

безпосереднього переживання психотропних ефектів, викликаних хімічними речовинами.

Отже, сучасна профілактична робота в навчальних закладах має специфіку, яка полягає у попередженні майбутніх рецидивів, тобто повторенні учнями і студентами індивідуально-колективних дій, спрямованих на досягнення психотропних ефектів за допомогою хімічних речовин. Соціальна профілактика має за мету зусилля, спрямовані на превенцію соціальних проблем чи життєвих криз клієнтів, окремих груп або попередження.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Балакірева О., Яременко О. Рівень розповсюдження та структура вживання алкоголю та інших речовин серед підлітків в Україні: соціологічний вимір. – К.: НВФ „Студцентр” / НІКА-Центр, 1998. – 144 с.
2. Беспалько О.В. Соціальна педагогіка в схемах і таблицях: Навч. посіб. – К.: Логос, 2003. – 134 с.
3. Беспалько В.В. Психологічні та соціальні проблеми дитячої і підліткової наркоманії // Практична психологія та соціальна робота. – 2006. – №4. – С. 57-59.
4. Болтівець С.І. Психологічне обґрунтування заходів профілактичної роботи в навчальних закладах з метою профілактики наркоманії, токсикоманії, алкоголізму // Практична психологія та соціальна робота. – 2005. – №12. – С. 56 – 59.
5. Лапаєнко С.В. Формування ціннісних орієнтацій підлітків на здоровий спосіб життя: Автореф. дис... канд. пед. наук: 13.00.07 / Інст. проблем виховання АПН України. – К., 2000. – 18 с.
6. Максимова Н.Ю. Психологическая профилактика алкоголизма и наркомании несовершеннолетних. – Ростов на Дону: Феникс, 2000. – 384 с.
7. Тенета безпеки // Завуч. – 2006. – №11. – С. (вкладка) 32.

#### Г.Т. (с. ДЮГЕНА) ТЕРЕШКЕВИЧ БІОЕТИКА І ТРАНСПЛАНТАЦІЯ ОРГАНІВ

*В даній статті розглядається проблема трансплантації органів і оцінки цього феномену в медицині.*

*В данной статье рассматривается проблема трансплантации органов и оценки этого феномена в медицине.*

*In this article the problem of transplantation of organs and estimation of it is examined to the phenomenon in medicine.*

У наші дні медицина трансплантації органів загалом перейшла експериментальну фазу і в багатьох випадках використовує досконалу терапію для різних видів патології. Успішність трансплантації певних органів (наприклад, нирки), доволі висока. Однак трансплантологія повинна ще подолати певні фундаментальні біологічні та технічні труднощі (такі як “відторгнення”), перш ніж стверджувати свою повну терапевтичну перемогу.

Крім цього, нові перспективи відкриваються у такому секторі медицини, як ксенотрансплантація (органи чи тканини беруть від реципієнта іншого виду), можливість клінічного застосування якої дає надію на одужання багатьом невиліковним хворим.

У світлі етичних аспектів щоденна клінічна реальність трансплантації субстанційно стосується іншого важливого елемента, а саме “дарування органів”, тобто вільного рішення особи віддати частину власного тіла (за життя чи після смерті) із необхідними етичними обмеженнями для благополуччя особи, яка потребує трансплантації. Такий жест набуває важливого значення, як індивідуального, так і соціального, спонукаючи суспільство зайняти позицію на користь необхідності сприяння системі охорони здоров'я і законодавчій політиці при вирішенні проблеми пошуку органів. Адже, у цілому світі ростуть списки пацієнтів, які потребують диспозиційного сумісного органа, часто як останнього шансу на спасіння; наприклад, у США, щодня вмирає в середньому 14 осіб в очікуванні на сумісний орган і приблизно стільки ж у Європі.

Однак суспільна думка свідчить, що коли теоретично майже все населення загалом схильне дарувати власні органи (після смерті) для трансплантації, то на практиці більшість вагається дати на це особисту згоду. На їхнє рішення впливають різні чинники:

- різноманітність термінології, яка використовується для визначення факту смерті (“церебральна”, “серцева”, “клінічна” та ін.), що породжує певне непорозуміння;
- традиційна концепція “пошани” до тіла мертвого, яка впливає із його матеріальної інтегральності;
- страх перед можливою необ’єктивністю при діагностуванні смерті донора медичними працівниками і розпорядженні дарованими органами;
- способи вияву особистої згоди не завжди чіткі і задовільні аж до реальної охорони особистої волі потенційного донора.

