

М.А. Сейдинова\*

*Карагандинский университет имени академика Е.А. Букетова, Караганда, Казахстан  
(E-mail: madina.seidinova@bk.ru)*

### **История становления института суррогатного материнства: социально-правовой контекст**

Рождение ребенка невозможно или опасно для жизни и здоровья матери при физиологических недостатках, биологической несовместимости супругов, противопоказанности беременности, ряде наследственных заболеваний и т.д. Причем причины бесплодия в равном количестве распределены между обоими полами. Все это приводит к распаду семьи, расторжению брака и, как следствие, к ухудшению демографической ситуации, а, следовательно, к нарушению права человека на здоровье, врачебную тайну и благополучную жизнь. Один из выходов в данной ситуации видится в применении методов искусственного оплодотворения, одним из которых является суррогатное материнство, и совершенствовании законодательного регулирования наиболее важных отношений, непосредственно влияющих на демографические процессы. Автор статьи предлагает рассмотреть этапы формирования института суррогатного материнства, начиная с первых упоминаний в социальной истории и заканчивая историей возникновения вспомогательных репродуктивных технологий в современном Казахстане. Особое внимание уделяется законодательному регулированию вспомогательных репродуктивных технологий в США, Великобритании, СССР, Российской Федерации и в современном Казахстане. Сделаны выводы о необходимости совершенствования национального законодательства в области защиты прав суррогатной матери и ребенка, разработки и введения отдельного закона о суррогатном материнстве.

*Ключевые слова:* бесплодие, материнство, репродуктивный возраст, суррогатная мать, экстракорпоральное оплодотворение, эмбрион, ребенок, родители, вспомогательные репродуктивные технологии, ЭКО-клиники, Кодекс о браке (супружестве) и семье Республики Казахстан, права суррогатной матери.

#### *Введение*

Говоря о суррогатном материнстве и о том, как давно оно существует, многие люди думают, что это довольно новый и радикальный процесс. В определенной степени это правильно. Практика, которую все знают, как суррогатное материнство, существует уже около 30 лет. Однако сама идея имеет тысячелетнюю историю, уходящую корнями в библейские времена. Автор статьи предлагает рассмотреть этапы формирования института суррогатного материнства, начиная с первых упоминаний в социальной истории и заканчивая историей возникновения вспомогательных репродуктивных технологий в современном Казахстане. Особое внимание уделяется законодательному регулированию вспомогательных репродуктивных технологий в США, Великобритании, СССР, Российской Федерации и в современном Казахстане. Делаются выводы о необходимости совершенствования национального законодательства в области защиты прав суррогатной матери и ребенка, разработки и введения отдельного закона о суррогатном материнстве.

---

\* Автор-корреспондент. E-mail: madina.seidinova@bk.ru

Прежде всего, суррогатное материнство означает принятие беременности от имени или, по крайней мере, за кого-то другого. Женщина, вынашивающая беременность до срока, не должна также брать на себя «социальную» роль матери. Социальное и гестационное материнство распадаются. Суррогатное материнство не связано со специальной техникой искусственного оплодотворения. Скорее, их характеристикой является соглашение между самой суррогатной матерью и родителями, приказывающими передать им ребенка для отцовства после рождения.

Суррогатное материнство — это всегда вариант, когда бесплодие лежит на женщине. Либо женщина не может произвести оплодотворяемые яйцеклетки, либо она может зачать ребенка, но не выносить его без значительного риска для здоровья. Форма суррогатного материнства зависит от типа бесплодия женщины. Необходимо проводить принципиальное различие между суррогатной матерью, желающей выносить экстракорпорально созданный эмбрион для своих генетических родителей, и матерью, вынашивающей своего генетически собственного ребенка после гетерологичного оплодотворения *in vivo* или *in vitro*, но вынашивающей его непосредственно после рождения. В первом случае часто используется термин гестационное материнство. Во втором случае обычно говорят о суррогатном материнстве в более узком смысле.

Все это свидетельствует о необходимости детального исследования отношений суррогатного материнства и их правовой регламентации в рамках единого законодательного акта.

Как отмечают эксперты, о достоверной частоте бесплодия в мире говорить очень сложно, в связи с особенностями и неоднородностью критериев, применяемых для определения бесплодия, различиями в оценке бесплодия между демографическими, эпидемиологическими и масштабными исследованиями населения [1; 297]. Однако, по данным Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ), в мире 8–14% супружеских пар репродуктивного возраста страдают бесплодием [2]. По данным ВОЗ, в 2019 г. 48,5 млн пар страдали бесплодием [2], причем количество это увеличится в 2,5 раза в связи с сокращением сроков диагностики бесплодия с 5 до 2 лет. В настоящее время в мире от 72,4 до 80 млн человек бесплодны [2].

Согласно ВОЗ, репродуктивным считается возраст женщин 15–49 лет, способность к зачатию и деторождению в различных возрастных группах может значительно отличаться. Поэтому репродуктивный возраст женщин принято делить: 15–19 лет — период ранней репродуктивной активности; 20–34 лет — период наивысшей репродуктивной активности; 35–44 лет — период затухающей репродуктивной активности; 45–49 лет — период поздней репродуктивной активности [3].

Основной причиной бесплодия, как правило, является старший репродуктивный возраст современных женщин, откладывавших реализацию своей репродуктивной функции на неопределенное время. Поздний брак подталкивает многих пар обращаться к вспомогательным репродуктивным технологиям [4]. Средний возраст женщин, обращающихся к вспомогательным репродуктивным технологиям, составляет в среднем >36 лет [5; 275]. Причем из года в год растет доля женщин старше 40 лет, обращающихся к репродуктологам.

Таким образом, частота бесплодия не снижается ни в мире, ни в Казахстане, несмотря на усовершенствование методов диагностики и лечения бесплодия, в том числе и вспомогательных репродуктивных технологий. Это, по-видимому, связано с увеличением числа бесплодных пар в мире в результате улучшения диагностики, учета случаев, введением регистрационных форм, а также поздним обращением за медицинской помощью [6].

