**Санкт-Петербургский государственный университет**

***МАРТЫНЮК Екатерина Игоревна***

**Выпускная квалификационная работа**

«**Правовые проблемы статуса эмбриона человека**»

Магистратура

Направление 40.04.01 «Юриспруденция»

Основная образовательная программа ВМ.5700.2020

«Медицинское и фармацевтическое право»

Научный руководитель:

Доцент кафедры организации

здравоохранения и медицинского права,

 кандидат медицинских наук

Чеснокова Екатерина Александровна

Рецензент:

Никитин Евгений Николаевич

исполнительный директор, Санкт-Петербургская

региональная общественная организация «Ассоциация медицинского права Санкт-Петербурга»

Санкт-Петербург

2022

Оглавление

[Введение 3](#_Toc103176169)

[Глава I. Споры о наделении эмбриона человека правоспособностью. 6](#_Toc103176170)

[Глава II. Особенности определения правового статуса эмбриона человека при рассмотрении отдельных вопросов. 22](#_Toc103176171)

[§1. Донорство гамет и эмбрионов человека. 22](#_Toc103176172)

[§2. Определение статуса эмбриона человека при расторжении брака, а также при появлении разногласий между донорами генетического материала относительно судьбы эмбриона. 34](#_Toc103176173)

[§3. Правовые проблемы, связанные с наследованием эмбриона человека. 47](#_Toc103176174)

[Заключение 55](#_Toc103176175)

[Список использованной литературы 60](#_Toc103176176)

**Введение**

**Актуальность.** Репродуктивная функция является основным фактором существования человечества как такового, а стремительное развитие вспомогательных репродуктивных технологий ставит все больше вопросов перед современной юриспруденцией, в том числе, о моменте возникновения права на жизнь, правомерности использования зародышей человека в исследовательских целях и правовом статусе эмбриона человека в целом.

Согласно ст. 2 Федерального закона от 20.05.2002 N 54-ФЗ «О временном запрете на клонирование человека», эмбрион — это зародыш человека на стадии развития до восьми недель. Подобное медицинское определение охватывает как эмбрион развивающийся в теле матери, так и эмбрион in vitro. Термин «эмбрион» мы также можем встретить в ст. 2 Закона Российской Федерации от 22.12.1992 N 4180–1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» (далее – Закон о трансплантации), где указано, что его действие не распространяется на органы, их части и ткани, имеющие отношение к процессу воспроизводства человека, включающие в себя репродуктивные ткани (яйцеклетку, сперму, яичники, яички или эмбрионы). Таким образом закон выделяет эмбрионы из общего списка органов человека, указывая на его особый статус.

**Целью выпускной квалификационной работы** является исследование наиболее спорных вопросов, касающихся правового статуса эмбриона человека, а также выявление и устранение пробелов в нормативной базе Российской Федерации, следствием которых становится применение судами общей юрисдикции правовых норм без учета всех фактических обстоятельств дела.

В частности, рассмотрению подлежат следующие ключевые вопросы:

- Определение статуса эмбриона человека при расторжении брака, а также при появлении разногласий между донорами генетического материала относительно судьбы эмбриона;

- Определение правовых проблем, связанных с наследованием эмбриона человека;

- Определение правовых проблем, связанных с донорством гамет и эмбрионов человека.

Для достижения поставленной цели необходимо выполнить следующие **задачи:**

1. Осуществить анализ норм российского законодательства и законодательства стран Европы и США, актов международных межгосударственных организаций, регулирующих использование вспомогательных репродуктивных технологий и правовое положение эмбриона;

2. Провести сбор, анализ, обобщение судебной практики, сложившейся в судах общей юрисдикции Российской Федерации и федеральных судах зарубежных стран и выявить основные подходы к решению вопроса о наделении правосубъектностью эмбриона человека;

3. Выявить пробелы в актуальном законодательном регулировании правового статуса эмбриона человека и установить методы их восполнения, учитывая как отечественный законодательный и судебный опыт, так и опыт зарубежных стран.

**Методологическую основу исследования** составил диалектический метод познания социально-правовых явлений, позволяющий проследить взаимосвязь предмета проведенного исследования с теорией и практикой. Кроме того, в работе использовались обобщение, анализ, аналогия, сравнение в качестве общенаучных методов познания, а также ряд частно-научных методов познания, таких как метод системного анализа, историко-правовой метод, технико-юридический метод, формально-логический метод, метод сравнительного правоведения в их различном сочетании. Так, на основе метода сравнительного правоведения, в том числе, проведен анализ российских и западноевропейских нормативно-правовых актов, позволяющий выделить ряд тенденций в развитии законодательства в области репродуктологии.

# **Глава I. Споры о наделении эмбриона человека правоспособностью.**

По данным Федеральной службы государственной статистики (Росстат), отраженным в Статистическом сборнике «Здравоохранение в России 2021» с диагнозом «Бесплодие», установленном впервые в жизни, зарегистрировано 63 000 женщин (в 2015 году – 94 200 женщин), на 100 000 женщин в возрасте от 18 до 49 лет приходится 196,0 (по аналогичному критерию в 2015 году – 280,3)[[1]](#footnote-1). Несмотря на очевидное снижение роста показателей, на данный момент тысячи женщин и мужчин на территории России и миллионы супружеских пар по всему миру лишены возможности иметь детей. Одним из самых эффективных методов решения данной проблемы является применение вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) – манипуляций in vitro с ооцитами, сперматозоидами или эмбрионами человека с целью репродукции. Эти вмешательства включают в себя, но не ограничиваются перечисляемыми: ЭКО, перенос эмбриона (ПЭ), интрацитоплазматическую инъекцию сперматозоида (ИКСИ), биопсию эмбриона, преимплантационное генетическое тестирование (ПГТ), вспомогательный хетчинг, криоконсервацию гамет и эмбрионов, донорство спермы, ооцитов и эмбрионов, циклы с женщиной, вынашивающей беременность[[2]](#footnote-2). В связи с тем, что традиционно указанные выше методы применяются последовательно, а само лечение включает в себя несколько этапов, данную медицинскую манипуляцию принято называть «программой ЭКО».

Приказом Минздрава России от 31.07.2020 N 803н "О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению" (далее – Приказ №803н) программа ЭКО определяется как «базовая» и включает в себя следующие этапы:

1) овариальная стимуляция;

2) пункция фолликулов яичников для получения ооцитов;

3) инсеминация ооцитов специально подготовленной спермой мужа (партнера) методом ЭКО или путем инъекции сперматозоида в цитоплазму ооцита;

4) культивирование эмбрионов;

5) перенос эмбрионов в полость матки (допускается перенос не более 2-х эмбрионов; пациенткам с отягощенным акушерским анамнезом и патологией матки показан селективный перенос 1 эмбриона);

6) криоконсервация эмбрионов;

7) разморозка криоконсервированных эмбрионов;

8) внутриматочное введение размороженного эмбриона, в том числе донорского.

9) криоконсервация половых клеток (ооцитов, сперматозоидов).

Таким образом, при реализации программы ЭКО выделяется две основные стадии пренатального развития эмбриона: до его переноса в матку – in vitro – когда зародыш человека развивается вне организма матери и in vivo, который предполагает развитие эмбриона в матке до восьми недель.

Глобальное развитие ВРТ пришлось на вторую половину XX века, когда в Великобритании родилась Луиза Браун, ставшая первым человеком в мире, родившимся в результате искусственного оплодотворения. До ее рождения было зафиксировано порядка 60 неудачных попыток ЭКО, лишь одна из которых закончилась беременностью. Однако в 1977 году совместная работа британского ученого-физиолога Роберта Джеффри Эдвардса (Robert Geoffrey Edwards) и акушера-гинеколога Патрика Кристофера Стептоу (Patrick Christopher Steptoe) привела к первой удачной попытке проведения программы ЭКО, которая и послужила катализатором для развития медицинских технологий в сфере репродуктологии, что в свою очередь потребовало соответствующего правового регулирования отношений, возникающих между всеми участниками, задействованными в программе ЭКО, чтобы, во-первых, установить круг субъектов, а во-вторых, во избежание нарушения законных прав и интересов каждого из них.

Защита прав отдельного индивидуума, в том числе защита права на жизнь, является неотъемлемой частью внутренней политики каждого правового государства. Ответственность и обязанность государства защищать, поощрять и осуществлять все права человека и основные свободы, в частности путем принятия таких мер, какие могут потребоваться для создания всех необходимых условий в социальной, экономической и политической, а также в других областях и правовых гарантий, необходимых для обеспечения того, чтобы все лица под его юрисдикцией, индивидуально и совместно с другими, могли пользоваться всеми этими правами и свободами закреплена в статье 2 Декларации о праве и обязанности отдельных лиц, групп и органов общества поощрять и защищать общепризнанные права человека и основные свободы, принятой резолюцией 53/144 Генеральной Ассамблеи от 9 декабря 1998 года[[3]](#footnote-3). На национальном уровне оно регламентируется нормативно-правовыми актами, имеющими высшую юридическую силу – Конституциями. Николай Игнатьевич Матузов иронично, но в то же время точно отметил, что «Право на жизнь – первое фундаментальное естественное право человека, без которого все другие права лишаются смысла, ибо покойникам никакие права не нужны»[[4]](#footnote-4).

Рассуждая о первостепенности права на жизнь, невозможно не задаться вопросом об определении правосубъектности эмбриона и о том, является он субъектом или объектом правоотношений. В доктрине существует мнение, согласно которому эмбрион является началом новой жизни, а не частью другого человеческого организма, соответственно и правовой режим должен создаваться, опираясь на это. Так или иначе, ответ на вопрос о правосубъектности в данном случае напрямую зависит от множества факторов, в том числе от ответа на другой многовековой вопрос, связанный с определением момента начала жизни. В современной научной литературе сформировалось два основных подхода, в основе каждого из которых лежит своя мировоззренческая позиция.

Первый подход связывает начало человеческой жизни с развитием определенных биологических процессов, таких как формирование сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы, центральной нервной системы, имплантация бластоцисты в стенку матки, образование первичной полоски, слияние гамет и, наконец, с моментом рождения.

Вторая концепция опирается на этико-философскую позицию, основанную на теологическом и философско-антропологическом подходе, а также на градуалистской позиции.

На сегодняшний день законодательство и преобладающая часть научного сообщества поддерживает позицию, согласно которой человеком приобретается право на жизнь во время рождения, когда ребенок уже может существовать отдельно от организма матери. Тем не менее, стремительное развитие биомедицинских исследований и генной инженерии актуализирует и придает особую значимость позиции, наделяющей плод полным объемом прав, устанавливая начало жизни с момента оплодотворения яйцеклетки. Первоначально идею о закреплении за человеческим эмбрионом абсолютной ценности развивала Римская католическая церковь, но по мере развития пренатальной диагностики многие акушеры-гинекологи, эмбриологи и генетики стали также склоняться к данной позиции. Несмотря на научную обоснованность начала человеческой жизни с момента слияния гамет, законодательно эта точка зрения получила закрепление только в нормативно-правовых актах отдельных зарубежных стран, провозглашающих святость человеческой жизни с момента зачатия, а также в межгосударственных нормативных актах. Преамбула Декларации прав ребенка, принятой резолюцией 1386 (ХIV) Генеральной Ассамблеи ООН от 20 ноября 1959 года, определяет понятие «ребенок» как субъекта, нуждающегося в специальной охране и заботе, включая надлежащую правовую защиту как до, так и после рождения[[5]](#footnote-5). Данная формулировка представляется достаточно спорной. С точки зрения медицины, эмбриональный период длится от момента оплодотворения и до 8 полных недель (56 дня развития), а развивающийся организм именуется эмбрионом или зародышем. Период с 9-й недели развития до рождения в медицинской терминологии именуется фетальным, а внутриутробно развивающийся организм обозначают термином плод. С 22-й недели развивающийся организм признается жизнеспособным вне утробы матери. Таким образом, неясно, какой период пренатального развития подразумевали авторы.

В этой связи представляется существенным уточнение, приведенное в Американской конвенции о правах человека, о том, что «каждый человек имеет право на уважение его жизни. Это право охраняется законом, в целом — с момента зачатия»[[6]](#footnote-6). На национальном уровне в зарубежных странах подобный подход отражен в Louisiana Health Law,[[7]](#footnote-7) который вводит запрет на продажу человеческой яйцеклетки, оплодотворенной человеческой яйцеклетки или человеческого эмбриона. Более того, оплодотворенная в пробирке человеческая яйцеклетка определяется как «биологическое человеческое существо, которое не является собственностью врача, который выступает в качестве агента оплодотворения, или учреждения, в котором он работает, или доноров спермы и яйцеклетки». Если доноры гамет известны, им гарантируются права родителей. В случаях с анонимными донорами, временным опекуном становится врач.

