ к ВРТ, основана на анализе медицинских карт пациентов отделения сохранения и восстановления





**Рис. 1.** Сравнительная возрастная структура посетителей сайта Probirka.ru и пациентов НЦАГиП

репродуктивной функции женщины московского ФГУ "Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В. И. Кулакова Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи" (НЦАГиП) за 2008 - 2009 гг. Это одно из ведущих лечебных учреждений, оказывающих помощь при репродуктивных нарушениях у мужчин и женщин, в том числе с использованием методов ВРТ. НЦАГиП входит в перечень федеральных медицинских учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь (по акушерству и гинекологии) гражданам РФ за счет средств федерального бюджета. Для анализа было отобрано 285 карт пациентов, из которых 260 обратились в отделение в 2008 г., 25 - в январе 2009 г.

Информация, учтенная в картах, специфична и относится, в основном, к медицинским аспектам проблемы. Лишь часть вопросов перекликается с анкетой социологического исследования: возраст, семейный статус, репродуктивное здоровье мужа, место жительства, косвенно - общее состояние здоровья (вопросы о перенесенных заболеваниях), образование и карьера (вопросы о профессии), наличие детей (вопросы о предыдущих беременностях и родах).

Подавляющее большинство пациенток составляли женщины 25 - 39 лет (90,2%), преобладали 30 - 34-летние, которых почти половина. Такая возрастная структура, в принципе, соответствует структуре посетителей сайта Probirka.ru, но большинство пациентов НЦАГиП несколько старше (рис. 1).

"Пик" потребности и доступности совпадает и приходится на возраст 30 - 34 года, но 4/5 пациентов репродуктивной клиники (79,3%), т.е. тех, кто получает репродуктивную помощь, старше 30 лет. Среди посетителей сайта таких 62%, зато там 4/5 респондентов не перешагнули 35-летний рубеж, т.е. находятся в возрасте активной репродуктивности. Это подтверждает, что, несмотря на раннее индивидуальное осознание проблемы бесплодия и активные поиски способов ее решения, процесс затягивается. К моменту начала эффективного лечения треть пациентов переходит в старший репродуктивный возраст, когда шансы на успех снижаются.

Все обратившиеся в НЦАГиП женщины состояли в фактическом браке (зарегистрированном или незарегистрированном), т.е. имели мужчину, готового стать отцом их будущего ребенка, причем этот мужчина вел себя достаточно активно - сдавал анализы,



Рис. 2. Распределение бесплодных пар по возрасту мужчины и женщины

и, в принципе, был согласен на ИКСИ (оно рекомендовано 40,4% пациенток). При этом в каждой пятой паре женщина была старше (максимальная разница в возрасте - 8 лет). Возрастной разрыв в пользу мужчины еще более выражен - в 5% случаев мужчина был старше женщины на 10 лет и более (рис. 2). Практически все пациентки жили в городах, причем половина из них - в Москве (52%), почти 2/3 работали (68%). Профессии типичны для женщин и свидетельствуют об уровне образования не ниже среднего профессионального (рис. 3).

Причиной обращения было бесплодие длительностью 1 - 22 года, причем преобладало вторичное (62%). В 82,3% случаев причиной бесплодия был трубно-перитонеальный фактор, а в 42,3% случаев выявлено мужское бесплодие. Репродуктивное и гинекологическое здоровье абсолютного большинства не соответствовало норме: у 45,2% отмечены ИППП\* (от сифилиса до хламидиоза), у 15,8% - снижение овариального резерва, у 13,1% - эндометриоз, у 9,6% - СПСЯ\*\*, у 7,3% - доброкачественные новообразования половых органов, почти у половины пациенток удалены трубы - обе (31,9%) или одна (12,3%). У 2/3 пациенток (67,7%) патологии сочетаются.

Только 2,7% женщин отрицали наличие у себя каких бы то ни было хронических заболеваний, у остальных - болезни щитовидной железы (15,4%), почек (14,6%), желудочно-кишечного тракта (12,7%), сосудов головного мозга (11,9%), гепатиты А, В и С (9,2%), желчнокаменная болезнь (7,3%), а также артериальная гипертония, ожирение разной степени, заболевания мочевыводящих путей, сердца, опорно-двигательного аппарата, вен нижних конечностей, крови, органов дыхания, глаз, кожи; встречались единичные случаи туберкулеза легких, удаления почки, эпилепсии, микроопухолей головного мозга. Некоторые из патологий в недавнем прошлом ставили под сомнение возможность деторождения даже при нормальной фертильности.

Большинство обратившихся никогда не имели детей - только каждая десятая когда-либо рожала, обычно один раз, хотя одной женщине ЭКО понадобилось по довольно редкой причине - в семье есть несколько дочерей, а муж настаивал на рождении мальчика. Аборты (21,8%) и выкидыши (19,3%) были у каждой пятой. 37,9% пациенток прибегали ранее к процедурам ВРТ - один раз (19,3%), дважды (10,5%), трижды (3,5%), четыре раза (4,2%), шесть раз (0,4%). Большинство этих попыток (86,1%) успеха не принесли.