#### *Материалы и методы исследования*

Автор в процессе исследования данной темы использовал метод юридической формальной логики в виде дедукции и индукции. Благодаря дедукции удалось делать умозаключение от общего к частному к соответствующему закону или совокупности законов определенной направленности. Завершив анализ совокупности законов, автор сформулировал завершающий вывод, переходя от частному к общему. Сравнительно-правовой анализ законов Великобритании, США, СССР, Казахстана и в качестве метода позволил выявить достоинства и недостатки законодательных актов этих стран в сфере репродуктивных технологий. Методом научного прогнозирования автор предлагает сформулировать новый закон, который необходимо принять в будущем в казахстанской правовой системе.

#### *Результаты*

Суррогатное материнство, практика вынашивания женщиной ребенка для другой супружеской пары, стало известно сравнительно недавно. Новизна термина «суррогатное материнство» для отече-

ственной и зарубежной юридической мысли вовсе не означает, что в древности не существовало аналога данного вида отношений.

Плутарх описывал ситуацию, напоминающую современное суррогатное материнство: «Стратоника, понимая, что ее мужу необходимо иметь законных детей для передачи по наследству его царской власти и, не рождая сама, убедила его сделать детей с другой женщиной и разрешить ей, Стратонике, принять их как своих родных. Дейотар, увлеченный ее самоотверженностью, предоставил ей свободу действий, и она, выбрав из числа пленных прекрасную девушку по имени Электра, свела ее с Дейотаром, а рожденных от этого союза детей воспитала как своих законных, с любовью и прекрасной щедростью» [7].

В 599 г. до нашей эры на стене одного из индийских храмов была сделана фреска, на которой божество в виде оленя забирает плод у одной женщины и переносит другой. Данная иллюстрация повествует о зачатии основателя джайнизма — Махавиры. Как гласит легенда, по недосмотру богов Махавиры был случайно зачат во чреве женщины низкого происхождения. Когда это обнаружилось, божеству с оленьей головой пришлось забрать из матки беременной женщины плод и перенести его в чрево другой представительницы королевских кровей [7].

Применение суррогатного материнства имеет древнюю историю и была использована во многих древних государствах. Например, в Кодексе Хаммурапи (XVIII в. до н. э.) суррогатное материнство было признано в Вавилоне. В данном Кодексе были установлены руководящие принципы, которые определяли возможность применения суррогатного материнства.

Упоминание о данном процессе встречается в Библии в книге Бытие в истории Авраама и Сарры. Супруги долгое время не могли зачать собственного ребенка (Бытие: 16; 1–4,15; 30; 1–10). Потому что Сара была бесплодна. Женщина попросила Агарь, свою служанку, стать матерью ребенка Авраама. Это первый случай традиционного суррогатного материнства, при котором зачатие происходит с участием яйцеклетки суррогатной матери и спермы предполагаемого отца. Хотя Сара не была биологически связана с младенцем, они с Авраамом заявили перед всеми, что ребенок принадлежит им [8; 461–463].

Подобным образом отсутствие фертильности восполнялось и в древневосточной цивилизации. Законы царя Хаммурапи предусматривают в случае бесплодия жены рождение ребенка от рабыни и его официального признания [9; 262].

В Древнеримской империи мужчины отдавали своих жен в наем (*ventrem locare*) бездетным парам [9; 263]. Необходимо отметить, что процесс зачатия происходил естественным путем. Следовательно, суррогатное материнство, о котором пишут эксперты, относя данный метод терапии бесплодия исторически к методу, датированному библейскими временами, не имеет ничего общего с применяемым в современной медицине методом суррогатного материнства.

Суррогатное материнство традиционно применялось на Торресовых островах, Гавайских островах, в Республике Ботсвана. Для этих народов суррогатное материнство рассматривается как акт дружбы, щедрости и уважения. Даже у древних народов Европы суррогатное материнство, не признаваемое законом и обществом, все равно применялось [9; 263]. Исходя из сказанного выше, можно сделать вывод о том, что суррогатное материнство было популярно во многих древних странах по всему миру.

Около 30 лет назад этот тип процедуры был единственным способом для предполагаемых родителей родить ребенка с помощью биологических родителей. Традиционный способ судебного разбирательства сталкивался со многими препятствиями, как моральными, так и юридическими, вплоть до XX века. Дети, рожденные таким методом, считались незаконнорожденными во всех странах. И такой тип беременности мог наступить только естественным путем, что в то время было морально неприемлемо для большинства пар.

Активные исследования в этой области начались еще в 1677 г., когда основоположник научной микроскопии Левенгук подробно исследовал и обнаружил сперматозоиды. Установлено, что мужская сперма является основой семьи, а женская матка обеспечивает благоприятную среду для развития плода.

В XVIII веке, в 1790 г., шотландский хирург и венеролог Джон Хантер решил бороться с бесплодием с помощью шприца и мужской спермы. Когда он провел первую внутриматочную инсеминацию, аналог искусственной инсеминации, женщины спермой мужа путем введения генетического материала непосредственно в ее матку.

Рассмотрим хронологию событий в сфере вспомогательных репродуктивных технологий:

В 1976 г. адвокат Ноэль Кин заключил первый юридический договор об альтруистическом (без компенсации суррогатной матери) традиционном суррогатном материнстве. Кин использовал этот опыт для основания Центра бесплодия, который сыграет ключевую роль в истории развития этой технологии ВРТ в США;

В 1978 г. в Великобритании родился первый ребенок путем искусственного оплодотворения – ЭКО. Успешное рождение Луизы Браун подтвердило точку зрения ученых в области медицины о том, что для вынашивания плода и его рождения подходит женщина с несхожей составляющей генетической матери [10; 30].

В 1980 г. был заключен первый оплачиваемый традиционный договор о суррогатном материнстве между предполагаемыми родителями-иностранцами и 37-летней суррогатной матерью Элизабет Кейн из Иллинойса, США. Женщина получила 10 000 долларов за вынашивание и рождение ребенка, созданного из ее яйцеклетки и спермы будущего отца. Хотя у нее уже были дети и она отдала ребенка на усыновление, Кейн не была готова к эмоциям такого опыта и к проблемам, с которыми она столкнулась после рождения ребенка. Позже она пожалела о своем решении стать суррогатной матерью и даже написала об этом книгу;

В 1982 г. мир увидел первого ребенка, родившегося из донорской яйцеклетки;

В 1984-1986 гг. произошел самый известный случай в истории традиционного суррогатного материнства, «Дело М. Бэби». Муж и жена Билл и Бетси Стерн устроили суррогатную мать Мэри Бет Уайтхед за 10 000 долларов. Яйцеклетка суррогатной матери использовалась для искусственного оплодотворения, что сделало ее биологической матерью ребенка. После рождения ребенка Мелиссы Стерн Уайтхед отказался подписать бумаги и передать ребенка предполагаемым родителям. Битва за опеку над девочкой длилась два года. В результате долгих судебных баталий отец получил полную опеку, а суррогатная мать получила права посещения. Этот случай стал поворотным моментом в истории суррогатного материнства и сыграл важную роль в развитии законов о суррогатном материнстве в США. А еще она показала, что суррогатное материнство более этично и помогает избежать подобных юридических конфликтов [11; 25–27].

