**Содержание**

Введение

1. Основные проблемы биоэтики

2. Вспомогательные репродуктивные технологии

3. Правовые проблемы репродуктивных технологий

4. Морально–этические проблемы биоэтики

Заключение

Список использованных источников

### Введение

Институт рождаемости становится все более актуальным, и не только для нас, россиян, но и для многих зарубежных стран, где смертность превышает рождаемость и крайне остро стоит демографическая проблема. Как это ни страшно, но человеческое население развитых стран, в том числе России, вырождается. В нашей стране число смертей превышает число рождений уже более 10 лет, рождаемость не достигает даже уровня простого замещения поколений. Такая ситуация складывается по различным причинам. Это и материальное положение, и карьерный рост, и здоровье молодежи, и медицинские показатели, и отсутствие элементарной половой культуры, и, как это ни странно, - несовершенное законодательство, и иные факторы.

По медицинской статистке, более 20% всех супружеских пар не обладают естественной способностью к рождению детей. Ни для кого не секрет, что счастье рождения ребенка приходится не на каждую женщину, как, собственно, и не на каждого мужчину, и проблема бесплодия существовала всегда. Одна из каждых пяти супружеских пар не может иметь собственных детей. И подавляющее число разводов происходит не из-за пресловутого несходства характеров, супружеских измен, алкоголизма или наркомании одного из супругов, а именно из-за отсутствия в семье ребенка. Никакая пылкая любовь, взаимное уважение, стабильный доход, сходство интересов и вкусов не спасают. Родительские инстинкты берут свое, и бездетные браки распадаются значительно чаще, чем те, в которых есть дети.

### 1. Основные проблемы биоэтики

Медицинская этика (биоэтика) как научная дисциплина впитала в себя наработки, методики социологии, психологии, социальной психологии, профессиологии, религиоведения, юриспруденции, менеджмента, педагогики и множества других медицинских и немедицинских дисциплин, имея при этом свой собственный объект изучения - профессиональное поведение медицинских работников.

Биоэтика, как и медицинская этика, осталась наукой о законах, принципах и правилах регулирования профессионального поведения медицинского работника, которая в условиях новых медицинских технологий позволяет не только использовать достижения научно-технического прогресса на благо человека, но и предупреждать практикующего врача, ученого-медика о недопустимости нанесения вреда человеку, его потомству, окружающему нас миру.

В медицине существуют проблемы, которые выходят за рамки сугубо профессиональных интересов и приобретают социальное, государственное значение. Среди них особо следует выделить проблемы репродуктивной медицины, которые в значительной мере определяют демографическую ситуацию в целом и те «горячие» точки, которые находятся под пристальным вниманием общества.

В репродуктивной и перинатальной медицине особое место занимает проблема бесплодия. Медико-социальная значимость проблемы не вызывает сомнений, если принять во внимание, что в России из 140 млн. населения около 53% (74 млн.) составляют женщины. В активном детородном возрасте (от 20 до 29 лет) находятся приблизительно 37 млн., из них 5 млн. бесплодны. Мужской фактор в структуре бесплодия у супружеских пар составляет 50%.

До недавнего времени вопросы регуляции рождаемости решались чаще всего самой женщиной. Желанная беременность сохранялась и лелеялась, от нежеланной беременности предохранялись более или менее простыми методами контрацепции. Бесплодие всегда считалось пороком, и главным виновником обычно признавалась женщина. Поэтому бесплодный брак, как правило, был самым веским аргументом для развода и распада семьи.

В течение всей истории человечества шли поиски причин бесплодия и его преодоления. Конец 20-го столетия ознаменовался тем, что процесс репродукции стал управляемым, появились реальные возможности предупреждения нежеланной беременности, стимуляции овуляции, наступления беременности при бесплодии и сохранения ее на всех этапах (В.И. Кулаков, Б.В. Леонов, В.М. Сидельникова, Л.Е. Мурашко, Г.М. Савельева и др.).