Авторы, поддерживающие данную позицию, превозносят священность человеческой жизни с момента зачатия и настаивают на необходимости обеспечить ей должную охрану еще до рождения, в том числе во время прохождения процедуры ЭКО. В 2012 году законодательное собрание Санкт-Петербурга рассмотрело законопроект о внесении изменений в ч. 2 ст. 17 Конституции РФ и наделении эмбриона правоспособностью с момента его первого сердцебиения. Данный законопроект был отклонен большинством проголосовавших депутатов. Согласно заключению Юридического управления от 28 августа 2012 года N 1509-юр[[8]](#footnote-8), в представленном проекте постановления Законодательного Собрания Санкт-Петербурга "О внесении предложения о пересмотре положения части 2 статьи 17 Конституции Российской Федерации" выявлен коррупциогенный фактор. Формулировка "... с момента первого сердцебиения" содержит юридико-лингвистическую неопределенность, поскольку является категорией оценочного характера, отнесенную пп."в" п.4 Методики проведения антикоррупционной экспертизы нормативных правовых актов и проектов нормативных правовых актов, утвержденной постановлением Правительства РФ от 26.02.2010 N 96, к числу коррупциогенных факторов, содержащих неопределенных, трудновыполнимых и обременительных требований к гражданам и организациям[[9]](#footnote-9). Полагаем, что подобная неопределенность может возникнуть в связи с тем, что формирование сердечно-сосудистой системы начинается на 20-40 день развития эмбриона и включает в себя несколько стадий, а единой позиции относительно того, что считать «первым сердцебиением» медицинским сообществом не достигнуто, поскольку пульсацию дорсального сосуда, например, можно рассматривать в качестве сердцебиения, но как таковым сердцем он не является[[10]](#footnote-10).

Тем не менее, в научной литературе авторами все чаще представляются аргументы в защиту эмбрионов. Один из них – позиция, согласно которой во время ЭКО необходимо переносить все образовавшиеся эмбрионы во избежание негативных последствий, вызванных их криоконсервацией. Такой подход нередко сталкивается с обоснованной критикой по нескольким основаниям.

Прежде всего, следует определить, что криоконсервация представляет собой метод низкотемпературного сохранения биологического материала в целях его дальнейшего использования. Действительно, образование внутриклеточного льда, характерного для большой скорости охлаждения, опасно для живых клеток и приводит к криоповреждениям. Однако криобиологами выработан специальный метод защиты от подобных повреждений - насыщение замораживаемых объектов криопротекторами, что делает сам процесс практически безвредным для живого организма. При охлаждении клетки до криогенной температуры все физиологические и биологические процессы в ней, включая процесс образования повреждений, замедляются[[11]](#footnote-11). Тем не менее, замедление негативных процессов не исключает их вовсе, а современные представления о биологии развития не позволяют утверждать, о том, что нахождение в криоконсервированном состоянии длительный срок абсолютно безопасно для эмбриона и не вызовет негативных последствий для него или для ребенка в будущем. Представляется целесообразным установление федеральными органами государственной власти критериев безопасности хранения эмбриона, а также максимально допустимого срока содержания эмбрионов в криобанках, который соответствовал бы и интересам лиц, которые участвуют в программе ЭКО, и установленным критериям безопасности для хранения эмбриона.

Кроме того, решение о количестве переносимых эмбрионов обуславливается рядом факторов: действующее во время проведения ЭКО законодательство, клинические рекомендации, причина бесплодия, возраст женщины, анамнез и число неудачных попыток применения ВРТ, синдром гиперстимуляции яичников, данные спермограммы, наличие предыдущих беременностей и др. Таким образом, во время принятия решения о количестве переносимых эмбрионов должен быть соблюден принцип соразмерности – несмотря на то, что мы не можем отрицать потенциальный вред эмбрионам, вызванный криоконсервацией, он значительно меньше того, который может быть вызван негативными последствиями многоплодной беременности, представляющей угрозу жизни и здоровью не только эмбриона, но и матери[[12]](#footnote-12). Решение проблемы многоплодной беременности предлагает набирающая в настоящее время популярность стратегия селективного переноса одного эмбриона, целью которой является с одной стороны, ограничение частоты многоплодных беременностей, а с другой - выявление достоверных критериев качества переносимого эмбриона. Впервые эту идею предложили T. Coetsier и M. Dhont в 1998 году как метод для женщин, имеющих противопоказания к многоплодной беременности[[13]](#footnote-13).

На данный момент под «переносом одного эмбриона» рассматривается несколько понятий:

1. Elective Single Embryo Transfer (eSET) – селективный перенос одного эмбриона путем выбора эмбриона из большого числа доступных эмбрионов (более двух). Критерии отбора эмбриона в данном случае должны быть определены и подтверждены, чтобы отбор был оптимизирован. Эмбрион, выбранный для eSET, может быть из предыдущего цикла ЭКО (например, криоконсервированные эмбрионы или из текущего цикла ЭКО, в котором было получено более одного эмбриона. Оставшиеся эмбрионы могут быть отложены для дальнейшего использования или криоконсервации).

2. Сompulsory Single Embryo Transfer (cSET) – вынужденный перенос одного эмбриона при наличии только одного доступного для переноса эмбриона или из-за получения вследствие получения во время трансвагинальной пункции одного ооцита. В большинстве случаев единственные доступные эмбрионы оказываются низкого качества по причине появления их в циклах, происходящих у пациентов, находящихся в группе риска (врожденные дефекты оплодотворения, женщины более старшего возраста, хронические заболевания).

3. Medical Single Embryo Transfer (mSET) – перенос одного эмбриона обусловлен медицинскими показаниями (врожденные заболевания матки, плохой акушерский анамнез, диабет, потеря двойни в прошлом).

4. Legally enforced Single Embryo Transfer – перенос одного эмбриона, имеющий законодательное подтверждение.

5. Elective Single Blastocyst Transfer (eSBT) – селективный перенос одной бластоцисты, то есть эмбриона, развивающегося в течение 5 дней под наблюдением в лаборатории. В стадии бластоцисты эмбрион содержит 100-120 клеток.

Каждый из приведенных выше методов направлен, прежде всего, на защиту жизни и здоровья потенциальной матери как наиболее приоритетного субъекта ВРТ, нежели на защиту эмбриона. Кроме того, не стоит забывать о том, что не все эмбрионы, появившиеся в цикле ЭКО, оказываются жизнеспособными. Для выявления дефектных эмбрионов и недопущения причинения вреда женщине во время прохождения процедуры ЭКО производится преимплантационная диагностика, которая за последние десятилетия зарекомендовала себя как одна из наиболее важных ступеней для достижения успешного результата. Несмотря на успешность проводимых медицинских исследований и экспериментов, с точки зрения эмбриологов проводимые манипуляции существенно вмешиваются в право на жизнь эмбриона, который в медицинском сообществе все чаще связывается с жизнью человека на ранней стадии, а потому относится к субъектам права. Таким образом, в процессе развития медицины и репродуктивных технологий мы сталкиваемся с двумя полярными процессами: возможность эмбриона развиться в человека, с одной стороны и необходимость проведения исследований для сохранения здоровья пациента – с другой. На наш взгляд, безапелляционное отнесение эмбриона к субъекту права порочно по своей сути ввиду следующих оснований.

Начиная с 12-й недели развития при отсутствии медицинских и социальных показаний плод получает все больше механизмов защиты со стороны законодателя. Так, статья 56 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (далее – ФЗ №323) регламентирует конец 12-й недели как крайний срок для проведения искусственного прерывания беременности. При наличии социальных показаний данный срок увеличивается до 22-х недель, а наличие медицинских показаний дает возможность провести данную процедуру независимо от срока беременности.

Соответственно, перспектива отнесения эмбриона к субъектам права, наделяя его теми правами и обязанностями, которыми обладает человек, вынуждает законодателя ввести полный запрет на любые медицинские манипуляции с эмбрионом, включая процедуру искусственного прерывания беременности, поскольку в таком случае она может расцениваться как посягательство на жизнь. На первый взгляд возникает конкуренция прав эмбриона, наделенного правоспособностью, и женщины, право на самостоятельное решение вопроса о материнстве которой нарушено, однако разрешение данного спора достигается путем рассмотрения вопроса в перспективе дальнейшего развития нормативного регулирования.

Утративший в настоящее время Приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации № 242 от 11.06.1996 года устанавливал достаточно широкий перечень социальных показаний для искусственного прерывания беременности:

1. Наличие инвалидности I-II группы у мужа.

2. Смерть мужа во время беременности.

3. Пребывание женщины или ее мужа в местах лишения свободы.

4. Женщина или ее муж, признанные в установленном порядке безработными.

5. Наличие решения суда о лишении или ограничении родительских прав.

6. Женщина, не состоящая в браке.

7. Расторжение брака во время беременности.

8. Беременность в результате изнасилования.

9. Отсутствие жилья, проживание в общежитии, на частной квартире

10. Женщина, имеющая статус беженца или вынужденного переселенца.

11. Многодетность (число детей 3 и более).

12. Наличие в семье ребенка-инвалида.

13. Доход на 1 члена семьи менее прожиточного минимума, установленного для данного региона.

На данный момент этот список значительно сократился и в соответствии с Постановлением Правительства РФ №98 от 06.02.2012 года единственным социальным показанием для искусственного прерывания беременности является беременность, наступившая в результате совершения преступления, предусмотренного статьей 131 Уголовного кодекса Российской Федерации (изнасилование).

Введение запрета на проведение абортов, не только нанесет психологическую травму женщине, но и многократно увеличит риск генетических патологий, что негативно отразится в большей степени на ребенке и его потомстве в будущем.

Таким образом, на уровне подзаконных актов России мы наблюдаем движение в рамках демографической политики государства, нацеленной на рост рождаемости и улучшение на этой основе демографической ситуации в стране, что позволяет предположить неизбежность принятия законопроекта, запрещающего искусственно прерывать беременность, в случае наделения эмбриона правоспособностью, как это было сделано в зарубежных странах.

Одним из самых ярких примеров осуществления подобной политики выступает Ирландия, где проблема абортов остро стояла на протяжении более чем ста лет, поскольку законодательно запрет на прерывание беременности был установлен с 1861 года. В 1983 году в Конституцию Ирландии была внесена Восьмая поправка, которая гласила следующее: «Государство признаёт право на жизнь нерождённого, и, надлежащим образом принимая во внимание равное право на жизнь его матери, гарантирует в своих законах уважение этого права, и, насколько это возможно, законодательно защищает и отстаивает это право». В результате внесения Восьмой поправки прерывание беременности в Ирландии стало полностью запрещено. Следствием столь радикальных мер стали участившиеся случаи бесконтрольного приема препаратов для прерывания беременности, смерть пациенток по причине сепсиса, вызванного нежизнеспособным плодом, а также преследования со стороны государственных органов. Наиболее резонансным случаем можно назвать дело четырнадцатилетней девушки, забеременевшей в результате изнасилования, которой генеральным прокурором Ирландии был установлен запрет на выезд в Великобританию для проведения аборта[[14]](#footnote-14). Рассмотрев данное дело, Верховный суд Ирландии вынес решение в пользу потерпевшей, аргументировав это тем, что она находилась в состоянии, близком к самоубийству, и введение подобного запрета представляет опасность для ее жизни. После вынесения решения по этому делу в стране было проведено еще три референдума, по результатам которых в Конституцию Ирландии было внесено две поправки: о праве на информацию об услугах, законно предлагаемых за рубежом и о праве выезда за границу для проведения аборта. В 2013 году власти приняли Акт о защите жизни во время беременности, что сделало законным прерывание беременности только по медицинским показаниям – если осложнения при беременности несут в себе угрозу жизни матери или если женщина находится в состоянии, близком к самоубийству. Полностью отменена Восьмая поправка и легализованы аборты в стране стали только в 2018 году.

На сегодняшний день наблюдается и обратная тенденция – введение законодателем запрета на искусственное прерывание беременности после десятилетий их разрешения. Так, в октябре 2020 года Конституционный суд Польши признал незаконным право женщины на аборт в случае выявления у плода неизлечимого заболевания, ограничив круг легальных показаний для аборта до инцеста, изнасилования и наличия угрозы жизни матери.

Анализ негативного опыта зарубежных стран позволяет сделать вывод о том, что в России закрепление за эмбрионом правосубъектности на уровне законодательства способно повлечь внесение изменений в ряд законов и подзаконных актов, положения которых на данный момент не содержат правовых механизмов защиты прав эмбрионов. Достигнуть совершенного баланса интересов потенциальной матери и эмбриона в таком случае не представляется возможным, поскольку мать и развивающийся в ее теле новый организм неразрывно связаны, и процессы, в том числе и негативные, происходящие с одним, не только влияют на другой, но и могут представлять угрозу его жизни. Соответственно, нельзя исключать случаи, когда для сохранения жизни матери эмбрион необходимо искусственно извлечь из ее организма.

В отечественной литературе нередко встречается мнение о том, что признание эмбриона частью организма женщины наделяет его таким же объемом прав, каким обладают органы и ткани человека. В связи с этим, ряд ученых предлагают модернизировать содержание статьи 17 ГК РФ и закрепить за эмбрионом такое свойство как «относительная правоспособность». По их мнению, подобная правовая конструкция, в отличие от применения механизмов вещного права, способна ограничить «оборотоспособность» отделяемых частей человеческого тела, не допуская их куплю-продажу или дарение.

Резюмируя все вышесказанное, можно выделить четыре основные подхода к вопросу о статусе эмбриона[[15]](#footnote-15), которые были сформулированы Рабочей группой по защите эмбриона и плода человека Руководящего комитета по биоэтике Совета Европы (CDBI) в Докладе по вопросам защиты эмбриона человека in vitro от 19.06.2003 года.

Первый подход основывается на генетической конституции, согласно которой уникальное человеческое существо берет свое начало с момента оплодотворения. Соответственно, оплодотворённая яйцеклетка или эмбрион имеет такую же ценность, как и человек, они наделяются в том числе и правом на жизнь, поскольку рассматриваются как человеческое существо. В таком случае защита отдельных прав и свобод матери представляются вторичной, так как сторонники этого подхода не допускают искусственное прерывание беременности, проведение диагностических процедур, а также иных медицинских вмешательств, которые способны привести к невозможности дальнейшего развития эмбриона. Оплодотворенная яйцеклетка и эмбрион человека рассматриваются как полноценные субъекты правоотношений.