Коммерческий вид дородового ухода является законным в большинстве штатов США, а также в некоторых странах, включая Украину и Россию. Однако предполагаемые родители из стран, где эта услуга запрещена, могут выезжать за границу, чтобы легально родить с помощью этой репродуктивной технологии.

Самая первая программа суррогатного материнства была запущена в Южной Африке в 1987 г., когда женщина, страдающая бесплодием, попросила мать родить для нее. В результате родился здоровый мальчик.

Патрик Степто и Роберт Эдвардс из Великобритании по праву считаются пионерами в области диагностики гестации. В 1989 г. им удалось перенести эмбрионы от генетических родителей, созданных с помощью ЭКО, сестре бесплодной женщины. Эксперимент удался и открыл новую главу в истории суррогатного материнства.

Технологии сделали еще один шаг вперед в 1999 г., когда была разработана специальная программа SPAR, которая позволяет ВИЧ-инфицированному мужчине стать биологическим отцом своих детей, не передавая болезнь.

А в 2011 г. был побит суррогатный рекорд, когда самая старая суррогатная мать в мире, которой был 61 год, родила собственного внука.

В последующие годы юристы разных стран работали над разработкой приемлемого законодательства в этой области:

1. Максимально защитить права будущих родителей.
2. Обеспечивать соблюдение прав и обязанностей суррогатной матери.
3. Узаконить отношения всех сторон - родителей, суррогатной матери и донора яйцеклеток.

Сегодня на образ матери влияют новые факторы, к которым относится проблема бесплодия и его лечения с использованием современных медицинских методов вспомогательной репродукции. В последние десятилетия в европейских странах падает рождаемость. Все больше и больше пар остаются бездетными, добровольно или нет. В последнем случае лечение бесплодия приобретает всё большее значение. В случае собственного бесплодия можно договориться с женщиной, которая по какой-либо причине готова предоставить свою фертильность другой женщине или паре, выносить для нее ребенка и родить его. Как отмечает В.С. Корсак, «женщина, забеременевшая и родившая ребенка от мужчины - донора, является генетической (настоящей) матерью. Даже в случае отказа от ребенка, но,

продолжая выполнять материнские функции после родов, не позволяют считать такую женщину суррогатной матерью» [10; 46].

В 1990 г. правительство Великобритании представило Акт (Human Fertilization and Embryology Act), где был представлен широкий спектр репродуктивных технологий, включая донорство спермы, яйцеклеток, эмбрионов, а также генетическое и биологическое суррогатное материнство, что в дальнейшем обязывало центры, осуществляющие такие процедуры, иметь государственную лицензию.

При установлении материнства приоритет сохраняет родившая женщина, в независимости от её генетической или социальной роли. Если суррогатная мать замужем, то ее законный супруг становится юридическим отцом ребенка, даже если он не имеет с ним генетического родства. Однако потенциальные родители при наличии согласия со стороны суррогатной матери могут быть признаны законными родителями ребенка. основополагающие критерии, которыми руководствовались суды Великобритании при разрешении споров об установлении юридической связи родителей и детей, рожденных с помощью метода суррогатного материнства, закрепленные анализируемым Актом, впоследствии были заимствованы и легли в основу семейного законодательства ряда зарубежных стран.

Вплоть до середины XX столетия ни в медицине, ни в юриспруденции не существовало такого феномена, как «рождение ребенка вне организма человека», несмотря на то, что учеными предпринималось немало попыток осуществить искусственное оплодотворение в борьбе с женским бесплодием.

Суррогатное материнство не может быть только выражением самоопределения и самореализации генетических родителей, равно как и не только выражением права эмбриона на жизнь. Скорее, это должно быть вопросом согласованного решения затронутых основных прав генетических родителей, суррогатной матери, социальных родителей и эмбриона.

Воспроизводство индивидуума, по крайней мере, решение о том, хочет ли он воспроизводить потомство, когда и с кем, является правом свободы, конституционно закрепленным в ст. 2 Основного Закона.

Статья 8 Европейской конвенции о правах человека (далее — ЕКПЧ) уже гарантирует право каждого человека на уважение его частной жизни. По общему мнению, частная жизнь включает, прежде всего, и, по крайней мере, самые элементарные и интимные области жизни. Это также включает сексуальное и репродуктивное поведение. Статья 12 ЕКПЧ содержит право мужчин и женщин вступать в брак и создавать семью.

До сих пор закон никоим образом не мешал гражданину принимать собственные репродуктивные решения по своему усмотрению. С другой стороны, сегодняшнее законодательство регулирует и, прежде всего, запрещает размножение особи в местах, где пострадавшие зависят от медицинской помощи в акте продолжения рода. Представляется сомнительным, можно ли вообще согласовать ограничение свободы создания семьи, сформулированное как право человека, законодательным собранием с предпосылками свободного правового государства [12; 47].

Основные права, предусмотренные ст. 8 и 12 ЕКПЧ, подлежат законодательной оговорке. Можно ограничить ст. 12 ЕКПЧ на основании соответствующих национальных законов. Согласно ст. 8 ЕКПЧ, решающее значение для ограничения права на частную жизнь имеет то, является ли оно необходимой мерой для охраны общественного порядка в демократическом обществе, для охраны здоровья и нравственности или для защиты прав и свобод других лиц. В тех случаях, когда право на свободу создания семьи совпадает с другими фундаментальными ценностями или правами, признанными правовой системой, должен применяться принцип практического соответствия.