Варто розглянути певні короткі біоетичні міркування щодо різних аспектів комплексної реальності трансплантації із використанням методології, яку відстоює Згречча і яку ми звикли називати “трикутною” [1, 63]: вона ґрунтується на аналізі наукових і статистичних даних та спрямовує їх до антропологічного пояснення, осягаючи в кінці формулювання етично-оперативних міркувань.

Можливість продовжити життя, повернути здоров’я або молодість через заміну органів чи хворих тканин здоровими, взятими від суб’єктів, які належать до того ж або іншого виду, завжди хвилювала уяву людини. Сліди цього знаходимо у міфології, у численних легендах і мистецьких творах.

Народження трансплантації датується III століттям нашої ери, коли святі Косма і Дем’ян вчинили чудо, замінивши вражену гангреною ногу паламаря ногою чоловіка, який помер незадовго перед цим.

Натомість наукова історія трансплантації органів є набагато молодшою; її початок сягає 1902 року, коли хірург Алексіс Каррель винайшов техніку з’єднання двох кровоносних судин. За допомогою цієї техніки були виконані перші трансплантації серця і нирки у тварин. Найбільшою перешкодою, було відторгнення: організм реципієнта відкидав чужі тканини й органи.

Важливим для розвитку трансплантації вважається 1983 рік, коли Управління США з контролю за якістю медикаментів і продуктів харчування апробувало вживання циклоспорину, який ще досі є найбільш сильним фармацевтичним препаратом проти відторгнення. Це відкриття відразу надало сильного імпульсу для розвитку хірургії трансплантацій органів і позитивно вплинуло на її успіхи.

На сьогодні здійснюється трансплантація таких людських органів: нирки, печінки, серця, підшлункової залози, легень і віднедавна – кишки; а також тканин: рогівки ока, кісткової тканини, шкіри, серцевого клапана, кровоносних судин. У деяких європейських країнах за останні роки успішно здійснені трансплантації цілих кінцівок (руки, передпліччя). Здійснення таких втручань унаочнило сильне психологічне потрясіння реципієнта, яке викликає цей вид трансплантації. Одержують органи і тканини, “*ex cadavere*” (від мертвого донора) (“з серцем, яке б’ється”, або ні) або “*ex vivente*” (від живого донора), залежно від обставин і того, які органи чи тканини беруться для трансплантації.

Найвищий відсоток успіху досягнутий при трансплантації нирки: після одного року виживання становить 90 %, якщо трансплантація була здійснена від живого донора, і 82 %, якщо вона була здійснена від мертвого; у трансплантації серця рівень виживання після одного року досягає близько 1,83 % пацієнтів; у трансплантації легень – 74 % пацієнтів після одного року у разі одинарної трансплантації і 86 % – у разі подвійної трансплантації; при трансплантації печінки досягнутий рівень виживання до 80 % після одного року.

Отже, на сьогодні очевидним є прогрес у трансплантології і поставлені цілі, які ще мають бути досягненні для кращого служіння хворій особі, що піддається трансплантації.

Однак при всіх позитивних сторонах трансплантації органів не можна не враховувати антропологічні та етичні проблеми, які при цьому виникають. Насамперед ідеться про проблему дарування органів. Рішення стосовно дарування власних органів заслуговує певних міркувань щодо його змісту і цінності.

З точки зору персоналістичної антропології людина є єдністю духу, душі і тіла; її духовний компонент відмінний від її тілесного виміру, але невіддільний від нього. Тому свою сутність, те ким вона є стосовно її глибокої особистої ідентичності людина може виразити і показати лише через свою тілесність. Кожний життєвий акт людини під час її земного існування може реалізуватися лише за посередництвом тілесного виміру.

Немає сумніву, що одна з основних цінностей для особи полягає у даруванні себе самої для осягнення добра, що є гідним її. Людина, справді, може дарувати (частково або цілковитою) те, чим володіє, тобто те, чим вона “є” – себе саму. Ніщо не є ціннішим від нас самих: все, що маємо, ніколи

не буде таким вагомим, як наша особа; якщо ми любимо когось, як знак нашої любові ми можемо подарувати йому багато речей, але жодна з них не буде гідна замінити нашу особу: хто очікує нашої любові, скаже: “Я не потребую твоїх речей, я потребую тебе!”.

Отже, найбільший дар, який ми можемо зробити, є власне дар нас самих. Такий великий дар може бути виправданий лише досягненням добра настільки ж великого і гідного, як, наприклад, життя або здоров'я іншої особи.