Абсолютно противоположной представляется позиция, которая не наделяет эмбрион правоспособностью вовсе: главенствующими являются интересы лишь тех лиц, которые непосредственно принимают участие в программе ЭКО, а эмбриону, как объекту правоотношений, никакой защиты не предоставляется.

Особенного внимания на наш взгляд заслуживает позиция сторонников градуализма, согласно которой одушевление эмбриона и приобретение им человеческих качеств происходит постепенно. Одна часть научного сообщества, разделяющая данный подхода, утверждает, что эмбрион в этом случае имеет право на жизнь, другая же допускает лишь наделение эмбриона правом на развитие. Яйцеклетка и сперматозоид в этом случае также имеют свою ценность как живые объекты еще до начала процесса оплодотворения, а после него оплодотворенная яйцеклетка развивается в теле матери поэтапно. Вследствие этого поэтапного развития права эмбриона расширяются и усиливаются прямо пропорционально его эволюции. В вопросе о том, какому периоду развития должен соответствовать максимальный уровень защиты прав эмбриона выделяются также две позиции.

Подчеркнем, что для обеих сторон характерно признание последовательного наделения эмбриона правами по мере его развития, однако при определении момента, когда эмбрионом приобретается полный объем прав, мнения представителей каждого подхода расходятся.

Так, авторы, разделяющие одну точку зрения, полагают, что несмотря на увеличение объема прав эмбриона в процессе его развития, максимальную защиту он получает лишь после достижения состояния жизнеспособности вне организма матери. В этом случае не стоит забывать о наступлении определенных обстоятельств, которые приведут к неизбежному конфликту прав и интересов. Например, упомянутый выше метод селекции между несколькими оплодотворенными яйцеклетками или эмбрионами, а также искусственное прерывание беременности и использование эмбрион как объект исследования отвечает скорее интересам матери или третьих лиц. В доктрине для разрешения данного противоречия предлагается установить, до какой стадии подобное вмешательство правомерно и целесообразно. Сделать это можно, опираясь на определенные физиологические и биологические процессы, такие как формирование первичной полоски, которую эмбриологи и гистологи называют первой осевой структурой, вокруг которой выстраивается эмбриогенез.

Другая позиция представляется более радикальной. Ее сторонники утверждают, что полным объемом прав эмбрион наделяется с рождением. Соответственно, ввиду отсутствия его правоспобности до этого, становится возможным проведение исследований и абортов на позднем сроке, что идет вразрез не только с такими устоявшимися принципами, как гуманизм и справедливость, но подобная тенденция также способна привести и к инфантициду[[16]](#footnote-16).

#

# **Глава II. Особенности определения правового статуса эмбриона человека при рассмотрении отдельных вопросов.**

## **§1. Донорство гамет и эмбрионов человека.**

Практика использования донорских половых клеток берет свое начало еще в конце XVIII века, когда итальянский врач Лазаро Спалацци впервые произвёл искусственное осеменение животного, в результате которого на свет появилось жизнеспособное потомство. В 1890-х годах появилось сообщение Волтера Хипа, британского зоолога и эмбриолога, об успешном переносе эмбрионов от одного животного к другому[[17]](#footnote-17). В данной работе автор описывал процесс выделения эмбрионов, находящихся на преимплантанционной стадии развития, из яйцеводов самки кролика и пересаживал их в матку самки кролика другой породы, наблюдая отсутствие нарушений развития зародышей. В 1790 году шотландский врач Джон Хантер впервые попробовал осуществить внутриматочную инсеминацию женщины спермой её мужа, страдающего гипоспадией. Донация ооцитов впервые начала применяться в середине 1980-х годов и по настоящее время вызывает достаточно много споров из-за риска, которому подвергается женское здоровье во время данной манипуляции.

В России донорство гамет и эмбрионов регулируется ФЗ № 323, раскрывающим основные положения о применении ВРТ и Приказом №803н, устанавливающим правила использования ВРТ на территории Российской Федерации, а также противопоказания и ограничения к их применению.

Тем не менее, правовой статус самих доноров гамет не закреплен ни на уровне законов, ни на уровне подзаконных актов, несмотря на их значимость в процессе осуществление экстракорпорального оплодотворения и зачатия ребенка.

В настоящее время в медицинских организациях осуществляется донорство трех видов: ооцитов (яйцеклеток), сперматозоидов и эмбрионов.

Согласно пункту 44 Приказа №803н, донорами ооцитов являются женщины в возрасте от 18 до 35 лет, физически и психически здоровые, прошедшие медико-генетическое обследование. Ключевую роль в данном вопросе играет фактор добровольности, поскольку принуждение и злонамеренное влияние в донорства недопустимо. Полагаем, что принуждение в данном вопросе может быть не только прямым, но и косвенным. Безусловно, на практике встречаются случаи, когда лица идут на забор ооцитов с целью криоконсервации гамет и последующей имплантации эмбриона через определенный период времени. Тем не менее, в научном сообществе нередко высказывались опасения, вызванные тем фактом, что ключевым мотивом для проведения процедуры у большинства доноров является возможность получения денежного вознаграждения, которое побуждает женщин действовать, зачастую не отдавая себе отчет о возможных негативных последствиях процедуры и перспективе нарушения их репродуктивной функции. Несомненно, женщина, прошедшая столь основательное и рискованное вмешательство в свое здоровье, заслуживает достойной компенсации, однако в настоящее время ряд европейски стран, в том числе Италия, Испания, Франция, Чехия практикуют донорство на безвозмездной основе. Представляется, что подобный подход содержит риск образования дефицита гамет в банках, что способно привести к невозможности проводить достаточное количество циклов ЭКО.

Объем медико-генетического исследования, которому подлежит женщина, желающая стать донором ооцитов, осуществляется в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи. Кроме того, потенциальный донор предоставляет ряд необходимых документов, таких как анкета, личная карта донора, справка из психоневрологического диспансера и справка из наркологического диспансера, а также письменное информированное согласие на индукцию суперовуляции яичников.

Пунктом 54 Приказа №803н регламентируются требования, предъявляемые к донору спермы. мужчины в возрасте от 18 до 35 лет, физически и психически здоровые, прошедшие медико-генетическое обследование, с нормальными показателями спермограммы. Доноры спермы могут быть как неанонимными, так и анонимными.

По аналогии с донором ооцитов донор спермы проходит необходимые обследования и заполняет документы.

Стоит отметить, что положения действующего на данный момент Порядка использования вспомогательных репродуктивных технологий устанавливают более лояльные требования к донорам гамет, нежели положения действующей ранее инструкции к Приказу Минздрава РФ от 26.02.2003 № 67 «О применении вспомогательных репродуктивных технологий в терапии мужского и женского бесплодия» (далее – Инструкция). В частности, новым законодательством не предусмотрено требование о наличии собственного здорового ребенка у донора ооцитов и отсутствии фенотипических проявлений для обоих доноров гамет, присутствующих в Инструкции. Подобные изменения представляются несостоятельными по следующим основаниям.

Предусмотренное Инструкцией требование о наличии собственных детей у потенциальных доноров ооцитов обусловлено достаточно сложной процедурой донорства, которая может повлечь ряд осложнений: наружное и внутреннее кровотечения, синдром гиперстумиляции яичников, острое воспаление или обострение хронического воспаления органов женской половой сферы, аллергические реакции, связанные с введением препаратов для индукции суперовуляции и поддержки лютеиновой фазы стимулированного менструального цикла (пункт 1 Инструкции). Соответственно, наличие собственного ребенка у донора ооцитов способно предупредить ситуацию, в которой донор сам может лишиться возможности иметь детей. В таком случае требования Инструкции направлены прежде всего на предотвращение негативных последствий как для реципиента, так и для донора, в то время как в требованиях ФЗ №323 и Порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий преимущество отдается интересам реципиента.

Помимо этого, особого внимания заслуживает снижение возраста потенциальных доноров. В соответствии с Инструкцией, возраст доноров ооцитов должен быть от 20 до 35 лет, в то время как ФЗ №323 и, соответственно, Приказом №803н устанавливается возраст от 18 до 35 лет. С точки зрения общего подхода, при достижении совершеннолетия у субъекта завершается формирование физиологических и психологических факторов, в том числе появляются социальные установки, развивается критическое и абстрактное мышление. С другой стороны, несмотря на положения законодательства (возраст совершеннолетия предусмотрен ст. 21 ГК РФ), установление данного возраста – усредненный статистический показатель, и на практике молодые люди в момент достижения формального совершеннолетия не всегда достигают должного уровня осознанности и понимания всех рисков, которые влечет за собой донорство.

Незначительные на первый взгляд изменения в нормативно-правовых актах, регулирующих применения ВРТ, тем не менее, позволяют проследить тенденцию к снижению как физиологических, так и социально-важных требований к потенциальным донорам. Представляется, что при сохранении подобной динамики требуется обратить особое внимание на следующие аспекты. Одним из необходимых предварительных условий медицинского вмешательства является дача гражданином информированного добровольного согласия (далее – ИДС). Во избежание формального подписания донором ИДС, информирование должно отвечать следующим критериям:

1. Достоверность – предоставляемая донору информация должна соответствовать отражаемому факту, приведенному к конкретным потребностям и ожиданиям пациента;

2. Доступность – предоставляемая пациенту информация должна полностью устранять неведение;

3. Достаточность предоставляемой донору информации – соразмерность предпринимаемым действиям и их последствиям, соответствие действительным потребностям пациента в такой информации.

Немаловажную роль играет и максимальная адаптация информации к пониманию пациентом, раскрытие врачом альтернативных вариантов и всех последствий, а также заблаговременность предоставления информации, что позволит пациенту более взвешенно подойти к процедуре.

На уровне нормативных актов федеральных органов исполнительной власти данный вопрос может быть решен путем предоставления информации об осложнениях и реакциях, вызванных у доноров гамет в федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по организации выработки государственной политики и нормативному правовому регулированию в сфере здравоохранения (по аналогии с действующим ранее Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.06.2013 N 348н), а также разработки механизмов контроля со стороны органов исполнительной власти осведомленности доноров о своих законных правах и обязанностях.

Рассуждая о донорстве при применении ВРТ, отдельного обсуждения заслуживает вопрос донорства эмбрионов.

Единственное упоминание донора эмбриона в ФЗ №323 содержится в п. 8 ст. 55: при использовании донорских половых клеток и эмбрионов граждане имеют право на получение информации о результатах медицинского, медико-генетического обследования донора, о его расе и национальности, а также о внешних данных. На практике выделяются следующие показания для использования донорских эмбрионов:

1. Отсутствие возможности получения яйцеклетки пациентки;

2. Неоднократные неудачные попытки ЭКО, вследствие чего были получены дефектные эмбрионы, перенос которых не приводил к наступлению беременности;

3. Невозможность использования в программе ЭКО мужских и женских клеток одновременно (сочетание мужского и женского факторов бесплодия);

4. Негативный генетический прогноз, увеличивающий риск развития у ребенка генетических патологий.

В действующем Приказе №803н не содержится критериев для отбора донорских эмбрионов. Косвенное упоминание о происхождении эмбриона для последующей имплантации содержится в п. 63 Приказа №803н: эмбрионы для донорства могут быть получены в результате оплодотворения донорских ооцитов донорской спермой. Пункт 6.3 утратившей силу Инструкции предполагает, что донорами эмбрионов могут быть пациенты программы ЭКО, у которых после завершения формирования полной семьи (рождения ребенка) остаются в банке неиспользованные криоконсервированные эмбрионы. По свободному решению и письменному информированному согласию пациентов-доноров эти эмбрионы могут быть использованы для донации бесплодной супружеской паре, а также женщинам, не состоящим в браке (реципиентам). Общие требования, предъявляемые к донорам эмбрионов, аналогичны требованиям к донорам гамет.

Несмотря на востребованность и распространённость данной процедуры, в научной литературе ряд авторов выразил свое сомнение в наличии сути донорства эмбрионов. Это связано с тем, что нередко положения п. 1 ст. 55 ФЗ №323 и вспомогательные репродуктивные технологии раскрываются как методы лечения бесплодия пары (лица), которые не могут зачать, выносить и родить генетически связанного с ними ребенка естественным путем. Имплантация эмбриона, полученного с использованием донорских гамет по своей сути, не создает генетическую связь между эмбрионом и потенциальными родителями или с одинокой женщиной. Донация эмбриона в полость матки суррогатной матери является способом рождения ребенка, который генетически будет чужим для потенциальных родителей. Фактически, проблему бесплодия супружеской пары или одинокой женщины донорство эмбриона не решает, а значит основная цель вспомогательных репродуктивных технологий, заявленная законодателем, не будет достигнута[[18]](#footnote-18).

Данная позиция представляется неосновательной по следующим основаниям. Женское бесплодие относится МКБ-10 к разделу XIV, N 97.0 - 97.9[[19]](#footnote-19) и определяется как неспособность женщины репродуктивного возраста к зачатию. Бесспорно, ВРТ не способны ликвидировать первопричину бесплодия, однако они позволяют родить ребенка (самостоятельно или прибегнув к услугам суррогатной матери) и частично устранить тем самым негативные последствия этого заболевания. При отсутствие генетического родства между имплантированным эмбрионом и потенциальными родителями, мы не можем отрицать эмоциональную связь, устанавливаемую между ними в период беременности и родов. Таким образом, расширительное толкование нормы позволяет нам сделать вывод о том, что имплантация эмбриона в организм матери не противоречит основным целям применения ВРТ, а наоборот – является рабочим механизмом преодоления бесплодия и повышения уровня качества жизни, который был снижен вследствие данного заболевания.