В Европейском законе об усыновлении и в Законе о защите эмбрионов обычно используется термин «суррогатное материнство». Такое общее использование термина не позволяет провести точное и связанное с проблемой различие между двумя группами случаев. Суррогатное материнство в самом строгом смысле представляет собой наиболее распространенную на практике расстановку, но в то же время вызывает наибольшие трудности из-за генетического происхождения ребенка от суррогатной матери.

С принятием Закона СССР от 22 мая 1990 г. № 1501-1 «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты СССР по вопросам, касающимся женщин, семьи и детства» впервые была придана правовая форма искусственному оплодотворению с помощью донорских половых клеток как методу вспомогательных репродуктивных технологий. Абзацем 6 ст. 17 «Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о браке и семье» установлено, что «муж, давший согласие на искусственное оплодотворение жены с помощью донора, записывается отцом рожденного ею ребенка и не вправе оспаривать данную запись» [13; 93]. Как видно, указанным выше нормативным

актом среди применяющихся на современном этапе вспомогательных репродуктивных технологий урегулирован был только метод искусственной инсеминации.

Появление за рубежом первых опытов лечения бесплодия женщин, не способных самостоятельно выносить и родить ребенка, путем выращивания эмбриона в искусственно созданных условиях и его переноса в организм другой женщины, не могло оставаться без должного внимания.

В России суррогатное материнство стало применяться только с 1995 г., ученые задолго до этого момента высказывали свою точку зрения относительно допустимости и правомерности такого метода вспомогательных репродуктивных технологий. Высказывались предположения, что этим медицинским открытием могут воспользоваться богатые женщины, не желающие переносить неудобства и тяготы, связанные с периодом беременности. Вместе с тем учеными отмечалось, что подобные опасения вряд ли являются достаточным основанием для отказа от реализации важного медицинского открытия. Принятие Основ законодательства об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487–1 (далее — Основы) стало новой вехой в правовом регулировании вспомогательных репродуктивных технологий. В соответствии со ст. 35 Основ каждая совершеннолетняя женщина детородного возраста имела право на искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона. Исследователи отмечают, что указанная статья содержала лишь предпосылки для правового регулирования отношений суррогатного материнства, детально не раскрывая ни понятие суррогатного материнства, ни субъектный состав участников таких отношений, ни их правовой статус. Ее конструкция сформирована была таким образом, что нормы, в ней содержащиеся, могли толковаться двояко, открывая простор, как для врачебной деятельности, так и для правоприменительной [14; 15].

В первую очередь, право на искусственное оплодотворение и имплантацию эмбриона рассматривалось как принадлежащее женщине, которая, воспользовавшись методами вспомогательных репродуктивных технологий, имела намерение разрешить возникшую у нее проблему бесплодия. Во-вторых, искусственное оплодотворение и имплантация эмбриона могли применяться и в отношении женщины, вынашивающей и рожающей ребенка для третьих лиц, то есть суррогатной матери. Таким образом, норма данной статьи по своей сути являлась основой для правового регулирования двух самостоятельных, но в то же время взаимосвязанных методов искусственной репродукции человека — метода экстракорпорального оплодотворения и основанного на нем метода суррогатного материнства. В 1993 г., во исполнение положений об искусственном оплодотворении и имплантации эмбриона, заложенных в Основах законодательства об охране здоровья граждан, был принят Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 декабря 1993 г. № 301 «О применении метода искусственной инсеминации женщин спермой донора по медицинским показаниям и метода экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона в полость матки для лечения женского бесплодия».

В соответствии с указанным Приказом получили свою дальнейшую регламентацию нормы об экстракорпоральном оплодотворении, на основе которого впоследствии и были осуществлены первые программы суррогатного материнства. Закрепление юридической возможности лечить бесплодие, проводя оплодотворение половых клеток в искусственно созданных условиях, используя генетический материал бесплодных супружеских пар или одиноких лиц, стало отправной точкой для дальнейших исследований современной генетики человека, технологий деторождения, биомедицинских экспериментов.

Одним из направлений Сектора биоэтики при Институте человека РАН, открывшегося в 1993 г., являлось изучение этических и правовых проблем вспомогательных репродуктивных технологий (искусственного осеменения, оплодотворения *in vitro*, суррогатного материнства). В 1995 г. были осуществлены первые две программы по применению суррогатного материнства [14; 28].

В отличие от тех требований, которые в настоящее время предъявляются действующими нормативными актами к потенциальной суррогатной матери, первоначальное развитие отношений суррогатного материнства не предполагало каких-либо возрастных ограничений или обязательного наличия собственных детей для претендентки. По К.Н. Свитневу, данные программы суррогатного материнства реализовались благодаря врачебному руководству не только существующим законодательством [15; 54].

В Республике Казахстан развитие репродуктологии, начатое в середине XX в., было ознаменовано открытием Центра репродукции человека в 1987 г. 18 апреля 1995 г. был создан Медицинский центр по лечению бесплодия «Экомед» в Алматы. 31 июля 1996 г. родился первый казахстанский ребёнок «из пробирки», авторами которого являются организатор, эмбриолог С. Байкошкарова и гинеколог Т. Рубашина (Копылова).

В 1995 г. клиника «Экомед» была включена во Всемирный регистр ЭКО во Франции в качестве первой лаборатории ЭКО Казахстана. Руководители клиники в 2005 г. принимали участие в Международном конгрессе, прошедшем в Лондоне под патронажем Королевы Елизаветы II, посвященном празднованию 2-миллионного ребенка «из пробирки» в мире. Лауреат Нобелевской премии, всемирно известный профессор Роберт Эдвардс (Кембридж, Великобритания), благодаря профессионализму которого в 1978 г. родилась первая «пробирочная» девочка в мире, лично поздравил первую лабораторию ЭКО в Казахстане в лице ее руководителя Салтанат Байкошкаровой [16].

В 2020 г. утвержден Кодекс о здоровье народа и системе здравоохранения Республики Казахстан, в котором определены основные понятия и методы ВРТ (вспомогательных репродуктивных технологий)[17], в Приказах МЗ РК № 627 и № 162 определены основные правила ВРТ. Программа ЭКО была включена в ГОБМП в 2010 г. На сегодня в стране функционируют 26 центров ЭКО, и в результате ВРТ родилось более 22 тысяч человек. Так, с увеличением количества программ ВРТ, растет количество беременных по республике в результате проведения ЭКО, с 1155 чел. в 2017 г. до 1334 чел. в 2019 г. [18].