Рішення подарувати без відшкодування частину власного тіла (органи або тканини) з огляду на благополуччя того, хто має крайню потребу в них, не є лише актом альтруїзму або щедрості, а є також жестом реалізації особливої людської гідності. Таке дарування вважається справжнім актом любові, оскільки здійснення його передбачає жертвування не якоїсь власності, а самого себе.

Поміркуємо: фізичне життя, власне або чуже, є першорядним (навіть якщо не абсолютним) благом для людини, а також земною умовою для реалізації всіх інших її цінностей, оберігається у кожній фазі свого існування і за будь-яких обставин; жодна мета, наскільки б позитивною вона не була, не оправдує його прямого знищення, навіть якщо йдеться про життя іншої людини. Іншою є ситуація, коли йдеться про досягнення більшого добра, такого як виживання іншої особи, ціною зменшення лише ефективності або якості здоров'я, що було б етично виправдане, і також заслуговувало б схвалення силою засади солідарності (що по-християнськи називаємо “милосердя”). Однак згідно з цією засадою стверджується, що живій особі дозволено дарувати лише один із парних органів, коли це сумісне з її клінічним станом.

Перш ніж розглянути глибші біоетичні проблеми, варто поставити природне запитання антропологічного характеру: чи перещеплення чужого органа до тіла певної людини змінює у той чи інший спосіб ідентичність її особи? І якщо так, то який рівень змін допустимий?

Звичайно, концепція “особистої ідентичності” багатостороння, оскільки є різні філософські і наукові підходи, які співдіють у її опрацюванні [2, 84-87]. Можна визначити “особисту ідентичність” як єдність і незмінність людини стосовно її “бути і почуватися особою”; вона виражається в історичному вимірі особи і, особливо, в її комунікативній структурі, завжди за посередництвом тілесності.

Необхідно наголосити, що особиста ідентичність становить добро особи, внутрішню якість щодо її власного буття, а отже, етичну цінність, на якій ґрунтується право/обов'язок сприяти і захищати інтегральність особистої ідентичності кожного.

Загалом можна зробити висновок, що перещеплення чужого органа до тіла людини має етичне обмеження на рівні зміни, яку воно може спричинити для ідентичності особи, яка його отримує [3, 568-590].

Така зміна, як було вже зазначено, стосується історичного виміру особи, а отже, її комунікативної структури, за посередництвом тілесності. На даний час вважається, що всі органи людського тіла є однаковою мірою вираженням неповторної ідентичності особи: одні виконують виключно їхню специфічну функцію; другі, натомість, об'єднують функції у сильну й особисту символічну єдність, повноваження якої залежать неминуче від суб'єктивності індивіда; треті органи, такі як головний мозок і гонади, мають нерозривний зв'язок їхньої власної функції з особистою ідентичністю суб'єкта, незалежно від їхньої символічної цінності. Отже, доходимо висновку, що ці останні не можна трансплантувати через неминучість об'єктивних наслідків, які виникали б у реципієнта або його нащадків [4, 15-46]. Функціональні органи та органи із високою особистісною цінністю потрібно оцінювати у кожному конкретному випадку, саме через призму їх символічного значення для конкретної особи [5, 426-428].

Потреба дотримуватись цієї етичної умови особливо очевидна у гіпотезі клінічного застосування ксенотрансплантації, зокрема пересадження органів тваринного походження.

Важливим питанням трансплантації є проблема діагностування смерті. Як вже було зазначено, певні життєво важливі органи можна брати лише з мертвого тіла. З цього виникає необхідність розглянути одне з питань, яке найчастіше постає в актуальних біоетичних дебатах і викликає сумніви широких мас людей. Йдеться про діагностування смерті [6, 692-695]. Коли особу можна вважати мертвою?

Кілька десятиліть тому діагностування смерті особи було доволі простою процедурою — смерть констатували за ознаками припинення серцево-циркуляторної активності і самостійного дихання, а також за вторинними ознаками: припиненням рефлексійних стимулів, одним з яких є чутливість до болю.

На даний час опанування нових неврологічних знань спричинило певну зміну в самій концепції смерті: відбувся перехід від концепції смерті як “події”, точної і раптової (що збігається з

припиненням серцебиття і самостійного дихання) до концепції смерті, яка розуміється як “процес”, що відбувається у певному проміжку часу, починаючи з “безповоротного моменту”, тобто необоротної дезінтеграції цілісності індивідуального організму (яка збігається з повним припиненням активності мозку).