### 2. Вспомогательные репродуктивные технологии

К числу острых проблем биомедицинской этики относятся так называемые репродуктивные технологии - основанные на результатах научно-технических достижений, решающих задачи воспроизводства потомства. Речь идет о применении высоких технологий для получения потомства в тех случаях, когда это естественным путем невозможно - (мужское и женское бесплодие, желание иметь кровнородственного ребенка без брака, желание гомосексуалистов, монахов и монахинь иметь детей и т.д.). Репродуктивные технологии предусматривают различные варианты оплодотворения яйцеклетки в теле женщины или вне его, выбор пола будущего ребенка, генетическое очищение популяции, клонирование и др.

Одна из наиболее важных сфер применения репродуктивных технологий - искусственное оплодотворение яйцеклетки в организме женщины или вне его - «в пробирке», так называемое ЭКО, а одним из вариантов ЭКО является суррогатное материнство, при котором «супруги-заказчики», желающие завести детей, но не могущие сами иметь их, заключают договор с женщиной, согласной выносить для них ребенка, зачатого от их донорского материала или полностью чужого (яйцеклетка и сперма) материала.

Все процедуры репродуктивных технологий влекут за собой ряд этических и юридических проблем. Российское законодательство достаточно разумно решает юридическую сторону проблемы. Ст. 35 раздела VII Основ гласит: «Каждая совершеннолетняя женщина детородного возраста имеет право на искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона... Сведения о проведенном искусственном оплодотворении и имплантации эмбриона, а также о личности донора составляют врачебную тайну».

В программах вспомогательных репродуктивных технологий по существу моделируется одно половое сношение, и шанс наступления беременности, как и в физиологических условиях, не превышает 35%. При этом наиболее важным оказывается не сам факт наступления беременности, а ее исход - рождение живого и здорового ребенка, так как перинатальные потери чрезвычайно высокие: 10, 20, 40 и даже 60%. Таким образом, в конечном итоге из 100 предпринятых попыток рождаются живыми и здоровыми не более 15 детей.

Среди существующих методов, получивших признание и обладающих наибольшей эффективностью, выделяют следующие.

Экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбриона - метод заключается в оплодотворении ооцита сперматозоидом in vitro и переносе эмбриона в полость матки бесплодной женщины. Данный метод лежит в основе других вспомогательных репродуктивных технологий.

Инсеминация ооцита фертильной женщины спермой донора - донация ооцитов, состоящая в переносе эмбрионов, полученных путем оплодотворения in vitro ооцитов женщины-донора спермой мужа или донора, в полость матки бесплодной женщины.

Метод интрацитоплазматического введения сперматозоида в ооцит базируется на программе экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона и является одним из вариантов оплодотворения in vitro. В цитоплазму ооцита вводится лишь один сперматозоид, полученный из эякулята или из яичка, либо из эпидидимиса.

Суррогатное материнство, при котором эмбрионы генетических родителей переносятся в полость матки другой женщины.

Смысл суррогатного материнства заключается в том, что ребенка вынашивает не сама генетическая мать, а специально подготовленная для этого другая женщина. Учитывая крайнюю важность возложенной на суррогатную мать задачи, эти женщины проходят строгий отбор. Естественно, они обязательно должны быть здоровыми не только физически, но и психически, кроме того, у них должны быть свои дети. Конечно, принятие решения о подобном лечении дается нелегко, требует времени, осмысления и согласия обоих супругов.

Технически программа лечения бесплодия с помощью суррогатного материнства состоит из нескольких этапов. Основная цель первого этапа - добиться того, чтобы менструации обеих женщин начались почти одновременно - в один день или с разницей в один - два дня. Эмбрионы, полученные у семейной пары, должны быть перенесены в полость матки женщины, вынашивающей беременность, именно в эти максимально благоприятные дни. Основной смысл второго этапа, цель которого, как уже описано, получение эмбрионов, заключается в проведении непосредственно программы ЭКО, или, как её еще называют - искусственного оплодотворения. Женщина под пристальным контролем врача получает специальные препараты, активизирующие деятельность яичников, и в них начинают созревать не одна, как в обычном цикле, а сразу несколько яйцеклеток. А когда яичники дойдут до необходимого состояния, что обычно бывает через 10-15 дней после начала лекарственной стимуляции, из них с помощью специальной пункции забирают зрелые яйцеклетки. Полученные женские половые клетки эмбриологи оплодотворяют спермой мужа и отслеживают, как будут развиваться полученные эмбрионы.