Пары, получившие квоты на ЭКО, соответствовали существующим критериям отбора пациенток для проведения лечения бесплодия с применением ВРТ за счет бюджетных средств: женщины были не старше 38 лет, оба супруга бесплодны и состояли в зарегистрированном браке<sup>1</sup>.

\* ИППП - инфекции, передающиеся половым путём.

\*\* СПКЯ - синдром поликистозных яичников.

<sup>1</sup> Критерии отбора пациенток на квоты в федеральные медицинские учреждения и медицинские учреждения, находящихся в ведении субъектов РФ и муниципальных образований, расположенных на их территории, утверждаются органами, выделяющими средства на лечение из бюджетов разных уровней, поэтому несколько отличаются друг от друга по возрасту пациенток, семейному статусу, диагнозам, числу попыток ЭКО и проч., и со временем меняются. Например, в Москве средства городского бюджета на эти цели выделяются только официально зарегистрированным парам, постоянно проживающим в городе и не имеющим общих детей, где женщина не моложе 22 и не старше 38 лет страдает бесплодием, лечение которого другими методами неэффективно [8]. В Екатеринбурге и Свердловской области возраст женщины на момент подачи заявления о выделении квоты не должен превышать 39 лет, и пара может рассчитывать на две бесплатные попытки ЭКО [9], в Новосибирске дополнительным требованием является занятость обоих супругов в бюджетной сфере [10].

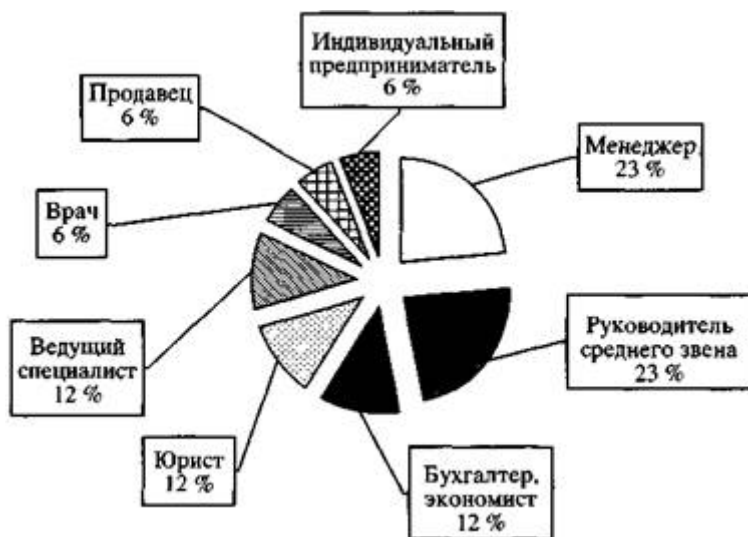


Рис. 3. Профессиональный состав работающих пациентов репродуктивной медицины

Таким образом, медико-социальные "фотографии" реальных и потенциальных пациентов репродуктивной медицины позволяют говорить об отсутствии принципиальных различий между ними. Их отличает социальная активность, относительная жизненная успешность, ориентированность на результат, высокая эффективность предпринимаемых действий в любой области, целеустремленность. Общество и репродуктивная медицина как его составная часть в настоящее время могут предложить им более эффективные, чем раньше, методы решения проблемы бесплодия, позволяющие с высокой вероятностью реализовать потребность в детях.

Соответственно, можно сформулировать гипотезу о необходимости пересмотра некоторых сложившихся в науке взглядов относительно неизменности процента непоправимо бесплодных мужчин и женщин, а также о стремлении объяснять большую часть бездетности бесплодием. Бесплодие, в принципе, преодолимо, а для бездетности в наше время могут быть и совершенно другие причины.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гаспаров А. С., Назаренко Т. А. Репродуктивное здоровье. Бесплодие как медико-социальная проблема (клиническая лекция). М.: НЦАГиП РАМН, 2000.
2. Between politics and clinics - the many faces of biomedical policy in Europe. V.II. RAND corp., 2008 (<http://www.rand.org>)
3. Кулаков В. И., Овсянникова Т. В. Проблемы и перспективы лечения бесплодия в браке // Акушерство и гинекология, 1997. N 3. С. 5 - 8.
4. Ланда Э. И. Причины и способы лечения женского бесплодия // Акушерка. 1909, N 13 - 14.
5. Янишина М. Б. История и эволюция методов лечения бесплодия // Проблемы репродукции, 1995. N 1. С. 9 - 14.
6. <http://www.probirka.ru/zakon.html>
7. Семейные узы: Модели для сборки: Сб.ст. / Под ред. Ушакина С. Кн. 1. Москва: НЛЮ, 2004.
8. Критерии отбора пациенток для проведения лечения бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств городского бюджета. Приложение N 1 к приказу Департамента здравоохранения г. Москвы от 28.04.2007 N 195 "Об организации работы по направлению на лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий за счет средств бюджета". <http://www.mosgorzdrav.ru>
9. [http://www.cfm.ru/?main=eko\\_budget](http://www.cfm.ru/?main=eko_budget)
10. <http://www.nskmed.ru/question/list/info/7question-item-info0id-1533>