Поява нових термінів, таких як “церебральна смерть”, “смерть мозку”, “серцева смерть”, “клінічна смерть” тощо стало причиною певного непорозуміння та підозр загалом, який, не маючи необхідних наукових знань, щоб правильно зрозуміти такий діапазон діагностичної термінології, боїться зловживання у випадку недостатньої кваліфікації працівників служби здоров’я.

Насправді, різноманітні терміни, які використовуються для ствердження моменту смерті особи, не описують різні типи смерті (типів смерті не існує), а є ствердженням єдиного можливого факту дійсної смерті особи за допомогою різних методологій. Отже, правильнішими є формулювання: “неврологічний або мозковий критерій” або “серцевоциркуляторний критерій” ствердження смерті, а не “смерть мозку” чи “смерть серця”.

Таким чином, існує одна єдина “смерть особи”, яка полягає у цілісній дезінтеграції інтегрованого комплексу, яким є особа за своєю суттю, як наслідок відділення життєвого принципу або душі особи від її тілесності.

Смерть особи, у цьому її радикальному значенні, є подією, що, не може бути безпосередньо констатована жодною науковою технікою або емпіричною методикою. Проте наука навчилася розпізнавати у щораз глибший і детальніший спосіб біологічні ознаки, які неминуче супроводжують смерть особи, використовуючи для цього “критерії встановлення діагнозу смерті”, про які щойно було згадано і які сьогодні використовує медицина для того, щоб технічно і науково точно розпізнавати момент смерті, яка вже настала або настає [7, 66].

Відомо, що згідно із сучасними науковими дослідженнями щодо діагностування смерті зміщено акцент із традиційних серцево-дихальних ознак на “неврологічний” критерій, а саме на розпізнавання: цілковитого і безповоротного припинення будь-якої мозкової активності та ознак втрати здатності автоінтеграції організму як такого. Ці ознаки визнає більшість інтернаціонального наукового світу. Варто зазначити, що прийнятий в Україні Закон про трансплантацію органів також ґрунтується на цій позиції.

Дотримання даних критеріїв не суперечить основним елементам правильної антропологічної концепції. Тому працівник служби здоров’я, який несе професійну відповідальність за діагноз смерті особи, може брати за основу вищезгадані критерії, щоб мати такий рівень впевненості в етичному судженні, який християнська моральна доктрина оцінює терміном “моральна певність”, тобто певність, яка є необхідною і достатньою для того, щоб мати змогу діяти в спосіб етично правильний. Отже, лише за наявності такої впевненості буде морально дозволено активізувати необхідні технічні процедури, щоб відбулося взяття органів для трансплантації, за попередньою інформованою згодою донора або його законних представників.

Донорство і трансплантація органів мають властивості особистого і соціального характеру, тому етично постає необхідність попередньої інформованої згоди, як донора, так і реципієнта.

Такий вчинок, яким є дарування органа, вимагає, щоб особа-донор була відповідно поінформована стосовно процедур, які воно включає. У випадку, коли йдеться про донорство від живої особи, вона повинна бути поінформована особливо про: можливий ризик та наслідки, яких можна очікувати у майбутньому; можливі терапевтичні і/або профілактичні заходи, яким вона повинна піддатись після взяття у неї органа; динаміку призначення дарованого органа. Крім цього, потрібно уникати будь-якої форми психологічного тиску або висунення умов щодо вибору донора на основі моральних, почуттєвих або ще гірше – економічних критеріїв. Лише тоді він зможе виразити свідомо і добровільно свою згоду або відмову.

У разі взяття органів від донора він за життя має особисто та недвозначно дати свою згоду на можливе донорство його органів. Натомість, згода його законних представників має свою етичну цінність у випадку, якщо не можна дізнатись безпосередньо про попередній вибір покійного донора.

Інший аспект важливого етичного значення стосується проблеми призначення дарованих органів за посередництвом формування списків очікування або систематизації.

Незважаючи на зусилля, які спрямовані на розвиток культури дарування органів, реально доступні ресурси у багатьох країнах ще недостатні порівняно з оздоровчими потребами населення. З цього випливає необхідність створювати списки очікування на трансплантацію, складені за певними і ґрунтовними критеріями.