Затем наступает черед третьего этапа - переноса эмбрионов в полость матки. При «обычном» лечении бесплодия их переносят «хозяйке», то есть пациентке, которая и будет мамой, а в случае суррогатного материнства происходит смена ролей. Теперь на первый план выступает женщина, которая будет помогать семейной паре. Дальше - тест на беременность, и если она наступила, то необходимо дальнейшее наблюдение акушера - уж слишком дорога для семьи такая необычная беременность.

Таким образом, все эти методы направлены на решение одной задачи - при различных формах мужского и женского бесплодия добиться наступления беременности, обеспечить ее сохранение и получить живого и здорового ребенка. Большинство исследователей утверждают, что с помощью вспомогательных репродуктивных технологий эта цель достижима. Основным и чрезвычайно убедительным аргументом является то, что в мире благодаря данным методам уже родились тысячи здоровых детей. Боязнь, связанная с возможным увеличением у потомства этих матерей частоты врожденных пороков развития, оказалась неоправданной, так как последняя не превышала 3-5%.

### 3. Правовые проблемы репродуктивных технологий

Правовая регламентация репродуктивных технологий закреплена Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, Приказом Министерства здравоохранения от 26 февраля 2003 г. №67 «О применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в терапии женского и мужского бесплодия». Названные правовые акты дают законодательную регламентацию медицинской стороны вопроса. Но, как показывает жизнь, настолько же важными являются и законодательные акты, направленные на правовое оформление процессов ВРТ. К ним относятся Семейный кодекс Российской Федерации и Федеральный закон «Об актах гражданского состояния», которые регламентируют установление происхождения ребенка и государственную регистрацию рождения ребенка и сведений о родителях.

Наиболее сложной в законодательном отношении явилось регулирование метода суррогатного материнства. Применение этого метода постоянно растет, что требует и серьезного правового подхода.

Анализируя законодательство, регулирующее ВРТ, можно предложить следующую характеристику: «суррогатная мать» - здоровая женщина, на основе соглашения (договора) после искусственного оплодотворения выносившая и родившая ребенка для другой семьи. Зачатие происходит в условиях специализированного медицинского учреждения (без полового акта), для чего могут использоваться яйцеклетки и сперма, как бесплодной супружеской пары, так и доноров.

Приказом Минздрава РФ от 26 февраля 2003 г. № 67 «О применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в терапии женского и мужского бесплодия» (нормативно-правовым актом федерального органа власти) утверждена Инструкция «О применении методов вспомогательных репродуктивных технологий», которая регламентирует вопросы суррогатного материнства. В ней введены жесткие требования, предъявляемые к суррогатным матерям.

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

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

Требования, предъявляемые к суррогатным матерям: возраст от 20 до 35 лет; наличие собственного здорового ребенка; психическое и соматическое здоровье.

Объем обследования суррогатных матерей: определение группы крови и резус-фактора; анализ крови на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С (действителен 3 месяца); обследование на инфекции: хламидиоз, генитальный герпес, уреаплазмоз, микоплазмоз, цитомегалию, краснуху (действительно 6 месяцев); общий анализ мочи (действителен 1 месяц); клинический анализ крови + свертываемость (действителен 1 месяц); биохимический анализ крови: АЛТ, ACT, билирубин, сахар, мочевина (действителен 1 месяц); флюорография (действительна 1 год); мазки на флору из уретры и цервикального канала и степень чистоты влагалища (действительны 1 месяц); цитологическое исследование мазков с шейки матки; осмотр терапевта и заключение о состоянии здоровья и отсутствии противопоказаний к вынашиванию беременности (действителен 1 год); осмотр и заключение психиатра (однократно); общее и специальное гинекологическое обследование (перед каждой попыткой индукции суперовуляции).

В связи с введением института материнского капитала нуждается в уточнении Федеральный закон № 256-ФЗ «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей», принятый 29 декабря 2006 г. В нем следует конкретизировать право супруги-«заказчицы» на получение материнского капитала. Действующий закон распространяет данное право только на женщин, родивших или усыновивших детей. Супруга-«заказчица» не рожала своего ребенка и не усыновляла его. И, следуя букве закона, на нее не распространяется право на получение материнского капитала. Предлагаемое уточнение исключит отмеченную неопределенность в данном вопросе.