Рассматривая правовые проблемы донорства эмбрионов, невозможно не затронуть вопрос анонимности доноров, поскольку положениями Приказа №803н допускается как анонимное, так и не анонимное донорство половых клеток. Большинство доноров выбирают анонимность, в связи с чем возникает морально-этическая коллизия. В государствах с развитой демографической системой признается репродуктивное право, то есть закрепление за каждым человеком фундаментального права иметь или не иметь ребенка. В то же время анонимное донорство трактуется сторонниками религиозного подхода как лишение ребенка права на полноценную семью. В случае с применениями некоторых вспомогательных репродуктивных технологий и особенно, донацией эмбрионов, у ребенка возникают биологические родители и «социальные». [[20]](#footnote-20) С данной проблемой сталкиваются доноры гамет не только в России, но и в большинстве западных стран.

За последние несколько лет законодательство о донорстве гамет изменилось в Великобритании, Норвегии и Нидерландах, устраняя анонимность доноров и позволяя лицам, зачатым с использованием донорских гамет, получать идентификационную информацию о своем доноре, когда они достигнут совершеннолетия. В США анонимное донорство гамет все еще имеет место, хотя число клиник, предлагающих донацию с открытой идентификацией, растет. Приоритетность интересов ребенка привело к созданию программы «открытого донорства», согласно которой участвующие в программе доноры согласны на взаимодействие со своим совершеннолетним потомством.[[21]](#footnote-21) Суть данной программы состоит в том, что «открытый» донор обязан встретиться со своим потомством хотя бы один, а выхол из программы до встречи с ребенком невозможен. Доноры в этом случае не имеют никаких законных прав, обязанностей или обязательств перед детьми, рожденными с использованием их половых клеток. Хотя донор и ребенок могут захотеть поддерживать связь, нет никаких требований, чтобы донор связывал себя долгосрочными отношениями. Этот шаг в направлении донорства с открытой идентификацией частично стал результатом признания того, что доступ к личности донора может быть важен не только для лиц, прибегающих к ВРТ, но и для потомства. В прошлом записи о донорах часто уничтожались, чтобы гарантировать анонимность доноров, что, в свою очередь, гарантировало, что доноры не могли быть привлечены к ответственности за родительские обязанности, такие как содержание детей или наследование. Многие люди, родившиеся в это время, не имели возможности узнать о своем доноре, что — для некоторых — приводило к чувству гнева или разочарования из-за отсутствия доступа к медицинской или генетической информации.

В то время как потомство, зачатое с использованием доноров с открытой идентификацией, может запросить личность своего донора, остаются большие группы людей, зачатых с помощью анонимных доноров, которые не имеют доступа к какой-либо идентифицирующей (или не идентифицирующей) информации о своем доноре. Вполне возможно, что доноры, которые отдают свои половые клетки анонимно, позже могут захотеть сообщить о своей личности потомству, зачатому в результате их донации. Доноры в Германии, которые делали анонимную донацию, были опрошены об их взглядах на открытость и анонимность[[22]](#footnote-22). Треть опрошенных высказалась за открытость родителей, а 43% были готовы к тому, чтобы их можно было идентифицировать. В Великобритании 32 донора спермы, которые сделали донацию до отмены анонимности доноров, спросили, будут ли они жертвовать гаметы, если у потомства будет идентификационная информация после 18 лет, и 72% заявили, что будут. Однако исследование 144 доноров спермы в Великобритании показало, что, хотя 48% хотели бы знать, родились ли какие-либо дети в результате их донорства, <15% хотели бы связаться со своим потомством, а 63% не стали бы жертвовать, если бы анонимность была удалена. Также было обнаружено, что анонимные доноры яйцеклеток хотят получить информацию о результатах своего донорства, и значительная часть из них рассмотрит возможность установления контакта с потомством. Таким образом, акт участия в анонимном донорстве гамет не обязательно означает, что доноры не желают раскрывать свою личность позже. В Великобритании доноры, которые отдавали свои гаметы до отмены анонимности в 2005 году, могут попросить удалить их статус анонимности путем повторной регистрации в качестве идентифицируемого донора.

В последние годы контакты между анонимными донорами и их потомками участились. В США этот контакт был облегчен через веб-сайт под названием Реестр братьев и сестер доноров[[23]](#footnote-23), который в настоящее время насчитывает более 29 000 членов. Данные от людей, зачатых от доноров, и от родителей, у которых есть дети, зачатые с использованием донорских гамет, показывают, что контакт со сводными братьями и сестрами и донорами может быть положительным опытом. Однако исследования также показали, что в некоторых случаях было сформировано большое количество групп братьев и сестер, что может оказать негативное психологическое воздействие на родителей, потомство и доноров. Действительно, было высказано предположение о том, что следует ограничить многократное использование доноров спермы с открытой идентификацией, чтобы свести к минимуму потенциальные риски контакта большого числа потомков.

Доноры с открытой идентификацией могут иметь другие мотивы для донации по сравнению с анонимными донорами. Janssen и др. (2006)[[24]](#footnote-24) предполагают, что доноры спермы с открытой идентификацией могут быть мотивированы продолжением рода, поскольку они с большей вероятностью захотят контакта с любыми полученными детьми, в то время как анонимные доноры спермы в первую очередь мотивированы финансовой оплатой и альтруизмом.

На наш взгляд, программа открытого донорства является оптимальной при рассмотрении вопроса соблюдения интересов всех сторон, участвующих в процессе ЭКО, в том числе и детей, рождающихся с помощью применения данной процедуры. В связи с этим, невозможно не затронуть проблему, связанную с неразглашения сведений, составляющих врачебную тайну, третьим лицам. Нормативное регулирование соблюдения врачебной тайны закреплено в статье 13 ФЗ №323, где говорится, что сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, за исключением случаев, установленных частями 3 и 4 настоящей статьи. До 2020 года позиции судов общей юрисдикции практически полностью совпадали, а в требованиях истцов о предоставлении сведений, составляющих врачебную тайну, касающихся их родственников, было отказано. Тем не менее, на практике все чаще встречаются случаи, когда в медицинские организации обращаются лица, желающие узнать о прижизненном состоянии здоровья своих умерших родственников. Как правило, медицинские организации отказывали в предоставлении подобной информации, однако Постановление Конституционного Суда РФ от 13.01.2020 N 1-П "По делу о проверке конституционности частей 2 и 3 статьи 13, пункта 5 части 5 статьи 19 и части 1 статьи 20 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" в связи с жалобой гражданки Р.Д. Свечниковой"[[25]](#footnote-25) в корне изменило сложившуюся практику применения судами ст. 13 ФЗ №323, определив несколько ключевых моментов, в том числе КС РФ указывает на то, что доступ к медицинской информации умершего может потребоваться членам его семьи в связи с реализацией ими своего права на охрану здоровья и медицинскую помощь (статья 41, часть 1, Конституции Российской Федерации), в частности при необходимости диагностирования и лечения генетических, инфекционных и иных заболеваний.

Представляется, что позиция КС РФ в указанном выше Постановлении направлена на урегулирование правоотношений, участниками которых являются не только лица, которых связывают семейные узы в социальном смысле, но и генетические родственники, которыми и являются донор половой клетки и ребенок, рожденный вследствие применения ВРТ с использованием этой гаметы.

В анкете, заполняемой донором перед донацией гамет, присутствуют пункты о том, известно ли донору о случаях наследственных заболеваний в его семье, но в определенных случаях донор может не знать о существовании проблемы до достижения определенного возраста, а даже если о таких заболеваниях ему известно, эта информация может не дойти до будущего ребенка. Таким образом, анонимное донорство способно привести к нарушению права ребенка на охрану здоровья, поскольку доступ к информации о заболеваниях его генетических родственников, которые могут передаться по наследству, для него будет закрыт.

Одним из возможных способов решения данной проблемы может стать введение законодателем запрета на анонимное донорство, как это было сделано уже в нескольких зарубежных государствах. Например, с 2001 года в Швейцарии Федеральным законом «Об искусственном оплодотворении» каждому ребенку, родившемуся методом ЭКО, после достижения 18-летнего возраста гарантируется право на получение информации о личности донора, его внешности, а в случае наследственного заболевания данная информация может быть предоставлена и до совершеннолетия[[26]](#footnote-26). Как уже было сказано выше, в России большинство доноров предпочитает остаться анонимными при сдаче своих половых клеток медицинской организации. В связи с этим, деанонимизация доноров также способна стать для них преградой перед сдачей своего биологического материала, что, как и установление донорства на безвозмездной основе, способно привести к дефициту гамет в центрах репродуктологии. Однако, как показал опыт европейских стран, запрет на анонимное донорство не вызвал критического недостатка в донорах, в том числе из-за того, что за последние годы сменился социально-экономический портрет доноров, и сейчас все больше заинтересованных лиц жертвуют свои гаметы в альтруистических целях, желая произвести на свет здоровое потомство, не преследуя при этом материальной выгоды. В долгосрочной перспективе такая практика способна благотворно повлиять на общественное здоровье и снизить риск развития наследственных заболеваний.

Также следует отметить, что на данный момент в России не урегулировано на законодательном уровне число детей, которые могут быть зачаты с применением биологического материала одного донора. Отсутствие соответствующего контроля со стороны федеральных органов исполнительной власти увеличивает риск возможного кровосмешения, вызывающего генетические патологии. На наш взгляд, решением данного вопроса может стать установление ограничения на число использования гамет одного донора соответствующим Приказом Минздрава России, которым также надлежит регламентировать создание единого реестра доноров гамет, в котором содержались бы сведения из всех медицинских организаций, оказывающих услуги в области применения ВРТ.

**§2. Определение статуса эмбриона человека при расторжении брака, а также при появлении разногласий между донорами генетического материала относительно судьбы эмбриона.**

Положениями Семейного кодекса Российской Федерации (далее – СК РФ), предусмотрено, что права и обязанности родителей и детей основываются на происхождении детей, удостоверенном в установленном законом порядке. Пунктом 3 ст. 52 СК РФ закрепляется невозможность супруга, давшего в порядке, установленном законом, согласие в письменной форме на применение метода искусственного оплодотворения или на имплантацию эмбриона, при оспаривании отцовства ссылаться на эти обстоятельства. В соответствии с пунктом 4 ст. 51 СК РФ, лица, состоящие в браке и давшие свое согласие в письменной форме на применение метода искусственного оплодотворения или на имплантацию эмбриона, в случае рождения у них ребенка в результате применения этих методов записываются его родителями в книге записей рождений.

Одной из ключевых проблем распоряжения репродуктивными правами и генетическим материалом является определение правового статуса эмбриона при расторжении брака супругами/при расставании партнеров. Данная категория споров возникает, когда один из партнеров требует утилизации эмбрионов, а другой настаивает на их сохранении в целях последующей имплантации и рождения детей.

Из указанных выше норм следует, что супруг может приобрести родительские права и обязанности вопреки своей воле, а вопрос его отцовства решается совершенно другим лицом. Верховный Суд РФ в Постановлении Пленума Верховного Суда РФ от 16.05.2017 N 16 "О применении судами законодательства при рассмотрении дел, связанных с установлением происхождения детей" при этом указывает на отсутствие запрета на оспаривание супругом записи об отцовстве по иным основаниям и на обязанность судов проверить такие юридически значимые обстоятельства, как: имело ли место рождение ребенка в результате применения метода искусственного оплодотворения или имплантации эмбриона, добровольно ли и осознанно ли было дано указанным лицом согласие на применение метода искусственного оплодотворения или на имплантацию эмбриона, на какой срок было дано такое согласие и не было ли оно отозвано до истечения этого срока, не истек ли данный срок на момент проведения искусственного оплодотворения или имплантации эмбриона, давал ли истец согласие на использование при применении названных методов донорского биологического материала. Тщательное исследование указанных выше факторов позволяет установить истинную волю супруга при даче согласия на применение методов ВРТ, не исключая при этом его ответственности.

В юридической литературе нередко поднимается вопрос применения ВРТ к женщине, состоящей в браке, супруг которой не дает согласия на применение данной процедуры. Авторы, рассматривающие вероятность проведения данной процедуры, полагают, что отказ женщине в проведении процедуры ВРТ по причине отсутствия согласия ее супруга на участие в данной процедуре влечет нарушение ее репродуктивных прав, в частности, права стать матерью. В связи с этим, отдельными авторами предлагается разрешить использование ВРТ замужним женщинам и при отсутствии согласия супруга[[27]](#footnote-27). В этом случае возникает риск принуждения к становлению биологическим родителем.

В связи с возникшим противоречием, мировая судебная практика и российская в том числе, складывается достаточно противоречиво в этом вопросе.