Следует отметить, что для оценки эффективности программы ЭКО учитывается процент наступления беременности в результате ЭКО. По данным ВОЗ, положительных результатов ЭКО составляет 45–60 % [18]. Статистика удачных протоколов ЭКО в мире

Т а б л и ц а 1

**Наилучшая результативность экстракорпорального оплодотворения**

Страна	% успешных процедур
Израиль	45–50
Испания –	45
Южная Корея	43–45
Япония	42

Статистика эффективности ЭКО в странах СНГ: в Украине процент удачных протоколов равняется 35 %; в Республике Беларусь частота наступления беременности составляет 30%, в России беременность наступает у 38,5% пациенток [18].

Лечение методами ВРТ в нашей стране прошли около 70 000 супружеских пар. На конец 2019 г. в Казахстане родилось более 22,300 детей «из пробирки». Эффективность лечения (наступление беременности после ЭКО) выросла от 15 до 42 % в среднем. Показатель эффективности лечения по факту рождения ребенка (*take baby home*) находится на уровне 30 %, что соответствует показателю лучших европейских клиник [18]. Ежегодно растет количество выделенных государством бесплатных процедур с применением современных вспомогательных репродуктивных технологий: с 2010 до 2019 гг. в 9 раз (от 100 до 900 циклов в год). За 2015–2020 гг. проведено 4 338 программ ЭКО, из них:

Т а б л и ц а 2

**Статистика проведения ЭКО-программ**

Год	Количество программ
2015	821
2016	812
2017	901
2018	902
2019	902

В текущем году на весь Казахстан было выделено около 1 тыс. квот. При этом в очереди на программы ЭКО, по приблизительным оценкам, сегодня стоят порядка 9,5 тысяч чел.

В связи с увеличением количества молодых семейных пар, которым официально был поставлен диагноз бесплодие и с высокой стоимостью ЭКО, в 2020 г. Президент государства К.-Ж.К. Токаев в своем Послании народу Казахстана «Казахстан в новой реальности: время действий» поставил 11 задач перед Министерством здравоохранения, среди которых было поручение о запуске программы «Аңсаған сәби» и увеличению квоты по программам ЭКО до 7 000, что свидетельствует о важности

проблемы сохранения репродуктивного здоровья, как одного из определяющего фактора социально-демографического положения в стране.

Кодекс о браке (супружестве) и семье Республики Казахстан пока еще не может охватить все лакуны, существующие в сфере регулирования суррогатного материнства. Эксперты считают, что из-за отсутствия нормативных актов, раскрывающих положения Кодекса о семье и браке, может развиваться теневой рынок суррогатного материнства с нарушением прав и интересов всех заинтересованных участников.

Из-за пробелов в регламентации прав участников отношений суррогатного материнства требуется разработка Закона «О вспомогательных репродуктивных технологиях и гарантиях прав граждан РК при их осуществлении», регулирующего общественные отношения в области охраны репродуктивного здоровья граждан. Данный Закон необходим также для закрепления основных принципов государственной политики в сфере осуществления гражданами репродуктивного права на применение методов вспомогательных репродуктивных технологий; для закрепления права на участие в отношениях суррогатного материнства за супругами, мужчиной и женщиной, не состоящими в зарегистрированном брачном союзе, а также за одинокой женщиной.

Существенным дополнением к Закону РК «О вспомогательных репродуктивных технологиях и гарантиях прав граждан РК при их осуществлении» является статья, запрещающая использование половых клеток (женских гамет) суррогатной матери. При этом необходимо контролировать редакцию нового закона и его положений, чтобы они не противоречили нормам действующего Кодекса о семье и браке Республики Казахстан. В законе должны присутствовать нормы, затрагивающие реализацию права граждан на участие в посмертных репродуктивных программах, образованных с помощью метода суррогатного материнства, регуляции семейных отношений, вытекающие из факта рождения ребенка суррогатной матерью, право ребенка, рожденного суррогатной матерью.

#### *Обсуждение*

Размножение является центральным аспектом автономного образа жизни. Поэтому право на свободу в вопросах собственного потомства обычно считается в высшей степени заслуживающим защиты. Кроме того, брак и семья находятся под особым контролем государства.

Высокий приоритет, придаваемый свободе размножения и защите семейных отношений, основан не в последнюю очередь на болезненном историческом опыте XX века — в Германии, а также в таких странах, как Ирландия, Канада, Швеция, Испания, бывший Советский Союз и США — с принудительным вмешательством государства в репродукцию, например, путем запрета брака, принудительной стерилизации, аборт или усыновления. На этом фоне посягательства на свободу размножения обычно считаются требующими высокой степени оправдания» [19; 14–16].

Так, например, особое внимание советских ученых уделялось влиянию права на демографическую политику на территории СССР и народонаселения в мире. В то время некоторые правоведы отмечали: «В особом положении оказываются бездетные семьи. Добровольная бездетность распространяется на 1–2 % брачных пар, фактическая доходит до 10 %. Часто бесплодие вызывает семейные конфликты, а в ряде случаев становится причиной разводов. Серьезной мерой сокращения бездетных семей, а, следовательно, и повышения стабильности брака, могла бы стать правовая регламентация операций по искусственному оплодотворению» [20; 38–46].

Е.Г. Мискарян, рассматривая вопросы демографии, отмечала, что «бездетность в браке не является современным явлением» [21; 41]. На протяжении всей истории это воспринималось как нечто неестественное и девиантное. В большинстве случаев это было органично и обычно вызывало скептицизм и презрение.

С исторической точки зрения, как это чаще всего и происходит сегодня, — брак всегда должен был предшествовать реализации желания иметь детей. Таким образом, между родителями и их детьми возникли взаимные обязательства, например, в отношении пенсий по болезни и старости, а также правил наследования. Не в последнюю очередь из-за этого брак настолько естественно ассоциировался с детьми, что бездетность вообще не рассматривалась.

Тем не менее бездетные браки существовали во все времена истории, во всех культурах и во всех классах. Обычно медицинский по своей природе, он считался чем-то «неестественным» и «девиантным» и встречался с большим скептицизмом. Женщины, в частности, подвергались дискриминации. Во многих культурах бездетность все еще была причиной разлуки или развода, например, у мужа была возможность отвергнуть свою жену.