Действующее законодательство (Семейный кодекс РФ, приказ Минздрава РФ № 67 «О применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в терапии женского и мужского бесплодия») не обладает целостностью, что не позволяет говорить о завершенности нормативно-правового регулирования рассматриваемого института.

Однако практика применения метода суррогатного материнства диктует необходимость создания полноценной законодательной базы о суррогатном материнстве, содержащей подробную регламентацию всех аспектов данных правоотношений.

В связи с этим, прежде всего, представляется необходимым сформулировать нормативное определение понятия суррогатного материнства. В нем целесообразно отразить присущие данному явлению следующие существенные признаки:

* наличие взаимной договоренности между суррогатной матерью и потенциальными родителями, в соответствии с которой производится экстракорпоральное оплодотворение (далее - ЭКО);
* факт зачатия ребенка путем ЭКО и имплантации эмбриона в полость матки женщины, согласившейся стать суррогатной матерью;
* наличие генетического родства между потенциальными родителями (или одним из них) и ребенком;
* целенаправленное вынашивание женщиной ребенка для его последующей передачи потенциальным родителям.

Исходя из этого, суррогатное материнство следует определять как взаимную договоренность между суррогатной матерью и потенциальными родителями о том, что суррогатная мать пройдет процедуру имплантации эмбриона, зачатого с применением метода ЭКО, выносит, родит и передаст ребенка потенциальным родителям.

Раскрыть тему правового регулирования суррогатного материнства, вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), их юридические, морально-этические аспекты подтолкнул случай появления на свет 16 ноября 2005 года младенца по имени Георгий Захаров, сына отца, который скончался за два года до момента зачатия ребенка. Живительные клетки, породившие жизнь, хранились в замороженном состоянии в госпитале Шиба-медикал-центр в Телль-Авиве девять лет, с тех пор, когда бабушка Гоши привезла его отца (своего сына) на лечение от рака в Израиль. Одной из первых процедур, которую провели израильские медики, был забор спермы. Как рассказывала недавно бабушка, «родившая» себе внука и продолжившая свое поколение на земле, она возмущалась этой процедурой и требовала скорейшего начала лечения, но врачи ее успокоили, сказав, что это ее будущее.

Рождение этого ребенка в нашей стране первый и беспрецедентный случай. Казалось бы, вот решение проблемы, медицина в области репродуктивных технологий достигла значительных результатов, и если раньше ребенок в пробирке вызывал удивление, то теперь он не только в пробирке, но и от умершего ранее родителя, а то и двух. Но законодательство, как это часто бывает, отстает, и беспрецедентен этот случай не только для российской медицины, но и для российского законодательства, которое, к сожалению, не поспевает по многим вопросам современного развития новых технологий, науки, рыночных отношений, изменений экономического состояния страны и т.д. А поэтому приходится либо искать «обходные» законодательные пути, что тоже неправильно, либо отказываться от массового продвижения ноу-хау. Регистрация рождения мальчика в свете действующего законодательства, является сложнейшей процедурой, т.к. закон таких случаев не регламентирует. Но об этом чуть позже, а пока вернемся к теме суррогатного материнства.

Моральные и юридические проблемы, связанные с практикой суррогатного материнства, оказались особенно сложными. Немаловажное значение при законодательном решении и закреплении вопросов, относящихся к здоровью и этике, имеет отношение государства к новым научным технологиям, в частности к вопросам искусственного оплодотворения, имплантации эмбриона, суррогатного материнства и т.д. В отдельных странах с учетом новых условий и технологий были скорректированы уже имевшиеся или приняты новые законы и министерские приказы о репродукции человека. На общеевропейском уровне 19 ноября 1996 г. Комитет министров Совета Европы принял Конвенцию по правам человека в биомедицине. Конвенция является первым обязательным в области здравоохранения юридическим документом, который направлен на защиту человека от возможных злоупотреблений, связанных с использованием новых биологических и медицинских методов и процедур. Методы искусственного оплодотворения в международном праве регулируются также несколькими директивами, вытекающими из трех рекомендаций Парламентской ассамблеи Совета Европы, резолюциями, принятыми 16 марта 1969. Европейским парламентом, и решениями Комиссии по правам человека.