Куйбышевский районный суд города Санкт-Петербурга рассмотрел гражданское дело № №2-2266\19[[28]](#footnote-28) по иску Воронова А.Е. к Санкт – Петербургскому ГБУЗ «Городская Мариинская больница», Вороновой А.Е. об утилизации эмбрионов, полученных из его генетического материала и генетического материала его бывшей супруги в период брака. Решением от 12 августа 2019 года Суд удовлетворил исковые требования истца, сославшись на окончание срока хранения эмбрионов, указанного в договоре с ГБУЗ «Городская Мариинская больница» и отсутствие возражений бывшей супруги истца на заявленные требования. Воронова А.Е. не сообщила о наличии оснований для сохранения консервации полученных эмбрионов, тогда как в данном случае истец категорически возражает против подсадки полученного с помощью его генетического материала эмбриона бывшей супруги, интереса в рождении общих детей у которого не имеется. Подобный подход, согласно которому бывшими супругами должен быть достигнут консенсус в вопросе утилизации эмбрионов, нередко применяется и в мировой судебной практике. В деле о браке Виттена[[29]](#footnote-29), принятом Верховным судом Айовы в 2003 году, было постановлено, что ни Тамера, ни Артур (Трип) Виттен не могли использовать или уничтожать несколько криоконсервированных эмбрионов, созданных во время их брака с использованием экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), если только бывшая пара не сможет достичь взаимного соглашения. Тамера и Трип Виттен провели процедуру ЭКО в Медицинском центре Университета Небраски (UNMC) в Омахе, штат Небраска. Когда Трип попытался расторгнуть брак в апреле 2002 года после нескольких неудачных попыток ЭКО, семнадцать их эмбрионов находились на хранении в UNMC. Бывшая пара в письменном соглашении не предусмотрела никаких положений, регулирующих судьбу их гамет после расторжения брака. Согласно решению суда, ни один из супругов не мог использовать криоконсервированные эмбрионы без согласия другого супруга. В случае, если кто-то из супругов все же настаивал на сохранении эмбрионов, на него возлагались все финансовые расходы по их содержанию и хранению в дальнейшем[[30]](#footnote-30). Данный вопрос актуален и в российских реалиях в том числе, в связи с чем считаем необходимым более детально рассмотреть вопрос о договоре, заключаемом потенциальными донорами/супругами с медицинским учреждением.

Приказом №803н предусмотрен порядок применения программы криоконсервации половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, их транспортировка. Так, криоконсервация и хранение половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов осуществляется медицинскими организациями, оказывающими первичную специализированную медико-санитарную помощь, специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, которые оснащены криохранилищами, при наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (оказание услуг) по забору, криоконсервации и хранению половых клеток и тканей репродуктивных органов.

На сегодняшний день в юридической литературе рассматривается два подхода к характеристике конструкции договора, по которому может осуществляться криоконсервация и в последующем хранение гамет и эмбрионов человека.

Первый подход заключается в том, что криоконсервация и хранение эмбриона подпадает под предмет договора оказания медицинских услуг. Целью заключения договоров оказания медицинских услуг является реализация права каждого человека на охрану его здоровья и оказание ему соответствующей медицинской помощи. В случае, когда уже начато оказание медицинских услуг, связанных с применением ВРТ и проведением экстракорпорального оплодотворения для последующей имплантации эмбриона, но пациент намерен сделать это в будущем, сохранив свои шансы стать родителем, принимается решение о криоконсервации эмбриона. Криоконсервация эмбриона (без хранения) входит в базовую программу ЭКО, оплачиваемую за счет средств ОМС. Для того, чтобы быть допущенным к программе ЭКО заинтересованному лицу должно быть диагностировано бесплодие. Однако Приказ №803н предусматривает ряд показаний для криоконсерваци биоматериалов, среди которых хранение половых клеток, эмбрионов и/или тканей репродуктивных органов по желанию пациента, в том числе в случае "отложенного материнства". Соответственно, отсутствие диагностированного бесплодия не является препятствием для лиц, желающих отложить реализацию своих репродуктивных прав: они могут оплатить данную медицинскую услугу самостоятельно и оставить свои половые клетки или даже эмбрионы в медицинской организации практически на любой срок.

Возникает вопрос, как следует квалифицировать возникающие при этом отношения, если они будут рассматриваться отдельно от отношений оказания медицинской помощи, возникших ранее? Ответ на него дают представители второго подхода, согласно которому конструкция подобного договора схожа с конструкцией договора хранения вещи с особыми условиями, соответственно к нему применяются нормы ГК РФ о хранении. Таким образом, у пациента, как у поклажедателя, по истечении обусловленного срока хранения или срока, предоставленного хранителем для обратного получения вещи на основании п. 3 ст. 889 ГК РФ, возникает обязанность немедленно забрать переданную на хранение вещь. При неисполнении поклажедателем своей обязанности взять обратно вещь, переданную на хранение, в том числе при его уклонении от получения вещи, хранитель вправе, если иное не предусмотрено договором хранения, после письменного предупреждения поклажедателя самостоятельно продать вещь по цене, сложившейся в месте хранения, а если стоимость вещи по оценке превышает пятьдесят тысяч рублей, продать ее с аукциона в порядке, предусмотренном статьями 447 - 449 ГК РФ. (ст. 899 ГК РФ). Для применения данной нормы на практике у эмбриона должна быть объективная стоимость, что недопустимо, несмотря на существующий интерес в их приобретении. Соответственно, возникает проблема регламентации отношений по хранению репродуктивных клеток, органов и эмбрионов человека, которая во многом обусловлена сложностями отношений, возникающих и развивающихся в период хранения даже не столько с участием медицинской организации, сколько между самими пациентами. В большинстве случаев пациентами выступают супруги, которым необходимы инструменты для урегулирования спорных ситуаций, связанных с правом на использование и определение судьбы общих эмбрионов, которые были рассмотрены в §2 Главы II настоящего исследования. Предположительно этим инструментом может стать определенное соглашение, аналог брачного договора, заключаемое между супругами. Тем не менее, эта конструкция по своей сути неприменима, поскольку, содержание заключенного брачного договора, даже если допустить в нем условия о судьбе криоконсервированных эмбрионов, не всегда может быть доступно медицинской организации. Заинтересованное лицо может просто не предоставить его медицинской организации, а если и представит – в будущем в него могут вноситься изменения, которые также могут остаться неизвестными для медицинской организации. На наш взгляд, медицинская организация, предоставляющая соответствующие медицинские услуги, обязательно должна быть участником подобного соглашения в целях осведомленности о круге полномочий, которые ей доступны. Например, о том, каков круг лиц, которым могут быть выданы эмбрионы, а также о порядке действий при истечении срока договора хранения.

Верховный Суд Ирландии рассматривая дело Roche v. Roche&ors (Ирландия)[[31]](#footnote-31), в котором у супругов после развода также возник спор относительно дальнейшей судьбы эмбрионов, полученных при проведении экстракорпорального оплодотворения: супруг настаивал на его уничтожении, а супруга желала осуществить имплантацию оставшихся эмбрионов. Суд отказал в удовлетворении требований истицы в том числе по причине того, что имплантация данного эмбриона создала бы у ответчика, нежелающего заводить детей, алиментные обязательства в обход его воли. Верховный суд штата Теннеси (США) в 1992 году в деле «Девис против Девис» (Devis v. Devis)[[32]](#footnote-32) высказал схожую точку зрения, однако им также принят во внимание факт отсутствия у второй стороны физиологической возможности иметь детей в будущем: «в подобных делах должны превалировать интересы стороны, не желающей продолжения рода, если у противной стороны есть реальная возможность стать родителем, не используя имеющиеся эмбрионы».

Тем не менее, в ряде случаев суды отказывают в удовлетворении требования об утилизации эмбриона, руководствуясь не позицией потенциального родителя, а предварительной договоренностью супругов. Например, Московский городской суд по аналогичной ситуации в Апелляционном определении от 24 марта 2015 г. N 33-9401/15[[33]](#footnote-33) отмечает, что утверждения истца о том, что ответчиком при заключении договора и подписании заявления об информированном согласии намеренно ограничено право выбора истца определенных условий, касающихся судьбы криоконсервированных эмбрионов, суд первой инстанции правомерно отклонил. Исходя из содержания указанного заявления, стороны имели возможность выбрать иные условия, касающиеся судьбы эмбрионов, полученных из общего биоматериала, такие как - "судьба эмбрионов определяется мужем", "судьба эмбрионов определяется ООО "Эко Центр", "эмбрионы должны быть уничтожены". В данной ситуации бывшие супруги выбрали такое условие как "судьба эмбрионов в случае расторжения брака определяется супругой". Кроме того, суд признал доводы истца о том, что договор подлежит расторжению в связи с существенным изменением обстоятельств, из которых стороны исходили при заключении договора, несостоятельными. По мнению истца, существенным изменением обстоятельств является расторжение брака и как следствие, в случае проведения процедур экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), ИКСИ, переноса эмбрионов в лечебном и естественном циклах в рамках указанного договора Мишиной И.С., у последней может возникнуть право требования алиментов и иных платежей. Вместе с тем, суд заключил, что заявление об информированном согласии фактически и было направлено на закрепление прав и обязанностей сторон по отношению к эмбрионам на случай расторжения брака.

Подобное стремление разрешить споры согласно тем намерениям, которые преследовали стороны (бывшие супруги или партнеры) еще до начала применения вспомогательных репродуктивных технологий прослеживаются и в судебной практике иностранных государства. Так, в деле Roman v. Roman[[34]](#footnote-34) супруги, проходя лечение в репродуктивной клинике, помимо прочих документов, составили и согласие на уничтожение своих эмбрионов в случае развода. Вскоре супруги развелись, достигнув соглашения о разделе, всего совместно нажитого имуществ, за исключением созданных эмбрионов, так как супруга желала использовать их для достижения собственной беременности. В суде первой инстанции был установлено, что эмбрионы, полученные из генетического материала супругов, являются их общей собственностью и как часть общей собственности передаются бывшей жене. Однако данное решение было отменено вышестоящей инстанцией, которая приняла позицию бывшего мужа и не нашла оснований для отступления от первоначально достигнутого сторонами соглашения об уничтожении эмбрионов в случае развода.

Аналогичная позиция высказана судом в деле Морин Касс против Стивена Касса (1998). Апелляционный суд Нью-Йорка в Олбани, штат Нью-Йорк, постановил, что штат, как правило, должен считать формы согласия, подписанные участниками программы экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), действительными, обязательными и подлежащими исполнению в случае спора. Суд указал, что решения, касающиеся обращения с криоконсервированными предзиготами, часто называемыми «предэмбриями», содержащиеся в этих формах согласия, должны быть оставлены в силе. Хотя Стивен и Морин Касс подписали формы согласия на ЭКО, соглашаясь пожертвовать неиспользованные эмбрионы для исследований, во время их развода Морин настаивала на опеке над эмбрионами. Апелляционный суд Нью-Йорка вынес решение в пользу Стивена Касса и пришел к выводу, что формы информированного согласия, подписанные бывшей парой, четко продемонстрировали обоюдное намерение пары пожертвовать эмбрионы на исследования в случае спора. В своем решении суд подчеркнул, что доноры гамет, а не государство или суды, должны совместно решать, следует ли производить потомство с использованием процедуры ЭКО. Суд указал, что формы согласия Морин и Стивена отражают согласие пары совместно решать, что будет с хранящимися в клинике эмбрионами. По мнению суда, пара приняла совместное решение, когда подписала формы согласия на ЭКО, и более поздний спор не должен быть разрешен для отмены этого более раннего соглашения. Кроме того, в формах указывалось, что для программы ЭКО требуется взаимное и письменное согласие пары на освобождение эмбрионов из хранилища по любой причине.

Представляется, что руководствоваться в данном случае исключительно положениями о свободе договора не совсем верно. Принцип свободы договора в данной ситуации не может быть абсолютным, поскольку он затрагивает в первую очередь имущественные правоотношения, а решение вопроса об отцовстве и материнстве касается отношений неимущественного характера.

Полагаем, что рассмотрение подобного рода споров должно быть направлено на достижение равновесия между конкурирующими интересами сторон. Судами в этой ситуации должны приниматься такие обстоятельства дела как наличие собственных детей у супругов, возможность в будущем иметь детей и так далее. В контексте данного подхода наиболее резонансным в мировой судебной практике является дело Evans v. United Kingdom, рассматриваемое ЕСПЧ[[35]](#footnote-35). Фабула состоит в том, что у заявительницы было диагностировано онкологическое заболевание, требующее проведение операции, которая в будущем лишит ее возможности стать матерью. В целях недопущения столь негативных последствий было принято решение до операции извлечь ее яйцеклетки и оплодотворить генетическим материалом ее супруга. После расторжения брака бывший супруг потребовал уничтожить эмбрионы. Суды, рассматривающие данное дело, встали на сторону супруга, аргументируя свою позицию тем, что расторжение брака – существенное изменение обстоятельств и весомое основание для прекращения согласия на оплодотворение. ЕСПЧ вынес аналогичное решение, указав на то, что право заявительницы стать матерью не должно превозноситься над правом ее бывшего супруга не иметь с ней генетически связанного ребенка. Уважение к человеческому достоинству и свободной воле человека, а также стремление установить справедливый̆ баланс интересов сторон при прохождении курса ЭКО лежат в основе решения законодателя ввести нормы, не допускающие исключений, с целью обеспечения того, чтобы каждое лицо, предоставляющее свои гаметы в целях ЭКО, заранее знало, что его генетический материал не может быть использован каким-либо образом в отсутствие его действительного согласия. Анализируя данное дело, невозможно не провести параллель с рассмотренным выше делом «Девис против Девис», которое имело схожие исходные данные, однако в нем суд, в отличие от ЕСПЧ, воздержался от применения формального подхода и учел все факторы и основания, в том числе медицинские, которыми руководствовались стороны при обосновании своей позиции.