Средства, которые применялись против бездетности, показывают, как боязливо люди относились к ней. Например, совершались паломничества и ритуальные действия. Не мог предотвратить того, что бездетность в конечном счете должна была быть принята как судьба.

Даже сегодня бездетность в браке по-прежнему рассматривается как девиантное поведение. Так, исследования Г.И. Литвиновой показывают, что бездетные пары часто считаются «эгоистичными», «безответственными», «нерелигиозными», «менее конформными», «менее полезными», «менее зрелыми» и «менее счастливыми», независимо от того, являются ли они бездетными вольно или невольно [22; 117–121].

Помимо искусственной инсеминации спермой донора, в советский период в медицине практиковался и такой способ лечения бесплодия, как имплантация эмбриона, полученного при слиянии половых клеток мужа и женских половых клеток донора. Такой вид вспомогательных репродуктивных технологий не охватывается понятием «суррогатное материнство», так как донор яйцеклетки не приобретает никаких прав в отношении рожденного бесплодной женщиной (женой) ребенка и непосредственно не участвует в вынашивании и рождении плода. Бесплодная женщина (жена) фактически вынашивает генетически чужого ей ребенка, однако, в отличие от суррогатной матери, процесс вынашивания и рождения ребенка не может охватываться договорными отношениями, и цель лечения бесплодия состоит в том, чтобы выносить и родить ребенка именно для себя и своего супруга, а не для третьих лиц. Этический аспект данных отношений подвергался резкой критике. В частности, отмечалось, что в оплодотворении донора присутствует элемент биологической эксплуатации. Женщина фактически обезличена, и потребность возникает не в ней, а в ее матке.

Вместе с тем, как пишет Л.Б. Максимович, «рождение ребенка при помощи биологического донора-отца или биологического донора-матери или же вынашивание его женщиной, не являющейся его биологической матерью, с медицинской точки зрения были возможны, но не имели достаточного правового регулирования» [22; 122].

#### *Выводы*

Таким образом, на протяжении всего периода существования человечества проблема, связанная с рождаемостью, всегда была и остается одной из центральных проблем в политике любого государства. В разный период времени она разрешалась по-разному. В древневосточных цивилизациях, а затем в древнеримской империи широко использовался труд рабынь, которые рожали ребенка, зачатого путем естественного полового акта, и отдавали его бездетным супругам. Несколькими столетиями позже, с развитием научно-технического прогресса и достижениями в области медицины, стали проводиться первые опыты по искусственному оплодотворению. Суррогатное материнство, основанное на процедуре экстракорпорального оплодотворения и имплантации эмбриона, в терапии лечения бесплодия впервые стало применяться в Великобритании и США. Позднее и в прочих странах стала реализовываться практика подобных операций. Согласно статистике, в период с 1999 по 2013 год благодаря этому быстрорастущему и жизнеспособному варианту родов родилось 18 400 детей. Половина из них были двойняшками, тройняшками и четверняшками. Что говорит о том, что исследования в этой области обязательно будут продолжены.

Как видите, суррогатное материнство прошло долгий путь по сравнению с тем, что было до конца XX века. Сегодня сочетание быстро развивающихся медицинских инноваций и различных видов суррогатного материнства помогает предполагаемым родителям расширить свои семьи, а потенциальным суррогатным матерям навсегда изменить жизнь других людей. Многие успешные женщины в мире шоу-бизнеса уже прибегали к такому приему, чтобы завести детей. И таких случаев с каждым днем становится все больше.

В СССР первый ребенок, рожденный в результате экстракорпорального оплодотворения, появился на свет в 1986 г.

В России с 1995 г. приступают к реализации программы суррогатного материнства. Однако такие программы реализовывались в отсутствие их законодательного обеспечения. Определенные положительные изменения возникли с принятием Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Развитие репродуктивной медицины в современном Казахстане начинается с середины XX века. В 90-е гг. XX века активно создаются медицинские центры по лечению бесплодия. На сегодня в стране функционируют 26 ЭКО-центров и в результате ВРТ родилось более 22 тысяч казахстанцев. В 2009 г. утвержден Кодекс о здоровье народа и системе здравоохранения Республики Казахстан, в ко-

тором определены основные понятия и методы ВРТ, в Приказах Министерства здравоохранения РК определены основные правила ВРТ. Тем не менее, одной из проблем современного казахстанского семейного права продолжает оставаться отсутствие нормативных актов, раскрывающих положения Кодекса о семье и браке, что, вероятно, скажется на формировании теневого рынка суррогатного материнства с нарушением прав и интересов всех заинтересованных участников.

Помимо прямых и заведомо противоречивых аргументов по вопросу о суррогатном материнстве, существует ряд косвенных аргументов в пользу предположения о постепенном повышении статуса человеческих эмбрионов. Эти доводы включают, с одной стороны, соображения системности: в правовой ситуации, которая широко принята обществом, уже признаются права участников отношений суррогатного материнства. Если следовать логике изложенной здесь аргументации и, наконец, вспомнить изменения в оценке приемной семьи, то, несомненно, оценка суррогатного материнства также исторически выросла.