### 4. Морально–этические проблемы биоэтики

Самые ожесточенные дискуссии происходят вокруг морально-этических проблем и в основном так называемого права плода на жизнь. Это обусловлено тем, что многие современные технологии связаны с проведением искусственных абортов или же с использованием тканей эмбриона и плода. Так, пренатальная диагностика предполагает практику абортирования плодов с грубыми пороками развития, а аборт в данной ситуации является единственным средством «профилактики» врожденной наследственной патологии. Другим примером вмешательства в процесс внутриутробного развития являются методики, используемые при экстракорпоральном оплодотворении. Метод селекции эмбрионов, основанный на генетическом исследовании фрагмента бластоцисты и направленный на выбор здоровых эмбрионов с последующей пересадкой их в матку, подвергается критике за его возможную недостоверность. Критики сомневаются в его целесообразности в тех случаях, когда предполагаемые заболевания возникают обычно в пожилом возрасте (болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера и др.), так как человек может и не дожить до этого возраста или к тому моменту будут изобретены другие средства их лечения.

Критике подвергается и другой метод, также используемый при экстракорпоральном оплодотворении. Это метод редукции эмбриона при многоплодной беременности, при котором удаляются «лишние» эмбрионы.

В последнее время широко обсуждаются проблемы использования абортированных тканей для создания эффективных терапевтических средств (тканевая терапия мозговой тканью плода человека, терапия с использованием стволовых клеток и др.). Это также расценивается как нарушение норм этики и морали. При этом дается ссылка на Всеобщую декларацию ЮНЕСКО о геноме человека и правах человека, подписанную в 1977 г. всеми членами ООН, за исключением Сингапура. Аналогичный запрет содержится в специальном приложении к конвенции Совета Европы «О защите прав и достоинств человека в связи с использованием достижений биологии и медицины» и др.

Вряд ли стоит спорить о важности обсуждаемых морально-этических проблем. Эти проблемы существуют и требуют своего решения. Однако не следует забывать, что созданные биомедицинские технологии рассчитаны на применение у особой категории людей, которые обречены на бесплодие или на рождение детей-инвалидов с детства. Морально ли, имея, правда, необычные, нетрадиционные средства, не воспользоваться представляемым шансом преодолеть недуг и тем самым уменьшить количество страданий в обществе.

Принятие соответствующих законодательных решений возникающих проблем требует времени и широкого обсуждения в силу специфики новых диагностических и лечебных технологий и необходимости прогнозирования последствий их применения или запрета.

Сегодня, в нашем промышленном мире, ЭКО - это мероприятие, представляющее для практикующих врачей экономический интерес. Жизнь человека имеет тенденцию обесцениваться, когда на другой чаше весов находится материальное благосостояние. При появлении и принятии какого-либо метода никто ждет никаких ограничений или сдерживания стороны производителей или пользователей. Возникает новая индустрия: зарождающийся «рынок» половых клеток, «аренда» матки для беременности. Единственный эффективный барьер - это соотношение стоимости и выгоды. Все, что может сделать сторонник нравственности, - это клеймить человеческое безумие, напоминая, что следовало бы делать и чего не следовало бы делать, если внимать доводам рассудка и мудрости.

Отношение церкви к биомедицинским технологиям неоднозначно. Одни деятели категоричны в своем отношении к использованию клонирования с целью получения потомства и считают это аморальным действием. Другие менее категоричны, и цель клонирования может быть оправдана при наличии ряда определенных обстоятельств и в случае строгого регулирования во избежание злоупотреблений.

В настоящее время российская общественность располагает конкретной оценкой искусственного оплодотворения с христианской, православной точки зрения.

Эта оценка формируется в границах основополагающих постулатов христианства. Один из них таинство брака, через которое «дается объективное божественное основание для благодатной жизни». Через таинство брака мужчина и женщина становятся «уже не двое, но одна плоть» (Мф., 19, 6). И это - тайна, «тайна сия велика» (Еф., 5, 32). Освящение союза мужчины и женщины описано в первой книге пророка Моисея «Бытие»: «И благословил их Бог и сказал им Бог: плодитесь и размножайтесь» (Быт., 1, 28). Благословление деторождения так описывается пророками. «Ибо Ты устроил внутренности мои и соткал меня во чреве матери моей»; «Не сокрыты были от Тебя кости мои, когда я созидаем был в тайне, образуем был! во глубине утробы» (Пс, 138, 13, 15). «Зародыш мой видели очи Твои; в Твоей книге записаны все дни, для меня назначенные, когда ни одного из них еще не было» (Пс, 138, 16).