Етично зрозуміла засада справедливості вимагає, щоб такі критерії призначення дарованих органів не були в жодний спосіб підпорядковані логіці “дискримінації” (вік, стать, національність,

релігійне визнання, соціальне становище тощо) або утилітарному взірцю (дієздатність, соціальна корисність і т. ін.). У визначенні першочерговості доступу до органів для трансплантації великою мірою потрібно ґрунтовно і фундаментально дотримуватись імунологічних та клінічних оцінок. Лише за рівності цих умов, можна брати до уваги хронологічний критерій занесення до списку очікування. Кожний інший тип критерію є необґрунтованим, таким, що ігнорує цінність кожної людської істоти як такої.

Етичні норми не допускають торгівлі людськими органами.

У світлі актуальних можливостей трансплантології доцільно подавати деякі зауваги.

Щодо проблеми ідентичності реципієнта все сказане вище стосовно трансплантацій у цілому стосується також ксенотрансплантацій, факт використання органів або тканин тваринного походження істотно не змінює викладених положень. Необхідно, звичайно, перевірити та оцінити “потрясіння”, спричинене такою трансплантацією, яке може отримати реципієнт, а також вплив його на особистісну цілісність.

Етично необхідним є забезпечення ретельного і спланованого моніторингу суб'єктів трансплантації, що може тривати навіть ціле життя, а також спостереження за кожним сигналом про можливі інфікування відомими чи невідомими патогенними збудниками.

Окрім цього необхідно, щоб кожний клінічний експеримент здійснювався у високоспеціалізованих центрах, з певним досвідом на доклінічних моделях (свиня/примат), ліцензованих і контрольованих органами охорони здоров'я.

Досягненні результати повинні створювати позитивну основу для розширення практики ксенотрансплантацій як вирішальної хірургічної терапії.

Етичні проблеми в галузі трансплантації ускладнюються зростанням чисельності осіб, які потребують пересадження органів, з одного боку, і нестачею повноцінних донорів – з іншого. Біоетика загострює увагу на проблемах: інформованості згоди пацієнта, донора, його родичів; права суспільства брати органи у мертвих; допустимості експериментального пересадження чи таких пересаджень, які можуть вплинути на ідентичність особи; констатації смерті у випадку донорства від мертвого а також справедливості розподілу донорських органів у випадку черги реципієнтів. Головними тут є проблеми співвідношення технології та етики, а також повага до тілесної природи особистості. Крім цього, з розвитком технології виникає проблема пересадження штучних органів, або їх імітаторів – чіпів тощо.

У сучасній науці наявна класифікація різних форм і типів пересадження, яка відображена у міжнародному і внутрішньодержавному законодавстві, а також відображає загальні етичні засади та особливі етичні проблеми. На основі Конвенції про права людини Рада Європи розгорнула активну діяльність щодо співпраці держав-членів у царині медичного законодавства. Загальні й спільні для Європейських країн засади, на яких ґрунтується їх законодавство щодо трансплантації, закладені у Соціальній хартії Європи, яка в ст. 11 передбачає обов'язок держав турбуватися про здоров'я своїх громадян, також у Європейському кодексі соціальної безпеки, що гарантує проведення заходів превентивного, лікувального й реабілітаційного характеру.

Головні засади законодавства Ради Європи щодо переливання крові (кодекс 1975р. Рейкявік), обміну тестами на сумісність тканин (Угода №84 від 1974 р.), проблем, які стосуються пересадження органів і взяття тканин та органів людини (Рекомендація №78/29, Рекомендація №79/5), спрямовані на сприяння співпраці та безпеці в галузі трансплантації й запобігання її комерціалізації [8, 49-74].

Важливим поступом було затвердження Конвенції з біоетики Ради Європи [9, 111], в якій підтверджується заборона торгівлі частинами людського тіла.

Пересадження органів, а отже, й різноманітні зловживання у цій галузі (торгівля дітьми, зокрема новонародженими, вилучення органів без відома пацієнтів під час операцій і т. ін.) є настільки актуальною проблемою, що вона відображена у нормативних документах усіх країн. Про пересадження органів ідеться у ст. 13, 14 і 15 Етичних принципів Європейської медицини, що схвалені Міжнародною конференцією лікарів Європейської Економічної співдружності 6 січня 1987 р. XXXIX асамблея Всесвітньої медичної асоціації у жовтні 1987 р. схвалила Декларацію пересадження органів. Новий італійський Кодекс медичної професійної етики (1995) має дві спеціальні статті (36 і 37), які розглядають проблему констатації смерті і підтримки життя особи, що визнана клінічно мертвою, з метою продовження діяльності призначених для пересадження органів [10, 105]. В Україні також прийнятий спеціальний Закон “Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини” (2000). У відповідному Законі України існують суттєві етичні обмеження щодо трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людини (№ 1007 – XIV / 1999), хоча практика пересадження у медицині України дещо відстає від інших країн. Дія цього

Закону не поширюється на аутотрансплантацію, імплантацію та трансплантацію статевих залоз, репродуктивних клітин та живих ембріонів. Згідно з цим Законом "фетотерапія здійснюється ембріональними тканинами і органами, отриманими з абортівного матеріалу" (ст. 19), що етично неприпустиме. Органи влади повинні протидіяти нелегальному бізнесу і цинічній торгівлі частинами українських ембріонів людини, які продаються за кордон.