### Список литературы

- 1 Радзинский В.Е. Бесплодный брак. Версии и контраверсии / В.Е. Радзинский. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — С. 404.
- 2 ВОЗ. Сексуальное здоровье. Всемирная организация здравоохранения. — 2019 г. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/ru/>
- 3 Информационный бюллетень ВОЗ № 334, сентябрь 2013 г. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311147>.
- 4 Государственная программа «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 гг. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/U1000001113>.
- 5 Клиническая практика в репродуктивной медицине: руководство для врачей // под ред. д-ра мед. наук, проф., чл.-корр. НАН РК В.Н. Локшина и директора Ин-та репродуктивной медицины, канд. мед. наук Т.М. Джусубалиевой. — Алматы: MedMedia Казахстан, 2015. — 464 с.
- 6 Рыбина А.Н. Современные аспекты вспомогательных репродуктивных технологий в мире и Казахстане / А.Н. Рыбина, С.Ш. Исенова, В.Н. Локшин // Вестн. Казах. нац. мед. ун-та. — 2019. — С. 17–21. — Режим доступа: <https://articlekz.com/article/24313>.
- 7 Хрестоматия по Всеобщей истории государства и права: [В 2 т.]. — Т. 1 / под ред. К.И. Бытыра, Е.В. Поликарповой. — М.: Юрист, 1996. — С. 392.
- 8 Аккерман Д. Любовь в истории / Д. Аккерман; пер. с англ. Е. Бабаевой. — М.: КРОН-ПРЕСС, 2018. — 496 с.
- 9 Рулан Н. Юридическая антропология: учеб. для вузов / пер. с фр. Н. Рулан; отв. ред. В.С. Нерсисянц (Предисл.); пер. под ред. А.И. Ковлер. — М.: Норма, 1999. — 296 с.
- 10 Корсак В.С. Первый в России опыт осуществления программы суррогатного материнства / В.С. Корсак, Э.В. Исакова, О.Н. Арджанова, О.А. Воробьева, М.В. Цириульников // Проблемы репродукции. — 1996. — № 2. — С. 46-49.
- 11 Алборов С.В. Правовое регулирование суррогатного материнства: моногр. / С.В. Алборов; отв. ред. А.Н. Левушкин. — М.: Юстицинформ, 2020. — 240 с.
- 12 Dame Mary Warnock, Chairman, Report of the Committee of Inquiry into Human Fertilization and Embryology. - London: United Kingdom Department of Health and Social Security, 1984. - 470 p.
- 13 Максимович Л.Б. Материнство и отцовство: эволюция правового регулирования / Л.Б. Максимович // Семейное право России: проблемы развития: сб. ст. — М.: ИНИОН РАН, 1996. — С. 93–110.
- 14 Стеблева Е.В. Проблемы реализации прав участников отношений суррогатного материнства: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03 — «Гражданское право; предпринимательское право; семейное право; международное частное право» / Екатерина Викторовна Стеблева. — М., 2012. — 210 с.
- 15 Свитнев К.Н. Вспомогательные репродуктивные технологии: правовые коллизии / К.Н. Свитнев // Правовые вопросы в здравоохранении. — 2001. — № 5. — С. 54–62.
- 16 О клинике «Экомед». — Режим доступа: <https://ecomед.kz/shymkent/o-klinike/>.
- 17 Кодекс о здоровье народа и системе здравоохранения Республики Казахстан. от 7 июля 2020 г. № 360–VI З РК.- [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360>
- 18 Национальный доклад «Казахстанские семьи — 2020». — Нур-Султан, 2020. — С. 179–184. — Режим доступа: <https://www.gov.kz/memleket/entities/fam/documents/details/123785?lang=ru>.
- 19 Каллистратова Р. Рождаемость и право / Р. Каллистратова // Советская юстиция. — 1971. — № 2. — С. 14–16.
- 20 Литвинова Г.И. Демографическая политика советского государства / Г.И. Литвинова, Б.Ц. Урланис // Советское государство и право. — 1982. — № 3. — С. 38–46.
- 21 Мискарян Е.Г. О правовом регулировании применения метода искусственного оплодотворения / Е.Г. Мискарян // Проблемы советского семейного права: материалы Всесоюз. науч.-практ. конф. / под. ред. М.Я. Булошниковой, А.М. Нечаевой, А.И. Пергамента, В.С. Тадевосяна. — М., 1980. — С. 41–53.
- 22 Литвинова Г.И. Правовые аспекты искусственного оплодотворения / Г.И. Литвинова // Советское государство и право. — 1981. — № 9. — С. 117–121.

М.А. Сейдинова

## Суррогат ана институтының қалыптасу тарихы: әлеуметтік-құқықтық контекст

Физиологиялық кемшіліктерден, ерлі-зайыптылардың биологиялық сәйкессіздігінен, жүктілікке қарсы көрсеткіштерден, бірқатар тұқым қуалайтын аурулардың әсерінен баланы туу мүмкін емес немесе ол ананың өмірі мен денсаулығына қауіпті болып келеді. Оның үстіне бедеуліктің себептері екі жыныс арасында бірдей бөлінеді. Мұның бәрі отбасының ыдырауына, некенің бұзылуына, соның салдарынан демографиялық жағдайдың нашарлауына, оның ішінде адамның денсаулығына, дәрігерлік құпияның сақталуына және бақуатты өмір сүру құқығына нұқсан келтіреді. Бұл жағдайдан шығудың бір жолы — жасанды ұрықтандыру әдістерін қолдану, оның бірі суррогат ана болу және демографиялық процестерге тікелей әсер ететін аса маңызды қатынастарды заңнамалық реттеуді жетілдіру. Мақала авторы суррогат ана институтының қалыптасу кезеңдеріндегі әлеуметтік тарихтағы алғашқы қадамдарынан бастап қазіргі Қазақстанда көмекші репродуктивті технологиялардың пайда болу тарихына дейін қарастыруды ұсынған. АҚШ-та, Ұлыбританияда, КСРО-да, Ресей Федерациясында және қазіргі Қазақстанда көмекші репродуктивті технологияларды заңнамалық реттеуге ерекше назар аударылады. Суррогат ана мен баланың құқықтарын қорғау саласындағы ұлттық заңнаманы жетілдіру, суррогат ана болу туралы жеке заңды әзірлеу және енгізу қажеттігі туралы қорытындылар жасалған.

*Кілт сөздер:* бедеулік, ана, репродуктивтік жас, суррогат ана, экстракорпоралдық ұрықтандыру, эмбрион, бала, ата-ана, қосалқы репродуктивтік технологиялар, ЭКО-клиникалар, Қазақстан Республикасының Неке (ерлі-зайыптылық) және отбасы туралы Кодексі, суррогат ана құқықтары.

М.А. Seidinova

## The history of the formation of the institute of surrogacy: socio-legal context

The birth of a child is impossible or dangerous for the life and health of the mother due to physiological deficiencies, biological incompatibility of spouses, contraindications for pregnancy, a number of hereditary diseases, etc. Moreover, the causes of infertility are equally distributed between both sexes. All this leads to the disintegration of the family, the dissolution of marriage, as a result, to the deterioration of the demographic situation, and, consequently, to the violation of the human right to health, medical confidentiality and a prosperous life. One of the ways out in this situation is seen in the application of methods of artificial insemination, one of which is surrogate motherhood, and the improvement of legislative regulation of the most important relations that directly affect demographic processes. The author of the article proposes to consider the stages of the formation of the institution of surrogate motherhood, starting from the first mentions in social history and ending with the history of the emergence of assisted reproductive technologies in modern Kazakhstan. Particular attention is paid to the legislative regulation of assisted reproductive technologies in the USA, Great Britain, the USSR, the Russian Federation and in modern Kazakhstan. Conclusions are drawn about the need to improve national legislation in the field of protecting the rights of a surrogate mother and child, the development and introduction of a separate law on surrogate motherhood.