В этой же связи интересным для исследования представляется дело «Нахмани против Нахмани» (Nahmani v. Nahmani)[[36]](#footnote-36), в котором к процедуре ЭКО обратилась пара из Израиля, планировавшая в дальнейшем воспользоваться услугами суррогатной матери. Впоследствии брак между супругами был расторгнут, но Рут Нахмани обратилась к клинике, в которой содержался биологический материал ее и ее бывшего супруга с намерением продолжить процедуру ЭКО и имплантировать оплодотворенную яйцеклетку суррогатной матери. Медицинская организация отказала Рут в заявлении, и большинство судей Верховного суда Израиля назвали данный отказ правомерным по следующим основаниям. Несмотря на то, что право супруга быть родителем является основным правом, это право не налагает на другого супруга обязанности помогать реализовать его. Это неправильная юридическая политика - заставлять кого-то быть родителем против его воли. Согласие Даниэля Нахмани на процедуру экстракорпорального оплодотворения не может быть расценено в том числе как согласие на продолжение процедуры даже после расторжения брака. Тем не менее, один из судей провел достаточно интересное как с правовой, так и с морально-этической точки зрения сравнение между прерыванием процедуры ЭКО после развода супругов и отказом супруга стать отцом ребенка при естественном зачатии, которое не освободило бы его от обязанностей, которые накладываются законодательством на родителей для защиты прав и интересов ребенка. Позже коллегия из одиннадцати судей Верховного суда Израиля поддержала данную точку зрения и вынесла решение в пользу Рут Нахмани, обосновав это тем, что отсутствие у нее альтернатив для того, чтобы стать генетическим родителем, намного весомее, чем интересы в данном деле ее бывшего супруга.

Резюмируя изложенную выше судебную практику, мы можем увидеть, насколько неоднозначно и противоречиво она складывается в зарубежных странах, где применение ВРТ урегулировано на уровне национального законодательства. В этой связи российская судебная система в отсутствие должного узкоспециализированного нормативного регулирования руководствуется общими положениями гражданского законодательства, которое не всегда ориентировано на интересы стороны, оказавшейся в более незащищенном положении.

Основным аргументом стороны, требующей уничтожения эмбрионов при расторжении брака, является возникновение алиментных обязательств в ситуации, когда эмбрион, созданный на основании согласия потенциальных родителей, будет подвержен криоконсервации, а затем и имплантации в тело женщины. Данная позиция представляется нам обоснованной вследствие того, что между расторжением брака и имплантацией эмбриона может пройти достаточно продолжительный промежуток времени, соответственно, мы не можем исключать вероятность злоупотребления правом со стороны бывшей супруги. В таком случае, лицо, на которое накладываются алиментные обязательства, сможет сослаться на это в суде при рассмотрении иска о взыскании алиментов. С другой стороны, мировая судебная практика располагает достаточным количеством случаев, когда культивированный эмбрион становится единственной возможностью для лица иметь генетически связанного с ним ребенка. Возникновение схожей проблемы в России остается лишь вопросом времени, в связи с чем механизм защиты обеих сторон должен быть утвержден на уровне законов и подзаконных актов. Представляется, что одним из способов достижения компромисса станет внесение соответствующих изменений в положения СК РФ, регламентирующие происхождение ребенка, и нормы Федерального закона от 15.11.1997 N 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния», а именно установление максимального разумного срока, в течение которого эмбрион может быть имплантирован в тело женщины после расторжения брака (на наш взгляд, этот срок не может превышать один год). На уровне подзаконных актов федеральным органам исполнительной власти надлежит установить перечень оснований, которые станут обоснованными причинами для применения такого срока (например, наличие онкологических заболеваний, способных негативно повлиять на репродуктивную функцию, бесплодие и т.д.).

**§3. Правовые проблемы, связанные с наследованием эмбриона человека.**

Как уже обсуждалось выше, согласно действующему российскому законодательству, правоспособность гражданина возникает в момент его рождения и прекращается смертью, соответственно, защита его прав и свобод ограничена этими же сроками. Тем не менее, рассматривая вопрос о наследовании, стоит отметить исключение из этого правила. Законодательство нескольких государств признает детей, рожденных после смерти своего генетического родителя, лишь в том случае, если они рождены в течение определенного срока после смерти их отцов. Семейный кодекс Российской Федерации в том числе ограничивает срок для записи об отцовстве на основании документа, подтверждающего супружеские отношения родителей, 300 днями со дня смерти отца (п. 2 ст. 48 СК РФ) по истечение которых установление отцовства возможно только в судебном порядке (ст. 49 СК РФ). Как уже было сказано в приведенном выше п. 4 ст. 51 СК РФ, лица, состоящие в браке и давшие свое согласие в письменной форме на применение метода искусственного оплодотворения или на имплантацию эмбриона, в случае рождения у них ребенка в результате применения этих методов записываются его родителями в книге записей рождений. При этом, не имеет значения, в какой момент было осуществлено зачатие или же перенос эмбрионов, и произошло ли рождение до или после смерти родителей. В соответствии со ст. 1116 ГК РФ, к наследованию могут призываться граждане, находящиеся в живых в момент открытия наследства, а также зачатые при жизни наследодателя и родившиеся живыми после открытия наследства. По причине того, что гражданским законодательством допускается порядок раздела наследственного имущества при наличии зачатых, но не родившихся детей наследодателя, в нем также содержатся правила, обеспечивающие защиту прав и законных интересов подобного рода наследников: при наличии зачатого, но еще не родившегося наследника раздел наследства может быть осуществлен только после рождения такого наследника. Соответственно, данное положение допускает возможность возникновения правоспособности у неродившегося, но зачатого ребенка. Наследниками в данном случае могут быть как будущие дети самого наследодателя, так и будущие дети лиц, указанных в завещании. Плод (эмбрион) в данном случае наделяется правом на охрану наследства в части отложения вопроса о разделе наследства до рождения ребенка. Следует сказать, что указанная выше статья – один из немногих примеров нормативного регулирования отложения вопроса о разделе наследства до рождения ребенка, зачатого при жизни наследодателя.

Представляется, что, устанавливая данный порядок, законодатель все же стремится к защите прав и интересов детей, зачатых естественным путем, рождение которых можно спрогнозировать. Тем не менее, развитие медицинских технологий требует введения определенных корректив в общее правило. С точки зрения репродуктологии, дата зачатия определяется моментом получения жизнеспособного эмбриона после успешного оплодотворения яйцеклетки в организме женщины, в том числе при использовании ЭКО. В связи с этим, возникает вопрос: может ли создание эмбриона in vitro расцениваться как полноценное зачатие? На наш взгляд это недопустимо несмотря на то, что в криоконсервированном состоянии гаметы могут храниться до нескольких лет, и на практике допустимы случаи, когда инсеминация ооцитов и культивирование эмбриона происходит в одно время (например, до открытия наследства), а сама имплантация эмбриона в организм женщины осуществляется спустя несколько лет (после открытия наследства). В этом случае появление на свет зачатых таким способом детей может произойти спустя продолжительное время после открытия наследства, что порождает ряд правовых проблем и коллизий. С одной стороны, предоставление ребенку права на вступление в наследство на равных с другими наследниками представляется справедливым по отношению к нему, но, с другой - это в значительной степени наносит вред гражданскому обороту и праву собственности остальных наследников умершего. Наследники вправе распоряжаться имуществом, право собственности на которое возникло у них после вступления в наследство, по своему усмотрению, в том числе, заключать в отношении него сделки с третьими лицами, чьи права будут нарушены появлением новых наследников.

Несостоятельной представляется и позиция, обсуждаемая в научном сообществе, согласно которой эмбрион может быть включен в наследственную массу и стать объектом завещания как метод лечения бесплодия у определенного лица. Согласно ст. 1112 ГК РФ, в состав наследства не входят личные неимущественные права. Соответственно, репродуктивное право не может входить в состав наследственной массы и не переходит к другим лицам ни в порядке универсального, ни в порядке сингулярного правопреемства. В соответствии с п. 1 ст. 55 ФЗ №323 вспомогательные репродуктивные технологии представляют собой методы лечения бесплодия и имеют своей целью исключительно лечение бесплодия у конкретного лица на основе его информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство. Таким образом, перспектива включения в наследственную массу эмбрион как метод лечения бесплодия неопределенного лица, у которого его может и не быть, выглядит достаточно спорно и не имеет под собой никаких оснований.

Тем не менее, трудности, с которыми сталкиваются правоприменители при включении эмбриона в состав наследственной массы, не делает полностью невозможным распоряжение генетическим материалом умершего донора.

Порядок использования тела, органов и тканей умершего человека определен статьей 68 ФЗ №323. Так, при наличии письменного волеизъявления лица, сделанного им при жизни и нотариально удостоверенного в установленном порядке, органы и ткани умершего человека могут использоваться в медицинских (за исключением использования в целях, предусмотренных статьей 47 настоящего Федерального закона), научных и учебных целях.

Существенность роли информированного добровольного согласия сложно переоценить, особенно, когда речь идет о посмертной репродукции. Установление истинного намерения лица о посмертном отцовстве (материнстве) является обязательным условием для проведения манипуляций с донорским материалом умершего в большинстве зарубежных стран. В 2002 суд в Великобритании рассматривал дело, в котором вдова потребовала получения замороженных гамет умершего мужа, однако ей в этом было отказано. Отказ в удовлетворении требований суд мотивировал тем, что перед смертью муж истца отозвал свое согласие на распоряжение женой его генетическим материалом. Истец в свою очередь доказывал, что согласие супруга было отозвано под давлением медицинского персонала, однако суд посчитал намерение мужа полностью добровольным.

Российским законодательством устанавливается обязанность наличия информированного добровольного согласия гражданина для прижизненного забора половых клеток, что закреплено в ст. 20 ФЗ №323. Подписание подобного документа пациентом, находящимся в сознании, зачастую не вызывает сложностей, чего нельзя сказать о случаях, когда пациент находится без сознания в критическом состоянии. С точки зрения закона, решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина принимается консилиумом врачей, а в случае, если собрать консилиум невозможно, - непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации, гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя лица, в отношении которого проведено медицинское вмешательство. Если с родственниками связаться невозможно, персонал медицинского учреждения может принять решение самостоятельно исходя из того, что забор гамет perimortem можно расценивать как мероприятие по охране репродуктивного здоровья пациента, проводимое в интересах пациента и общества.

Говоря об инициативе со стороны родственников и близких пациентов, стоит вспомнить один из прецедентных случаев, произошедший в 2009 году. У студента-медика Артема Климова была выявлена лейкемия, и перед началом прохождения курса химиотерапии он оставил свой генетический материал для криоконсервации. Через несколько месяцев сердце Климова остановилось, но его мать изъявила желание в использовании донорских клеток сына и, подобрав донора ооцитов в одной из репродукционных клиник, начала процедуру ЭКО, прибегнув к услугам суррогатной матери. Данный случай стал первым примеров реализации программы посмертной репродукции в России. Данная ситуация выглядит достаточно однозначно, поскольку на момент донации А. Климов предполагал, что его половые клетки могут быть использованы уже после его смерти. Однако, возвращаясь к проблеме дачи пациентом информированного добровольного согласия, возникает вопрос: является ли факт оставления генетического материала в специализированном банке достаточным основанием для подтверждения согласия на использование половых клеток донора после смерть, ведь в момент донации лицо могло не учитывать данное обстоятельство.

В зарубежных странах, где практика посмертной репродукции не только распространена, но и имеет должное регулирование, проблема использования генетического материала донора после его смерти решается путем подписания письменного добровольного согласия со стороны донора на во время сдачи им половых клеток. Подобная мера способна минимизировать количество споров и конфликтных ситуаций между родственниками умершего о распоряжении его генетическим материалом и позволит осуществить те процедуры, которые умерший посчитал бы нужным. В случае, если добровольное согласие пациента на предоставление права клинике или родственникам распоряжаться половыми клетками пациента не было дано им при жизни, оставшийся после смерти донора генетический материал подлежит утилизации. Подобный механизм может быть реализован и на территории нашего государства, однако ни в положениях федеральных законов, ни в подзаконных актах, в том числе в Приказе №803н должного регулирования не содержится. На данный момент, форма, утвержденная Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 803н "О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению" позволяет определить судьбу гамет на первоначальном этапе как выбор между уничтожением, криоконсервацией и донированием. В случае криоконсервирования судьба эмбриона остается неопределенной и в последствии будет требовать еще одного волеизъявления.

Отечественное законодательство не ограничивает срок хранения криоконсервированных эмбрионов, что создает затруднительную ситуацию у медицинской организации, наследников и наследодателей, если они не смогут достигнуть согласия относительно дальнейшей судьбы эмбрионов. Существующий пробел в правовом регулировании должен быть восполнен путем принятия нормативных правовых актов, регламентирующих действия правоприменителей в отсутствие воли потенциальных родителей, а также устанавливающих медицинско-обусловленные сроки предельного хранения эмбрионов.

В научном сообществе все чаще обсуждается и более сложный с правовой и этичной точек зрения случай, а именно возможность забора генетического материала у недавно умершего лица для криоконсервации и дальнейшего использования. Практика знает немало примеров рождения здоровых детей с помощью репродуктивного материала мужчины, изъятого спустя 36, а иногда и 48 часов после смерти. С одной стороны, законодательством РФ презюмируется согласие на изъятие органов и тканей для трансплантации (пересадки) у трупа, за исключением случаев, когда медицинская организация на момент изъятия в установленном законодательством Российской Федерации порядке поставлена в известность о том, что данное лицо при жизни либо иные лица в случаях, указанных в частях 7 и 8 статьи 47 ФЗ №323, заявили о своем несогласии на изъятие его органов и тканей после смерти для трансплантации (пересадки). В Великобритании и Австралии существуют прецедентные дела, в которых женщины-истцы с санкции суда получали половые клетки своих погибших мужей, которые в будущем использовались для искусственной инсеминации и появления на свет жизнеспособных детей. Стоит отметить, что в большинстве случаев суд удовлетворял ходатайство истицы на получение генетического материала, однако данное разрешение не отождествлялось с правом на использование гамет в пределах государства во избежание нарушения национального законодательства.