Загальні засади, що визначають етичні проблеми пересадження органів, зводяться до трьох: захист життя донора та реципієнта, захист ідентичності особистості та інформована згода.

Нині при відборі пацієнтів для пересадження їм органів у медицині послуговуються трьома критеріями:

- *утилітарним*, згідно з яким органи розподіляють на основі засади соціальної корисності, тобто перевагу має той, хто після одужання зможе повернутися до трудового життя;
- *критерієм випадковості*, який виключає будь-які інші мотиви, крім звичайної черговості запитів на пересадження;
- *терапевтичним*, який виглядає найгуманнішим, бо враховує терміновість пересадження, стан пацієнта та можливість успіху, перспективи "приживання" органа тощо. При цьому виключається будь-яка дискримінація пацієнта. Найбільші застереження викликає пересадження мозку, геніталій та гіпофіза, важливого для біопсихологічної рівноваги індивіда, оскільки така операція загрожує втратою ідентичності особи [11, 2594-2600].

Щоденна клінічна реальність трансплантації набуває важливого значення, як індивідуального так і соціального, спонукаючи суспільство зайняти позицію сприяння необхідним заходам охорони здоров'я і законодавчої політики, щоб вирішити проблему пошуку органів для пересадження.

Прогрес трансплантації залежить від розвитку знань у цьому секторі та реалізації можливостей техніки, що дають змогу "уніфікувати" тканини і розпізнавати рівень їхньої сумісності.

Отже, проблема дарування органів викликає певні міркування щодо змісту і цінності такого рішення. Кожна дія, яка має об'єктом людське тіло, не зупиняється на ньому, а швидше досягає суб'єкт цього тіла, тобто саму особу в її цілісності. Найбільший дар, який ми можемо зробити – це дар нас самих. Трансплантація органів, таких як головний мозок, гонади, гіпофіз має етичне обмеження на рівні спричинення зміни ідентичності особи. У визначенні першочерговості доступу до органів для трансплантації великою мірою потрібно ретельно дотримуватись імунологічної та клінічної оцінки, а критерії призначення дарованих органів не повинні бути підпорядковані логіці "дискримінації" або утилітарному принципу. Етичні проблеми пересадження визначають три загальні засади трансплантації органів: захист життя донора і реципієнта, захист ідентичності особистості та інформована згода.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Sgreccia E. Manuale di bioetica. – Milano: Vita e Pensiero, 1999. – 817 p.
2. Grinberg L. Identità e cambiamento. – Roma: Armando, 1992. – 234 p.
3. Sgreccia E. Manuale di bioetica. – Milano: Vita e Pensiero, 1991. – Vol. II. – 596 p.
4. Faggioni M. P. Il trapianto di gonadi. Storia e attualità // Medicina e Morale. – 1998. – P. 48.
5. Cuet P. Quelques considérations éthiques, notamment sur l'identité lors de xénotransplantations // Path. Biol. – 2000. – P. 48.
6. Sgreccia E. Manuale di bioetica. - Milano: Vita e Pensiero. - Vol. I.- 1999 – 817 p.
7. Giovanni Paolo II. Discorso ai partecipanti al XVIII Congresso Internazionale della Transplantation Society. – Roma, 2000. – 231 p.
8. Torrelli M. Le medicin et les droits de l'homme.– Paris: Bergrr-Lévrault, 1983. - 345 p.
9. Committee of Ministers of Council of Europe, Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard yo the application of biologi and medicine: Convention of human rights and biomedicine. – Strasbourg, 1996. – 213 p.
10. Introna F., Tantalo M., Coiafigli A. Il codice di deontologia medica correlato a leggi e documenti. – Padova: Cedam, 1992. – 433 p.
11. Nanni G. Microallocazione delle risorse: il punto di vista del chirurgo.–Milano: Vita e Pensiero, 1996. – 148 p.