*Key words:* infertility, motherhood, reproductive age, surrogate mother, in vitro fertilization, embryo, child, parents, assisted reproductive technologies, IVF clinics, Marriage (Matrimony) and Family Code of the Republic of Kazakhstan, surrogate mother's rights.

### References

- 1 Radzinskiy, V.Ye. (2008). *Besplodnyi brak. Versii i kontraversii/ [Barren marriage. Versions and contraversions]*. Moscow: GEOTAR–Media [in Russian].
- 2 VOZ (2019) *Seksualnoe zdorove. Vsemirnaia organizatsiia zdravookhraneniia [WHO. Sexual health. World Health Organization]*. www.who.int Retrieved from <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/ru/> [in Russian].
- 3 *Informatsionnyi biulleten VOZ. № 334 (sentiabr 2013). [WHO Newsletter N334, September 2013]*. - Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311147> [in Russian].
- 4 *Gosudarstvennaia programma «Salamatty Kazakhstan» na 2011–2015 gg. [State program "Salamatty Kazakhstan" for 2011–2015]*. - Retrieved from <https://adilet.zan.kz/rus/docs/U1000001113> [in Russian].
- 5 *Klinicheskaiia praktika v reproductivnoi meditsine: rukovodstvo dlia vrachei (2015) [Clinical practice in reproductive medicine: a guide for physicians]*. Almaty: MedMedia Kazakhstan [in Russian].

- 6 Rybina, A.N., Isenova, S.SH., & Lokshin, V.N. (2019). Sovremennye aspekty vspomogatelnykh reproduktivnykh tekhnologii v mire i Kazakhstane [Modern aspects of assisted reproductive technologies in the world and Kazakhstan]. Vestnik Kazakhskogo natsionalnogo meditsinskogo universiteta — Bulletin of KazNMU. Retrieved from <https://articlekz.com/article/24313>. [in Russian].
- 7 Khrestomatiia po Vseobshchei istorii gosudarstva i prava (1996). [Reader on the General History of State and Law] [V 2 t.]. T. 1. Moscow: Yurist [in Russian].
- 8 Akkerman, D. (2018). Lyubov v istorii [Love in history]. Moscow: KRON-PRESS [in Russian].
- 9 Rulan, N. (1999). Yuridicheskaiia antropologiia: uchebnik dlia vuzov [Legal anthropology: a textbook for universities]. Moscow: Norma [in Russian].
- 10 Korsak, V.S., Isakova, E.V., Ardzhanova, O.N., Vorobyeva, O.A., & Tsiryul'nikov, M.B. (1996). Pervyi v Rossii opyt osushchestvleniia programmy surrogatnogo materinstva [Russia's first experience in implementing a surrogate motherhood program] // Problemy reproduksii — Problems of reproduction, 2, 46–49 [in Russian].
- 11 Alborov, S.V. (2020). Pravovoe regulirovanie surrogatnogo materinstva: monografiia [Legal regulation of surrogate motherhood]. Moscow: Yustitsinform [in Russian].
- 12 Dame Mary Warnock, Chairman (1984) Report of the Committee of Inquiry into Human Fertilization and Embryology. London: United Kingdom Department of Health and Social Security [in English].
- 13 Maksimovich, L.B. (1996). Materinstvo i ottsovstvo: evoliutsiia pravovogo regulirovaniia [Motherhood and fatherhood: the evolution of legal regulation]. Moscow: INION RAN [in Russian].
- 14 Stebleva, Ye.V. (2012). Problemy realizatsii prav uchastnikov otnoshenii surrogatnogo materinstva [Problems of realization of the rights of participants in surrogacy relations]: Candidate's thesis. Moscow [in Russian].
- 15 Svitnev, K.H. (2001). Vspomogatelnye reproduktivnye tekhnologii: pravovye kollizii [Assisted reproductive technologies: legal conflicts]. Pravovye voprosy v zdravookhraneni — Legal issues in healthcare, 5, 54–62 [in Russian].
- 16 O klinike «Ekomed» [About the Ecomed clinic]. ecomed.kz. Retrieved from <https://ecomед.kz/shymkent/o-klinike/> [in Russian].
- 17 Kodeks o zdorove naroda i sisteme zdravookhraneniia Respubliki Kazakhstan. 07.07.2020 [Code on the health of the people and the healthcare system of the Republic of Kazakhstan]. adilet.zan.kz Retrieved from <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360> [in Russian].
- 18 Natsionalnyi doklad «Kazakhstanskii semi — 2020» [National report "Kazakh families - 2020"] (2020) Nur-Sultan, 179-184 [www.gov.kz](http://www.gov.kz) Retrieved from <https://www.gov.kz/memleket/entities/fam/documents/details/123785?lang=ru> [in Russian].
- 19 Kallistratova, R. (1971). Rozhdaemost i pravo [Fertility and law]. Sovetskaia yustitsiia — Soviet justice, 2, 14–16 [in Russian].
- 20 Litvinova, G.I., & Uralnis, B.Ts. (1982). Demograficheskaiia politika sovetskogo gosudarstva [Demographic policy of the Soviet state]. Sovetskoe gosudarstvo i pravo — Soviet state and law, 3, 38–46 [in Russian].
- 21 Miskaryan, Ye.G. (1980) O pravovom regulirovanii primeneniia metoda iskusstvennogo oplodotvoreniia [On the legal regulation of the use of the method of artificial insemination]. Problemy sovetskogo semeinogo prava: materialy Vsesoiuznoi nauchno-prakticheskoi konferentsii — Materials of the All-Union Scientific and Practical Conference (pp. 41–53). Moscow [in Russian].
- 22 Litvinova, G.I. (1981). Pravovye aspekty iskusstvennogo oplodotvoreniia [Legal aspects of artificial insemination]. Sovetskoe gosudarstvo i pravo — Soviet state and law, 9, 117–121 [in Russian].