Следуя логике отечественного законодателя, донору/пациенту при жизни следует, наоборот, высказать свое несогласие на забор половых клеток. В декабре 2019 года Минздравом России был разработан законопроект «О донорстве органов человека и их трансплантации», которым предусматривается право супруга, а при его отсутствии - одного из близких родственников умершего заявить в письменной форме о выраженном при жизни несогласии умершего на изъятие его органов после смерти в целях трансплантации в срок, не позднее 2-х часов после констатации смерти гражданина. На наш взгляд, данное нововведение не только усовершенствует нормативно-правовую базу России, но и обеспечит баланс публичных и частных интересов в вопросе регулирования посмертного донорства.

Интересной с точки зрения перенимания зарубежного опыта видится нам практика, сложившаяся в США, Израиле и ряде других стран, где военнослужащие, проходящие контрактную службу, сдают свой биологический материал в криобанки перед отправлением на задания, создающие угрозу их жизни. В случае их гибели жёны или другие близкие родственники могут инициировать забор донорских ооцитов и в последующем рождение ребенка. Подобная практика может быть реализована и в России путем разработки федеральными органами исполнительной власти просветительских материалов, раскрывающих социальную значимость данной медицинской процедуры, и активного информирования о ней граждан, чьи профессиональные обязанности несут в себе повышенный риск для жизни.

**Заключение**

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, проблема бесплодия касается от 48 миллионов пар до 186 миллионов человек в мире. В связи с этим, экстракорпоральное оплодотворение и применение вспомогательных репродуктивных технологий в целом является шансом для миллионов людей по всему миру реализовать свои репродуктивные права.

Тем не менее, на практике возникает ряд сложностей, с которыми регулярно сталкиваются правоприменители в попытке защитить свои права.

В большей степени возникновение правовых проблем в этой сфере связано с не достижением научным сообществом единого подхода к определению момента наступления правоспособности эмбриона. Так, в работе рассмотрены четыре основные позиции, описывающие начало жизни человека и, соответственно, периоды, в которые эмбрион наделяется максимальным объемом прав:

1. Уникальное человеческое существо берет свое начало с момента оплодотворения, а значит, правоспособностью наделяется оплодотворенная яйцеклетка;

2. Главенствующими являются интересы матери и третьих лиц, чьи права затрагивает процедура ЭКО, следовательно, эмбрион не имеет никаких прав;

3. Градуалистский подход, признающий последовательное наделение эмбриона правами по мере его развития. В этой связи выделяется два подхода: наделение эмбриона полным объемом прав с момента рождения и получение эмбрионом максимальной защиты после достижения состояния жизнеспособности вне организма матери.

Сама идея градуализма представляется нам наиболее разумной и целесообразной в вопросе установления правоспособности эмбриона, поскольку, как указывается в докладе[[37]](#footnote-37), по истечение пятнадцати дней после оплодотворения, и вплоть до возникновения первичной полоски, развитие эмбриона идет таким образом, что в результате могут сформироваться один, два или три индивидуальных эмбриона. Лишь в конце данного периода, когда эмбрион теряет соответствующий потенциал, и появляется возможность говорить об уникальном человеческом существе[[38]](#footnote-38). Следовательно, нормативно – правовое регулирование процессов, затрагивающих интересы зарождающегося организма, как и механизмы защиты его прав, должно быть выстроены с учетом постоянного развития эмбриона.

Анализируя действующее законодательство невозможно не отметить множество пробелов, касающихся регулирования хранения гамет и эмбрионов, а также правоотношений с участием доноров биологических материалов. Прежде всего, вызывает вопросы квалификация отношений, возникающих при криоконсервации и хранении биоматериала в медицинских учреждениях, а также характеристика конструкции договора, который в таком случае заключается между медицинской организацией и лицами, участвующими в программе ЭКО. Как показывает судебная практика, наибольшее количество споров в данном вопросе вызвано отсутствием предварительной договоренности между супругами о судьбе их биоматериала в случае развода. Оптимальным выходом в сложившейся ситуации видится заключение определенного соглашения, положения которого будут доступны и медицинскому учреждению в том числе.

Кроме того, в связи с недоказанной безопасностью нахождения эмбрионов в криобанках, представляется целесообразным разработка федеральными органами государственной власти критериев безопасности хранения эмбриона, а также установление максимально допустимого срока содержания эмбрионов в криоконсервированном состоянии, который соответствовал бы и интересам лиц, которые участвуют в программе ЭКО, и критерию безопасности для хранения эмбриона.

В настоящей работе также рассмотрен вопрос о сложившейся тенденции снижения физиологических и социально-важных требований к потенциальным донорам гамет. Обоснованность подобной тактики вызывает сомнения в связи с неоспоримым вредом, причиняемым здоровью женщины в результате донорства яйцеклетки и сопровождаемыми данную процедуру рисками. Полагаем, что на уровне нормативных актов федеральных органов исполнительной власти данный вопрос может быть решен путем предоставления информации об осложнениях и реакциях, вызванных у доноров гамет в федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по организации выработки государственной политики и нормативному правовому регулированию в сфере здравоохранения (по аналогии с действующим ранее Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.06.2013 N 348н), а также разработки механизмов контроля со стороны органов исполнительной власти осведомленности доноров о своих законных правах.

В результате проведенного исследования гражданско-правовых отношений, возникающих в связи с применением ВРТ, мы можем отметить, что мировая судебная практика и судебная практика Российской Федерации складывается достаточно неоднозначно в вопросе определения судьбы эмбриона при расторжении брака: одни суды становятся на сторону лица, которое не изъявляет желания принимать на себя обязательства, связанные с отцовством, в других же случаях суды настаивают на разрешении спора, исходя из предварительной договоренности супругов. Представляется, что судами в данном случае должны приниматься во внимание все фактические обстоятельства дела, а пациентам, дающим согласие на применение ВРТ, должны быть разъяснены как альтернативные варианты решения их вопроса, так и правовые последствия их действий. Способствовать этому может должное информирование пациентов сотрудниками медицинских учреждений, осуществляющих программу ЭКО, и контроль за надлежащим информированием со стороны федеральных органов исполнительной власти.

Отдельного внимания заслуживает наиболее часто возникающий вопрос о возможности каждого из супругов иметь потомство в будущем, не используя полученные в браке эмбрионы. Как показывает мировая судебная практика, судьи не учитывают данное обстоятельство при разрешении вопроса о судьбе эмбрионов при расторжении брака и выносят решение в пользу лиц, на которых вследствие продолжения программы ЭКО могут быть наложены алиментные обязательства. На наш взгляд, такой подход недопустим, а сам вопрос может быть разрешен превентивно путем установления на законодательном уровне или уровне подзаконных актов права одного из супругов на получение жизнеспособного эмбриона и права на его имплантацию в разумный срок в случае диагностированного у него бесплодия или иного заболевания, негативно влияющего на репродуктивную функцию на момент расторжения брака.

Рассмотренные вопросы признания за эмбрионами права на наследование и определение их в качестве части наследственной массы приводят к достаточно логичному выводу о невозможности включения в наследственную массу репродуктивного права как личного неимущественного. Также в работе проанализирован вопрос о включении в состав наследников эмбрионы in vitro, что на наш взгляд недопустимо, так как в таком случае не определен момент рождения наследника и его вступления в наследство. В случае, если между культивированием эмбриона и его имплантацией в организм матери пройдет продолжительное количество времени, возникает риск нарушения права и законных интересов остальных наследников, вступивших в наследство.

Подводя итог, стоит сказать, что все рассмотренные в данной работе вопросы так или иначе касаются признания эмбриона в качестве субъекта права одними авторами и исследование эмбриона в качестве объекта права другими. При этом, среди последних также не наблюдается единой позиции: одни исследователи полагают, что на эмбрион должны распространяться положения о вещном праве со всеми последствиями, другие же ставят под вопрос обоснованность такого вывода в виду специфики отечественного законодательства.

Полагаем, что вещное право не может распространяться на эмбрионы, поскольку ценностью обладает не сам эмбрион как таковой, а связанная с ним возможность, носящая неимущественный характер. Предложенные в приведенном исследовании изменения, подлежащие внесению в законодательную базу Российской Федерации, способны восполнить имеющиеся пробелы в нормативном регулировании статуса эмбриона человека, а также приблизить достижение консенсуса между всеми субъектами, участвующими в применении ВРТ.

# **Список использованной литературы**

**1. Нормативно-правовые акты и иные официальные документы:**

1.1. Американская Конвенция о Правах Человека. Принята Межамериканской конференцией по правам человека,1978 г. [Электронный ресурс]. URL : <http://hrlibrary.umn.edu/russian/instree/Rzoas3con.html> (дата обращения 08.05.2022).

1.2. Вспомогательные репродуктивные технологии и искусственная инсеминизация. Клинические рекомендации (Протокол лечения) (утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации 05.03.2019 г. [Электронный ресурс]. URL: https://rahr.ru/d\_pech\_mat\_metod/ВРТ1.pdf (дата обращения 08.05.2022).

1.3. Декларация прав ребенка,1959 год [Электронный ресурс]. URL : <https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/childdec.shtml> (дата обращения - 08.05.2022).

1.4. Декларация о праве и обязанности отдельных лиц, групп и органов общества поощрять и защищать общепризнанные права человека и основные свободы, 1998 г. [Электронный ресурс]. URL : https://www.un.org/ru/documents/decl\_conv/declarations/defender.shtml (дата обращения - 08.05.2022).

1.5. Доклад Руководящего комитета по биоэтике Совета Европы по вопросам защиты эмбриона человека in vitro [Электронный ресурс]. URL : https://rm.coe.int/16803113e8 (дата обращения - 08.05.2022).

1.6. Заключение Юридического управления Аппарата Законодательного Собрания Санкт-Петербурга от 28 августа 2012 года N 1509-юр. [Электронный ресурс]. URL : https://www.assembly.spb.ru/ndoc/doc/0/777301635 (дата обращения - 10.05.2022).

1.7. Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применение достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека в биомедицине 1997 г. [Электронный ресурс]. URL : <https://rm.coe.int/168007d004> (дата обращения - 08.05.2022).

1.8. МКБ 10 - Международная классификация болезней 10-го пересмотра [Электронный ресурс]. URL : https://mkb-10.com/index.php?pid=13001 (дата обращения – 08.05.2022).

1.9. "Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая)" от 30.11.1994 N 51-ФЗ (ред. от 09.03.2021) // СПС «КонсультантПлюс».

1.10. "Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая)" от 26.01.1996 N 14-ФЗ (ред. от 09.03.2021) // СПС «КонсультантПлюс».

1.11. "Гражданский кодекс Российской Федерации (часть третья)" от 26.11.2001 N 146-ФЗ (ред. от 18.03.2019) // СПС «КонсультантПлюс».

1.12. "Семейный кодекс Российской Федерации" от 29.12.1995 N 223-ФЗ (ред. от 04.02.2021, с изм. от 02.03.2021) // СПС «КонсультантПлюс».

1.13. Федеральный закон от 20.05.2002 N 54-ФЗ (ред. от 29.03.2010) "О временном запрете на клонирование человека" // СПС «КонсультантПлюс».

1.14. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 22.12.2020) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" // СПС «КонсультантПлюс».

1.15. Федеральный закон от 15.11.1997 N 143-ФЗ (ред. от 30.12.2021) "Об актах гражданского состояния" // СПС «КонсультантПлюс».

1.16. Закон РФ от 22.12.1992 N 4180-1 (ред. от 08.12.2020) "О трансплантации органов и (или) тканей человека" // СПС «КонсультантПлюс».

1.17. Приказ Минздрава России от 31.07.2020 N 803н "О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению" (Зарегистрировано в Минюсте России 19.10.2020 N 60457) // СПС «КонсультантПлюс».

1.18. Louisiana Health Law. [Электронный ресурс]. URL : <https://biotech.law.lsu.edu/cases/la/health.htm>(дата обращения – 08.05.2022).

**2. Специальная литература:**

2.1. Беседкина Н. И. Права неродившегося ребенка // Государство и право.–2006. – No4. – С.44–51.

2.2. Зеленина Н.В., Абашин В.Г.. Искусственная инсеминация: этические и правовые проблемы. [Электронный ресурс]. URL : <https://elibrary.ru/download/elibrary_47689862_44940316.pdf> (дата обращения – 08.05.2022).

2.3. Майфат А.В., Резник В.С. Современное состояние и перспективы развития законодательства в сфере использования репродуктивных технологий // Семейное и жилищное право. 2010. №3.

2.4. Малеина М.Н. О праве на жизнь // Государство и право. 1992. №12.

2.5. Матузов Н. И. Право на жизнь в свете российских и международных стандартов // Правоведение. 1998. No 1.

2.6. Митрякова Е.С. Правовой статус эмбриона человека. [Электронный ресурс]. URL : <https://core.ac.uk/download/pdf/226280963.pdf> (дата обращения – 08.05.2022).

2.7. Палькина Т.Н. Проблемы реализации права на искусственное оплодотворение, право на имплантацию эмбриона // Семейное и жилищное право. 2008. №4.