Согласно мусульманскому мировоззрению, клонирование противоречит основным принципам религии: «Бог создал нас совершенными и невозможно, чтобы человек вносил свои изменения, пытаясь повторить божественный акт творения». Русская Православная Церковь утверждает, что «наука, безусловно, должна развиваться, но под контролем общества и государства». Это, пожалуй, самое краткое и четкое определение сути возникших проблем.

Принятый Великобританией закон (1999) разрешает исследования только на эмбрионах, не достигших 14 дней развития, с целью использования их для решения проблем бесплодия, наследственных и генных болезней, хромосомных аномалий, контрацепции. Однако клонирование человека остается под запретом. Считается весьма перспективным создание банков хранения стволовых клеток для последующего использования в терапевтических целях.

Другим аспектом обсуждаемой проблемы является то, что появление новых биомедицинских технологий и использование их в практической медицине связано с большими финансовыми затратами. В связи с чем происходит коммерциализация медицинских «услуг», так как без финансового обеспечения невозможно проведение фундаментальных исследований. Таким образом, закладывается новое противоречие, когда достижения медицины в лечении многих заболеваний становятся доступными для узкого круга людей, располагающих средствами. С этим положением нельзя согласиться, и возникающая проблема также требует своего обсуждения и поиска источников финансирования.

### Заключение

Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) - это методы терапии бесплодия, при котором отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне организма. ВРТ включают: экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбрионов в полость матки, инъекцию сперматозоида в цитоплазму ооцита, донорство спермы, донорство ооцитов, суррогатное материнство, предимплантационную диагностику наследственных болезней, искусственную инсеминацию спермой мужа (донора).

Программа «суррогатного материнства» дает шанс иметь ребенка женщинам, которые в силу физических особенностей или медицинских противопоказаний не могут самостоятельно выносить и родить ребенка. Термин «суррогатное материнство» уже стал привычным как для слуха, так и для понимания.

**Список использованных источников**

1. Айвар Л.К. Правовое положение суррогатного материнства в России. Пробелы законодательства / Л.К. Айвар // Юридический мир. – 2006. - №2. – С. 28-35.

2. Базанов П.А. Суррогатное материнство – блажь или выход из тупика? / П.А. Базанов // Женское здоровье. – 2006. - №1. – С. 7.4.

3. Борисова Т.Н. Актуальные вопросы законодательной и правоприменительной практики суррогатного материнства / Т.Н. Борисова // Социальное и пенсионное право. – 2008. - №1. – С. 15-16.

4. Ведомости СНД и ВС РФ – 19.08.1993. - № 33. – Ст. 1318.

5. Кулаков В.И. Современные биомедицинские технологии в репродуктивной и перинатальной медицине: перспективы, морально – этические и правовые проблемы / В.И. Кулаков // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2002. - №6. – С. 4-10.

6. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан // Ведомости СНД и ВС РФ. – 19.08.1993. - №33. – Ст. 1318.

7. Романовский Г.Б. Право на суррогатное материнство: от истории к современности / Г.Б. Романовский // Проблемы репродукции. – 2006. - №1. – С. 31-38.

8. Силуянова И.В. Биоэтика в России: ценности и законы / И.В. Силуянова. – М., 2001. – 192 с.

9. Филиппов О.С. Вспомогательные репродуктивные технологии: взгляд через призму биоэтики / О.С. Филиппов // Проблемы репродукции. – 2004. - №2. – С. 38-40.

10. Шамов И.А. От деонтологии к биомедицинской этике / И.А. Шамов // Медицинская сестра. - 2006. - № 1.- C. 2-5.

11. Яровинский М.Я. Лекции по курсу «Медицинская этика»: учебное пособие / М.Я. Яровинский – М.: Медицина, 1999. – 208 с.