2.8. Пестрикова А.А. Наследственные права и правовой статус эмбриона. // Наследственное право. 2009. No 4.

2.9. Романовский Г.Б. Правовая охрана материнства и репродуктивного здоровья: Монография. М.: Проспект.

2.10. Свитнев К.Н. Правовые и этические аспекты посмертной репродукции& [Электронный ресурс]. URL : https://jurconsult.ru/wp-content/uploads/2021/01/pvz\_30\_43.pdf (дата обращения – 08.05.2022).

2.11. Сергеев Ю.Д., Павлова Ю.В. Проблемы правового регулирования применения методов вспомогательных репродуктивных технологий // Медицинское право. 2006. No 3. С. 7.

2.12. Шиндяпин С.Э. К вопросу о моменте признания провоспособности эмбриона человека. [Электронный ресурс]. – URL : <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-o-momente-priznaniya-pravosposobnosti-embriona-cheloveka/viewer> (дата обращения - 08.05.2022).

2.13. Coetsier T, Dhont M. Avoiding multiple pregnancies in in-vitro fertilization: who's afraid of single embryo transfer? Hum Reprod. 1998 Oct;13(1O) [Электронный ресурс]. URL : https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9804209/ (дата обращения – 08.05.2022).

2.14. Heape W. Preliminary note on the transplantation and growh of mammalian ova with in a uterine foster-mother [Электронный ресурс]. URL : <https://archive.org/details/philtrans09285097/page/n1/mode/2up> (дата обращения – 08.05.2022).

2.15. J.Wolfw and G.Bryant. Cryobiology and anhydrobiology of cells. 2004 [Электронный ресурс]. URL : <http://www.phys.unsw.edu.au/~jw/cryoblurb.html> (дата обращения – 08.05.2022).

2.16. Ken Muldrew. Cryobiology — A Short Course. 1999& [Электронный ресурс]. URL : [https://web.archive.org/web/20091014041726/http://www.ucalgary.ca/~kmuldrew/cryo\_course/course\_outline.html](https://web.archive.org/web/20091014041726/http%3A//www.ucalgary.ca/~kmuldrew/cryo_course/course_outline.html) (дата обращения – 08.05.2022).

**3. Материалы судебной практики:**

3.1. Решение Куйбышевского районного суда города Санкт-Петербурга от 12 августа 2019 г.по делу №2-2266/2019 // СПС Судебные нормативные акты РФ.

3.2. Апелляционное определение Московского городского суда от 24 марта 2015 г. N 33-9401/15 // СПС «КонсультантПлюс».

3.3. Постановление Конституционного Суда РФ от 13.01.2020 N 1-П "По делу о проверке конституционности частей 2 и 3 статьи 13, пункта 5 части 5 статьи 19 и части 1 статьи 20 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" в связи с жалобой гражданки Р.Д. Свечниковой" // СПС «КонсультантПлюс».

3.4. Постановление Большой Палаты ЕСПЧ от 10 апреля 2007 года No 6339/05. 3.5. Дело «Эванс против Соединенного Королевства» // СПС «КонсультантПлюс».

3.6. A.G. v. X [1992] IESC 1; [1992] 1 IR 1 (5th March, 1992) [Электронный ресурс]. URL : http://www.bailii.org/ie/cases/IESC/1992/1.html (дата обращения - 08.05.2022).

3.7. Jadva V., T. Freeman, W. Kramer, S. Golombok (2011). Sperm and oocyte donors experiences of anonymous donation and subsequent contact with their donor offspring // Human reproduction. 26/3: 638–645.

3.8. In re Marriage of Witten, 672 N.W.2d 768 (2003) [Электронный ресурс]. URL :<http://scholar.google.com/scholar_case?case=6136526753403985723&q=In+re+Marriage+of+Witten&hl=en&as_sdt=806> (дата обращения – 08.05.2022).

3.9. Janssens PMW, Simons AHM, van Kooij RJ, Blokzijl E, Dunselman GAJ. A new Dutch law regulating provision of identifying information of donors to offspring: background, content and impact, Hum Reprod, 2006, vol. 21 (pg. 852-856).

3.10. Nahmani v. Nahmani CA 5587/93 [Электронный ресурс]. URL : <https://versa.cardozo.yu.edu/opinions/nahmani-v-nahmani> (дата обращения - 08.05.2022).

3.11. Roman v. Roman, 193 S.W.3d 40 (Tex. App.-Hous. (1 Dist.) 2006) [Электронный ресурс]. URL : <https://casetext.com/case/roman-v-roman-7> (дата обращения - 08.05.2022).

3.12. Roche v. Roche & ors: (2009) IESC 82 [Электронный ресурс]. URL : <http://www.courts.ie/Judgments.nsf> (дата обращения – 08.05.2022).

1. Статистический сборник «Здравоохранение в России 2021» Федеральной службы государственной статистики [Электронный ресурс]. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13218> (дата обращения 08.05.2022). [↑](#footnote-ref-1)
2. Вспомогательные репродуктивные технологии и искусственная инсеминизация. Клинические рекомендации (Протокол лечения) (утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации 05.03.2019 г. [Электронный ресурс]. URL: [https://rahr.ru/d\_pech\_mat\_metod/ВРТ1.pdf](https://rahr.ru/d_pech_mat_metod/%D0%92%D0%A0%D0%A21.pdf) (дата обращения 08.05.2022). [↑](#footnote-ref-2)
3. Декларация о праве и обязанности отдельных лиц, групп и органов общества поощрять и защищать общепризнанные права человека и основные свободы. Принята резолюцией 53/144 Генеральной Ассамблеи от 9 декабря 1998 года [Электронный ресурс]. URL : <https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/defender.shtml> (дата обращения - 08.05.2022). [↑](#footnote-ref-3)
4. Матузов Н. И. Право на жизнь в свете российских и международных стандартов // Правоведение. 1998. No 1. С. 198. [↑](#footnote-ref-4)
5. Декларация прав ребенка. Принята резолюцией 1386 (ХIV) Генеральной Ассамблеи ООН от 20 ноября 1959 года [Электронный ресурс]. URL : <https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/childdec.shtml> (дата обращения - 08.05.2022). [↑](#footnote-ref-5)
6. Американская Конвенция о Правах Человека. Принята Межамериканской конференцией по правам человека 22 ноября 1969 г. в Сан-Хосе. Вступила в силу 18 июля 1978 г. [Электронный ресурс]. URL : <http://hrlibrary.umn.edu/russian/instree/Rzoas3con.html> (дата обращения 08.05.2022). [↑](#footnote-ref-6)
7. Louisiana Health Law [Электронный ресурс]. URL : <https://biotech.law.lsu.edu/cases/la/health.htm> (дата обращения 08.05.2022). [↑](#footnote-ref-7)
8. Заключение Юридического управления Аппарата Законодательного Собрания Санкт-Петербурга от 28 августа 2012 года N 1509-юр. [Электронный ресурс]. URL : <https://www.assembly.spb.ru/ndoc/doc/0/777301635> (дата обращения - 10.05.2022). [↑](#footnote-ref-8)
9. Там же. [↑](#footnote-ref-9)
10. Статус эмбриона / И. В. Силуянова, М. С. Першин, Л. Б. Ляуш, И. М. Макеева // Человек. – 2007. – № 2. – С. 98-108. [↑](#footnote-ref-10)
11. J.Wolfw and G.Bryant. Cryobiology and anhydrobiology of cells. 2004. [Электронный ресурс]. URL : <http://www.phys.unsw.edu.au/~jw/cryoblurb.html> (дата обращения - 08.05.2022). [↑](#footnote-ref-11)
12. Свитнев К.Н. Юридический статус эмбриона в международном праве (правоприменительная практика) [Электронный ресурс]. URL : <http://medadvocat.ru/view_page.php?page=128> (дата обращения - 08.05.2022). [↑](#footnote-ref-12)
13. Coetsier T, Dhont M. Avoiding multiple pregnancies in in-vitro fertilization: who's afraid of single embryo transfer? Hum Reprod. 1998 Oct;13(1O). [Электронный ресурс]. URL : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9804209/> (дата обращения – 08.05.2022). [↑](#footnote-ref-13)
14. A.G. v. X [1992] IESC 1; [1992] 1 IR 1 (5th March, 1992) [Электронный ресурс]. URL : <http://www.bailii.org/ie/cases/IESC/1992/1.html> (дата обращения - 08.05.2022). [↑](#footnote-ref-14)
15. Доклад Руководящего комитета по биоэтике Совета Европы по вопросам защиты эмбриона человека in vitro [Электронный ресурс]. URL : <https://rm.coe.int/16803113e8> (дата обращения - 08.05.2022). [↑](#footnote-ref-15)
16. Там же. [↑](#footnote-ref-16)
17. Heape W. Preliminary note on the transplantation and growh of mammalian ova with in a uterine foster-mother. [Электронный ресурс]. URL : <https://archive.org/details/philtrans09285097/page/n1/mode/2up> (дата обращения - 08.05.2022). [↑](#footnote-ref-17)
18. Титлянова Е. В. Правовой статус донора гамет и эмбрионов // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. 2012. №7. [Электронный ресурс]. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/pravovoy-status-donora-gamet-i-embrionov. (дата обращения – 08.05.2022). [↑](#footnote-ref-18)
19. МКБ 10 - Международная классификация болезней 10-го пересмотра. [Электронный ресурс]. URL : <https://mkb-10.com/index.php?pid=13001> (дата обращения – 08.05.2022). [↑](#footnote-ref-19)
20. Н.В Зеленина, В.Г. Абашин Искусственная инсеминация: этические и правовые проблемы. [Электронный ресурс]. URL : <https://elibrary.ru/download/elibrary_47689862_44940316.pdf> (дата обращения - 08.05.2022). [↑](#footnote-ref-20)
21. Там же. [↑](#footnote-ref-21)
22. Jadva V., T. Freeman, W. Kramer, S. Golombok (2011). Sperm and oocyte donors experiences of anonymous donation and subsequent contact with their donor offspring // Human reproduction. 26/3: 638–645. [↑](#footnote-ref-22)
23. The Donor Sibling Registry. – URL : <http://www.donorsiblingregistry.com> (дата обращения – 08.05.2022). [↑](#footnote-ref-23)
24. Janssens PMW, Simons AHM, van Kooij RJ, Blokzijl E, Dunselman GAJ. A new Dutch law regulating provision of identifying information of donors to offspring: background, content and impact, Hum Reprod, 2006, vol. 21 (pg. 852-856). [↑](#footnote-ref-24)
25. Постановление Конституционного Суда РФ от 13.01.2020 N 1-П "По делу о проверке конституционности частей 2 и 3 статьи 13, пункта 5 части 5 статьи 19 и части 1 статьи 20 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" в связи с жалобой гражданки Р.Д. Свечниковой" // СПС «КонсультантПлюс». [↑](#footnote-ref-25)
26. Federal Act on Medically Assisted Reproduction. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2000/554/en> (дата обращения - 08.05.2022). [↑](#footnote-ref-26)
27. Сергеев Ю.Д., Павлова Ю.В. Проблемы правового регулирования применения методов вспомогательных репродуктивных технологий // Медицинское право. 2006. No 3. С. 7. [↑](#footnote-ref-27)
28. Решение Куйбышевского районного суда города Санкт-Петербурга от 12 августа 2019 г.по делу №2-2266/2019 // СПС Судебные и нормативные акты РФ. [↑](#footnote-ref-28)
29. In re Marriage of Witten, 672 N.W.2d 768 (2003). [Электронный ресурс]. URL: http://scholar.google.com/scholar\_case?case=6136526753403985723&q=In+re+Marriage+of+Witten&hl=en&as\_sdt=806 (дата обращения – 08.05.2022). [↑](#footnote-ref-29)
30. Там же. [↑](#footnote-ref-30)
31. Roche v. Roche & ors: (2009) IESC 82. [Электронный ресурс]. URL : <https://www.casemine.com/judgement/uk/5da029c34653d058440f973c> (дата обращения - 08.05.2022). [↑](#footnote-ref-31)
32. Davis v. Davis 842 S.W.2d 588 (1992) [Электронный ресурс]. URL : <https://law.justia.com/cases/tennessee/supreme-court/1992/842-s-w-2d-588-2.html> (дата обращения - 08.05.2022). [↑](#footnote-ref-32)
33. Апелляционное определение Московского городского суда от 24 марта 2015 г. N 33-9401/15 // СПС «КонсультантПлюс». [↑](#footnote-ref-33)
34. Roman v. Roman, 193 S.W.3d 40 (Tex. App.-Hous. (1 Dist.) 2006). [Электронный ресурс]. URL : http://www. 1stcoa.courts.state.tx.us (дата обращения - 08.05.2022). [↑](#footnote-ref-34)
35. Постановление Большой Палаты ЕСПЧ от 10 апреля 2007 года No 6339/05. Дело «Эванс против Соединенного Королевства» // СПС «КонсультантПлюс». [↑](#footnote-ref-35)
36. Nahmani v. Nahmani [Электронный ресурс]. URL : <https://versa.cardozo.yu.edu/opinions/nahmani-v-nahmani> (дата обращения - 08.05.2022). [↑](#footnote-ref-36)
37. Доклад Руководящего комитета по биоэтике Совета Европы по вопросам защиты эмбриона человека in vitro – URL : <https://rm.coe.int/16803113e8> (дата обращения - 08.05.2022). [↑](#footnote-ref-37)
38. Там жк. [↑](#footnote-ref-38)